

## ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS

ROSA MARIA LOPES MARTINS \*

**1. O IDOSO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

Como já temos referenciado em artigos anteriores, as alterações sofridas pelas sociedades modernas e o seu reflexo nos contextos europeus e mundiais, onde prevalecem prioritariamente os conceitos de optimização da economia, levam-nos a dar particular atenção ao impacto que estes fenómenos produzem nas famílias, bem como nos grupos mais vulneráveis dos quais destacamos os idosos.

A sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objectivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos activos. Em consequência, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “stressantes”, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada.

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Sendo assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, ele tenda ao isolamento e ao isolar-se assumindo cada vez mais uma situação de dependência.

Neste cenário, o que nos é permitido observar, é que tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia. Este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros activos e membros inactivos.

Portugal não é excepção ao contexto descrito e poderemos confirmá-lo pela mensagem proferida pelo Ministro da Solidariedade Social, no Seminário “Envelhecer: um Direito em Construção” (1998) e que passamos a citar: “estão a dar-se grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa: transformações demográficas, económicas, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor. Trata-se de um fenómeno global, que afecta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com particular gravidade,

---

\* Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio. É um fenómeno social que a todos diz respeito...”

As transformações aludidas têm expressões diferenciadas e singulares no território nacional, quer nos contextos socio-urbanísticos quer nos contextos sócio-rurais.

Fala-se no *problema do envelhecimento* como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes, e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os vários custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma, e de forma mais pessimista, o “conservadorismo” e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades (Fernandes, 1995).

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas.

Decorrente deste processo de legitimação do *problema social de velhice*, constitui-se um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados.

A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por *políticas de velhice*, entendendo-se estas como “o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997).

Esta “consciencialização social” levou a que os encargos com idosos que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências (Lenoir, 1997).

Com esta nova forma de gestão dos problemas sociais, resultantes da velhice e do envelhecimento demográfico, os conflitos de interesses reduzem-se a confrontações entre responsáveis político-administrativos e especialistas de instituições, num processo que se tem verificado lento.

Uma breve análise sobre as “políticas de velhice” em Portugal mostra (como refere Quaresma, 1998) que “até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”.

Na opinião de Gomes (2000), só em 1969 se inicia a discussão na Assembleia

Nacional sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno do envelhecimento da população e a política de velhice.

Em 1971, é criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral da Assistência Social, que vinha substituir o Instituto de Assistência aos Inválidos.

Esta mudança é importante por criar pela primeira vez um Departamento com afinidades no estudo e na procura de soluções para os problemas da população idosa.

Será em 1976, após as mudanças políticas em Portugal, que a nova Constituição consagra o Direito à Segurança Social e que se mantém após a revisão constitucional de 1992. A anterior Assistência Social deu lugar à Acção Social “que enquadra o conjunto de acções desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais de apoio individual e familiar bem como de intervenção comunitária, que também integram o antigo sistema de assistência social”.

As alterações no quadro da política social, bem como o aumento da procura, repercutiram-se no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos, na medida em que, paralelamente às mudanças políticas, ocorriam as mudanças no tecido e contexto social. Em consequência emerge uma acção social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Neves, 1998).

Embora os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos se continuem a revelar insuficientes no nosso país, parece-nos relevante salientar algumas formas de equipamentos disponíveis, nomeadamente:

**Lares de Idosos** – equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia.

A insuficiência de lares de idosos estatais tem dado origem a uma verdadeira proliferação de lares privados (que visam essencialmente fins lucrativos), que muitas vezes funcionam clandestinamente e sem as condições que confirmam aos idosos o mínimo de dignidade.

**Lares para Cidadãos Dependentes** – constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência (acamados).

**Centros de Dia** – constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio

sócio-familiar.

**Centros de Convívio** – são centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade.

Apesar das respostas sociais nem sempre corresponderem ao desejável, vai-se notando uma crescente preocupação em implementar respostas inovadoras, destacando-se recentemente:

- \* **O Apoio Domiciliário** – consiste na prestação de serviços, por ajudantes e/ou familiares no domicílio dos utentes, quando estes, por motivo de doença ou outro tipo de dependência, sejam incapazes de assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou realizar as suas actividades diárias. É um tipo de apoio que conquistou muitos adeptos, na medida em que se caracteriza pela prestação de um serviço de proximidade com cuidados individualizados e personalizados. Além disso, é preservada a família e a casa que constituem para o idoso um quadro referencial muito importante para a sua identidade social.
- \* **Acolhimento Familiar** – consiste em apoios dados por famílias consideradas idóneas que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural ou tendo-a não reúne esta condições que proporcionem um bom desempenho das suas funções.
- \* **As Colónias de Férias e o Turismo Sénior** – são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.
- \* **O Termalismo** – é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Proporciona também a deslocação temporária da sua residência habitual, permitindo deste modo o contacto com um meio social diferente, promovendo a troca de experiências, que quebram ou reduzem o frequente isolamento social.

Para além dos apoios anteriormente descritos, existem outros de carácter financeiro destinados a este grupo etário, que genericamente se denominam de pensões (Grácio, 1999). Estas podem ser do regime contributivo ou não contributivo, consoante os idosos tenham feito ou não descontos para a Segurança Social.

Assim, se pertencem ao regime contributivo poderão ter direito à “pensão de velhice” (limite de idade) ou à pensão por invalidez.

A primeira é uma prestação mensal para pessoas que tenham chegado à idade da reforma, e tem como objectivo compensar a perda da remuneração de trabalho. Para beneficiar da mesma é necessário ter 65 ou mais anos.

A segunda (pensão de invalidez) consiste numa prestação mensal que tem como objectivo compensar a perda de remunerações de trabalho, resultante da incapacidade antecipada para o trabalho.

No caso de pertencerem ao regime não contributivo podem beneficiar de pensões sociais e de viuvez (por cônjuge).

A pensão social é uma prestação para os nacionais residentes no país, que não se encontrem abrangidos por qualquer regime de protecção social; que não tenham rendimentos ilíquidos de qualquer natureza, ou não exceda 30% da remuneração mínima garantida à generalidade dos trabalhadores, quando se trata de uma pessoa isolada, ou 50% se for casal.

A pensão por cônjuge ou de viuvez é uma prestação atribuída ao cônjuge do falecido pensionista, que por si só, não tenha direito a qualquer pensão de sobrevivência, enquanto mantiver o seu estado civil. Para ter direito à mesma, não pode estar abrangido por nenhum regime contributivo.

Não há dúvida que as respostas sociais organizadas são já bastantes e diversificadas, no entanto, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido tão acelerado, nos últimos anos, que estas não têm conseguido acompanhá-lo e satisfazê-lo.

Por isso, importa criar um novo modelo de desenvolvimento, uma maior prioridade à política social como elemento desse modelo, a abertura a novos valores, em especial à solidariedade, a práticas profissionais e institucionais com maiores níveis de corresponsabilidade, coordenação e interdisciplinaridade, bem como a mobilização dos recursos necessários à efectivação dos direitos e das aspirações dos idosos (Rodrigues, 2002).

Não obstante, qualquer estratégia adoptada ou a adoptar deixará de ter sentido, se não for dada atenção à individualidade da pessoa idosa, respeitando os projectos e trajectos, que dela fizeram um potencial amadurecido de experiência.

## 2. O IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR

Com o advento das transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso tende, com o avanço dos anos, a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se deste modo cada vez mais à sua família. Em consequência, esta torna-se um factor básico não só à sobrevivência do idoso, mas também para que este se mantenha emocionalmente equilibrado, face às contingências do declínio biopsíquicosocial.

De facto, a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais. É aí que as gerações se encontram, se interajudam e completam de forma intensa. No entanto, nas sociedades onde a expectativa de vida está a ser ampliada, as relações familiares apresentam novos desafios e de acordo com Nelson e Nelson (citado por Freitas et al, 2002) há questões éticas que devem ser consideradas:

- \* ‘Os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas.
- \* Os membros da família são vinculados uns aos outros.
- \* A necessidade de intimidade produz responsabilidade.
- \* As famílias são histórias em andamento...’

O decurso e desenvolvimento da Sociedade Humana tem mostrado que como ‘unidade social a família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças’. Neste sentido a família tem de ser uma estrutura cujo desenvolvimento se obtém através dos esforços dos seus membros na realização de várias tarefas nomeadamente: adaptação, protecção, participação, crescimento e suporte na afectividade (Nina e Paiva, 2001).

Destas acções sobressai o facto de que cada um dos elementos da família tem uma série de papéis determinados, que servem de base para a sua identidade na sociedade. Cada membro tem uma personalidade que pode sair dos limites da família, mas estes fazem uma série de coisas ‘juntos’ e outras em ‘separado’. Assim, surge a necessidade de se criarem regras que dirijam a conduta da família e dos seus membros. Estas regras não são descritas e vão-se estabelecendo a partir de um processo de convivência: afectam a privacidade, a interacção, a autoridade e a tomada de decisões.

Esta interacção e adaptação a novos papéis e funções implica que as famílias mudem para se adaptarem e esta capacidade de adaptação; mudança e crescimento são essenciais para o progresso a longo prazo no ciclo da vida familiar. Basta considerar as necessidades da cultura, da temporalidade, a coabitação com uma sociedade industrial, urbana, que se introduz vigorosamente no seu seio, assumindo muitas vezes funções que

foram, durante muito tempo, pertença exclusiva do agregado ou núcleo familiar (Antunes, 1999).

É verdade que ao longo da vida ocupamos múltiplos papéis, e isto significa e simultaneamente implica, que nos devamos ir preparando para os mesmos. Um desses papéis é o envelhecimento e a coabitação com os idosos, dentro dos espaços aceites e organizados culturalmente.

Sem pretendermos "inventariar" as múltiplas funções que têm sido atribuídas pelos estudiosos à família, gostaríamos no entanto de destacar algumas pela pertinência que assumem neste estudo:

- \* Assim e de acordo com Salutz (1995) *ajudar cada membro da família* é uma função que engloba o apoio físico, financeiro, social e emocional que são aspectos relevantes para a maioria dos idosos. Este apoio verifica-se através de estruturas organizadas de papéis familiares interdependentes e baseiam-se nas reacções emocionais dos seus membros. Vivem em grupo e cultivam sentimentos de pertença e de co-responsabilização.
- \* Por outro lado, o *estabelecimento de autonomia e independência para cada um dos seus membros* tem-se revelado uma medida geradora e facilitadora de crescimento pessoal para os indivíduos, que se desenvolvem e adaptam no seio da família, assumindo particular destaque nos elementos mais velhos.

Outras funções defendidas por Smilkstein e enfatizadas em estudos gerontológicos por Azeredo e Matos (1998) são:

- \* Adaptação – que consiste na utilização de recursos dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.
- \* Participação – ou seja a partilha na tomada de decisões e das responsabilidades, pelos membros da família.
- \* Crescimento – maturidade física e emocional e ainda realização conseguida pelos membros da família através do mútuo apoio e orientação.
- \* Afecto – relações de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.
- \* Decisão – compromisso assumido de dedicar tempo a outros membros

da família, encorajando-os física e emocionalmente. Além disso, implica também uma decisão de bens e espaço.

Segundo a mesma autora, quando uma família demonstra integridade nestas cinco componentes funcionais, poder-se-á considerar uma família ‘saudável’, ou ‘funcional’ mas se porventura a integridade não existe, então poderemos defrontar-nos com ‘disfunções familiares’ mais ou menos graves.

Entender a dinâmica familiar dos idosos é uma questão de crucial importância, na medida em que eles tendem por vezes a mascarar o seu real posicionamento no agregado familiar.

Na ideologia dominante ou concepção tradicional, compete às famílias a responsabilidade de prover o sustento dos ascendentes. Os cuidados para com os pais na velhice é, como nos refere BEE (1997), um papel que cabe aos filhos aquando da meia-idade e que causa um efeito intenso na satisfação geral da vida, tornando-se o filho/a o principal provedor de cuidados aos pais, que se tornam idosos.

Opinião diferente expressa Freitas et al (2002) ao considerar ‘que os filhos não devem qualquer obrigação a seus pais por virtude, simplesmente, de serem seus filhos. A autora defende a tese de que os deveres dos filhos adultos são aqueles dos amigos, e resultam do amor entre eles e seus pais, em vez de serem uma obrigação de retribuição aos sacrifícios anteriores de seus pais’.

Esta ideia da responsabilização familiar é confirmada na prática pelos resultados de um estudo levado a cabo pela EUROPEAN COMMISSION (1997), onde se constatou que 75,4% dos idosos vivem nos seus domicílios e são cuidados por familiares. Desses a maioria são cuidados pela esposa/marido; 17% pelos filhos; 5% por irmão/irmã; 4,4% por outros parentes; e 2,8% por outros.

Transpondo estas questões para o território nacional, também podemos constatar pela publicação do INE (1999) que: 97,5% da população idosa portuguesa vivia em famílias clássicas e apenas 2,5% em famílias institucionais.

Famílias só de idosos constituem 15% do total das famílias clássicas e famílias unipessoais de idosos são maioritariamente constituídas por mulheres. Revelam ainda que os homens idosos vivem maioritariamente em casal, a dissolução familiar se verifica essencialmente por morte do cônjuge e os divórcios revelam uma tendência crescente na população idosa.

De facto, a instituição familiar é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice: apenas uma diminuta proporção de idosos vive em instituições de alojamento próprias, sendo a maior parte desses indivíduos de idade avançada. Pelo contrário, muitos outros, ‘especialmente viúvas’, coabitam regularmente ou temporariamente com os seus filhos. Esta situação deve-se em grande parte ao facto



de não só na geração das avós como também na das mães, grande parte das mulheres não desempenhar actividade profissional fora de casa, o que lhes permite ter maior disponibilidade para o apoio à família.

Pese embora estas constatações estatísticas, existem evidências de que a estrutura familiar tem sofrido violentos abalos e consequentes transformações na sociedade moderna.

Foram vários os factores que contribuíram para essas transformações: as migrações obrigaram as famílias nucleares a tornarem-se mais ‘individualistas’; a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial distende os laços entre irmãos; a educação estabelece uma clivagem no seio familiar e fá-las desintegrarem-se; sucedendo de uma forma idêntica em relação à grande assimilação de novos valores, atitudes, condutas ligadas à industrialização, à cidade e ao prestígio dos estranhos (Nogueira, 1996).

Estas transformações levam naturalmente a estrutura familiar e social a não ser capaz de resolver os problemas que se colocam hoje aos idosos: a família tradicional oferecia quase em exclusividade uma série de serviços, que hoje são fornecidos tanto por instituições privadas como estatais.

Ela já “não é capaz” de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam e que passavam por satisfazer necessidades físicas (como a alimentação, habitação e cuidados globais), psíquicas (como a auto-estima, o afecto, o equilíbrio) e as sociais (como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo).

No desenrolar destas “incapacidades de resposta” a família tem sido publicamente responsabilizada pelo abandono dos seus idosos, contribuindo para tal a generalização de uma ideia, um pouco mítica, da família extensa de outrora. A dominância deste tipo de família foi historicamente posta em causa, mas o espectro da desresponsabilização familiar é uma constante no discurso público das instituições de acção social e remete para um modelo ideal, intemporal e harmonioso de coabitação intergeracional (Lenoire, 1979; Fernandes, 1997; Gomes, 2000).

Na opinião dos mesmos autores trata-se, de facto, de mudanças sociais com fortes implicações na estrutura das relações familiares. Assiste-se à retoma do processo de transformação da solidariedade natural entre gerações como uma “espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte” correspondendo “ao desmoronamento das bases sociais em que assentavam o familismo tradicional”.

Com efeito, a família (entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação do ser humano), percebida como unidade de integração e sucessão de saberes num plano trigeracional, nuclearizou-se em virtude da

industrialização desregrada.

Por outro lado, as grandes concentrações urbanas acabaram por impor modos de vida que não são compatíveis com a coabitação dos mais velhos, razão por que surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos (Guimarães, 1999).

E neste novo cenário ficamos perante duas representações contraditórias de família: em que por um lado parece que tudo muda a família, que está ameaçada, que se desagrega e perde o sentido das suas responsabilidades; do outro a família permanece como o lugar da intimidade da felicidade, a criança é o bem mais precioso, e a casa o lugar privilegiado de bem-estar e segurança (Gomes, 2000).

Generalizou-se a ideia de que a existência de pessoas idosas numa sociedade moderna e urbana é difícil, mas começa também a valorizar-se a vertente compensatória. Um estudo recente monitorizado por Tinker, (1998), mostrou que, ainda que alguns idosos tenham problemas, a maioria continua tendo uma vida com grande satisfação. Esta inferência vem reiterar os resultados de um estudo conduzido por Edit Bergi e publicitado em 1990, que rompe de certo modo com o paradigma social aceite da insatisfação dos idosos. É que num grupo de centenários estudados na Hungria verificou-se que a maioria deles vivia em cidades, sendo que nesta população os intelectuais são quatro vezes mais numerosos e a maioria apresentava níveis elevados de satisfação.

Recentemente, outras investigações têm demonstrado que as trocas e os laços que unem os membros da parentela foram sendo redescobertos após um período em que estiveram ausentes na maior parte dos trabalhos. Estes baseavam-se nas teses de nuclearização da família, com a suposição de que os laços com a família de origem haviam sido rompidos com a industrialização.

Estes estudos empíricos vieram mostrar até que ponto a ideia da família/grupo doméstico, fechada sobre si própria, isolada da restante parentela, correspondia mais a uma radicalização excessiva da tese de Parsons sobre a diferenciação social do que à realidade.

As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, construindo redes de relações através das quais circulam ajudas, bens e afectos. O conceito de parentesco foi assim restituído aos estudos sobre a família contemporânea (Fernandes, 2001).

É inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares, mas embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm também um forte efeito no seu bem-estar subjectivo. Assim os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material.

A importância dos grupos de amigos, familiares, vizinhos e colegas de trabalho tem sido bem evidenciada nestes últimos vinte e cinco anos. Além disso, há mesmo quem defenda que as redes de amigos têm-se revelado um importante elemento de prevenção em múltiplas doenças, sobretudo nas mentais. As deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associadas a um acréscimo de vulnerabilidade às doenças, quer físicas quer psíquicas (Nogueira, 1996).

Dada a importância das relações entre a vida em família e a qualidade de vida dos seus elementos, torna-se pertinente considerar em pesquisas desta natureza esta fonte de satisfação primordial para o bem-estar na vida adulta.

Apesar disto, assistimos actualmente à “substituição do papel familiar” pelas chamadas redes sociais de apoio (onde são incluídas as instituições para idosos), que pela sua importância na qualidade de vida dos idosos importa reflectir.

### 3. O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Entre nós, é nas instituições tradicionais, desde a acção das misericórdias até às mais variadas organizações, que se forma e desenvolve a gestão pública da velhice. Contudo, e segundo Fernandes (1997) e Gomes (2000), é só a partir da década de 70 que as “instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade”.

Estas autoras distinguem dois tipos de encargos de velhice: um primeiro referente à assistência médica e um outro de cariz mais social. Este último, por sua vez, pode dividir-se consoante o apoio que presta: por um lado temos as organizações cujo objectivo é o do alojamento de idosos, “substituindo” os antigos asilos ou hospícios actualmente com outro tipo de vocação. De acordo com a sua organização podem classificar-se como lares ou residências. Contudo, estas novas formas de resposta debatem-se com a necessidade de superar a carga pejorativa atribuída aos antigos asilos e hospícios, que em muitos casos ainda persiste, ou de alguma forma continua a envolver os lares.

Não há dúvida que nos estudos das condições sociais das pessoas idosas, o espaço residencial se torna num objecto prioritário. Corrobora esta opinião Melo (1998) ao afirmar que o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa. A autora defende que a satisfação com o ambiente residencial surge ligada ao sentido de bem-estar psicológico do idoso, podendo a casa reflectir também valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais dos indivíduos.

As pessoas estão ligadas às suas casas por laços afectivos podendo atribuir-lhes um valor simbólico por associação a memórias do passado (Werner, cit. por Nogueira,

1996).

O espaço é construído devido à necessidade que é inerente ao homem ‘de ser social’, que o leva a construir espaços materiais (cidades, casas e bens pessoais).

As conclusões de um estudo levado a cabo por Paúl (1997) sobre ‘residências para idosos’ mostraram que ‘a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que está inserida nunca nos surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que realizámos junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento dos idosos, e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, apareceram-nos inúmeras vezes como o factor próximo que antecedeu a institucionalização’.

Por estas razões, a questão residencial dos idosos torna-se uma questão de elevada pertinência, se considerarmos que a casa se torna o espaço mais requisitado para as actividades que se desenvolvem no período da pós-reforma e nas quais se gasta a maior parte do tempo do resto da vida (Paúl, 1994). Aliado a isto, acresce o facto de existir, nas pessoas idosas, uma diminuição das capacidades de adaptação, que as torna mais sensíveis ao meio ambiente que as rodeia e de ter a casa um valor simbólico na construção da identidade social do Ser Humano.

O lar de cada pessoa, como uma unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos ‘Lar’, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o ‘Lar’ do idoso.

Sabemos que o conjunto de serviços e equipamentos que cada sociedade oferece aos seus idosos tem como objectivo melhorar as condições de vida. A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um factor determinante na opção do internamento, e que muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes, o facto é que, associados a esta dependência física, surgem outros factores que por vezes condicionam mais fortemente a decisão (Pimentel, 2001).

Assim, vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interacções que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente

apontada como motivos para a institucionalização.

As conclusões resultantes da análise de doze estudos realizados nos Estados Unidos, por Kane, em 1997, (cit. por Born e Boechat, 2002) sobre os factores que pesaram na institucionalização, foram as seguintes: idade, diagnóstico, limitação nas AVDs, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

No caso do Brasil, foram também analisados vários grupos institucionalizados e as conclusões resultantes demonstraram que os factores de risco que deram origem ao internamento eram sobretudo: síndromes de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima dos 70 anos, ser solteiro, sem filhos ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza (Freitas, et al, 2002).

Como se pode observar, os motivos principais ligam-se a factores associados à saúde, às síndromes conhecidas por gigantes de geriatria com múltiplas causas, cursos crónicos e riscos acrescidos de perda de independência.

Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, analisar o seu ingresso é rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida (Paúl, 1997).

De facto, um estudo feito a várias instituições objectivadas para residências de Idosos mostra, “que a maior parte das instituições para idosos retira toda a privacidade aos seus utentes, com sujeição a controlo e dependência face à regulamentação interna”.

Além disso, acrescenta que a “institucionalização e respectivo desenraizamento leva mais rapidamente à deterioração, e a uma maior incapacidade física e mental”. Uma outra conclusão é que “as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados” (Borges, 2000).

Estas dificuldades sentidas pelos idosos, são muitas vezes agravadas pelo facto de as instituições não assegurarem direcções técnicas nos seus estabelecimentos e serviços. Num elevado número de casos, o pessoal da prestação directa de cuidados é admitido sem qualquer formação inicial, sendo a sua integração delegada e assegurada por pessoal de igual categoria.

Outra vertente a ponderar é a de que a fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. O internamento definitivo das pessoas idosas em lares implica em muitos casos uma rotura com o quadro de vida quotidiano e impõe-se como uma situação irreversível.

Talvez por isso, Drulhe (cit. por Cordeiro, 2000) afirme que esta situação

representa normalmente o abandono e a exclusão, o sofrimento e a morte. É usual considerar as pessoas que vivem em família, como fazendo parte da sociedade, e os que estão em instituições, como dela estando excluídos, apesar do papel activo que podem desempenhar e das relações que mantêm com familiares e amigos. No entendimento do cidadão comum, é corrente a ideia de que as pessoas idosas institucionalizadas estão afastadas das relações sociais da comunidade.

Por todos os pressupostos descritos, não é difícil perceber que o período prévio à entrada numa instituição é especialmente crítico; na área afectiva, o medo e a incerteza perante o desconhecido proporcionam grandes momentos de tensão. Diz Ames (1991) que, nos dias posteriores ao seu ingresso, esta situação de *stress* vai diminuindo e, após um ano de permanência nas instituições (tendo em consideração de que este período não é igual para todos os idosos), o idoso já elaborou estratégias adaptativas à sua nova situação.

Nestes cenários, o ideal seria que as pessoas idosas e suas famílias pudessem exercer uma escolha livre e esclarecida dos apoios e equipamentos que necessitam. No entanto, o que tem acontecido é que o factor “escolha” toma, para algumas situações, foros de privilégio, quando o acesso a respostas diversificadas e capacitadas para atender adequadamente as pessoas que delas necessitam deveria ser um direito (Cadete, 2001).

Considerando o direito a opções na escolha de residenciais, Paúl (1991) refere que, para a maioria dos nossos idosos (portugueses), o factor escolha de um novo local para residir foi extremamente limitado, devido quer à escassez generalizada de equipamentos, quer aos seus baixos recursos económicos, tornando-se esta forma de institucionalização num ‘misto de voluntária e co mpulsiva’.

No sentido de inverter estes fenómenos, actualmente nos Estados Unidos já se visa remeter os idosos à sua própria casa, numa posição oposta à institucionalização que tem vindo a ser considerada nefasta em vários aspectos para o idoso.

Também em Portugal uma das respostas que ultimamente tem sido evidenciada é o apoio domiciliário. Como dizia Quaresma (1998) num painel sobre ‘Idosos do Séc. XX’, o ‘apoio domiciliário é uma forma de intervenção social que urge ser mais conhecida, de modo a torná-la um instrumento privilegiado de resposta a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento’. O exercício do apoio domiciliário deve promover a participação responsável das pessoas e grupos apoiados, das suas famílias, vizinhos e amigos, bem como de grupos, associações, comunidades e organizações que possam dar contributos neste processo de apoio.

Deste modo, torna-se num instrumento que suscita o desenvolvimento das capacidades próprias de cada interveniente, inserido num processo de cooperação e

solidariedade, ao mesmo tempo que assegura o apoio a quem dele necessita.

Constata-se que dispomos de uma grande variedade de agentes e de formas de apoio domiciliário; não obstante, em geral, tendem a conjugar-se, pelo menos, serviços, apoios e cuidados sociais de saúde e de intervenção nas condições de habitação. Contudo, é urgente e indispensável a coordenação de diversas entidades e dos vários técnicos e outros agentes formais e informais, intervenientes a nível local, incluindo as autarquias, cujo papel deverá ser melhor estudado e definido (PAII, 1999).

Apesar de tudo, situações existem em que, de facto, as instituições são necessárias, nomeadamente nas chamadas “mudanças assistenciais”, típicas de idosos cuja independência funcional e recursos económicos diminuíram acentuadamente.

Corroboram esta opinião Woroby, Angel e Born (2002) ao chamarem a atenção para o facto de que há que ter em consideração os idosos sós e com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares, (ou estando estes longe) como sendo uma população para quem será aconselhável a institucionalização.

Apesar da generalizada imagem negativa com que são conotadas as residências de idosos, também nesta área existem estudos que mostram vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados porque, segundo eles, “viver neste tipo de cenário facilita a interacção social entre os residentes”.

Mais longe chegam as conclusões de um estudo levado a cabo por Hinrichsen (1985) sobre o impacto da residência em casas para idosos, ao revelar que, nos locais de residência em que havia uma grande concentração de idosos, se verificava que o número de amigos era maior, as amizades mais activas e a satisfação de vida mais elevada.

O conjunto de reflexões feitas sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso leva-nos a concluir que não existem soluções óptimas e universais para os idosos e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o seu bem-estar se preservarmos, ao idoso, a possibilidade de escolha e/ou adequação desse mesmo ambiente.