CUIDADO INFORMAL DE PESSOAS VELHAS: o lugar do gênero feminino nesta provisão e nas políticas públicas

INFORMAL CARE OF OLD PEOPLE: the place of the female gender in this provision and in public policies

Marly de Jesus Sá Dias, Universidade Federal do Maranhão; Doutora em Políticas Públicas; marlydejesus@yahoo.com.br.
Coordenadora
Jacira do Nascimento Serra, Universidade Federal do Maranhão; Doutora em Políticas Públicas; Endereço@eletrônico.com.
Luísa Maria Desmet, Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT); Mestre em Relações Interculturais; luisadesmet@gmail.com
.

RESUMO

Esta mesa se propõe ao debate acerca do cuidado informal prestado a pessoas velhas com dependência física ou cognitiva na atenção domiciliar no Brasil, com o propósito de apreender qual o significado do envelhecimento, do cuidado, da determinação do gênero feminino para o exercício da função de cuidadora no país, assim como de identificar o alcance de políticas sociais construídas para assegurar direitos a estes sujeitos em países como Portugal. Ancorada em aportes teóricos e documentais, discute a nova demografia mundial, configurada pelo crescimento progressivo do envelhecimento populacional no mundo; o significado do cuidado informal, elementos que contribuem para ratificar as mulheres na indicação de cuidadora principal e a realidade portuguesa após construção de políticas públicas dirigidas a esse segmento composto por cuidadoras e cuidadores informais. Parte-se do pressuposto de que não por um acaso, o público feminino aí se destaca, denotando uma íntima relação de sua designação para com os papeis sociais atribuídos às diferentes categorias de sexo, os quais imputam às mulheres, a responsabilidade pela casa e seus integrantes. E, em assim sendo, no seio dessas evoluções demográficas e de gênero, mulheres assumem um cuidado que se complexifica consoante o tipo de dependência em pauta, de forma voluntária, informal, solitária e cumulativa com os demais afazeres domésticos, uma vez que lhes falta apoio social, outras pessoas com quem dividir as tarefas da casa e filhos(as), suas queixas, angústias, inseguranças e cansaços. Ao mesmo tempo que gera lucro com este trabalho essencial e não reconhecido e valorizado.
Palavras-chave: Envelhecimento. Cuidado. Mulheres. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This table aims to debate the informal care provided to elderly people with physical or cognitive dependence in home care in Brazil, with the purpose of understanding the meaning of aging, care, the determination of the female gender to exercise the function of in the country, as well

as identifying the scope of social policies designed to ensure rights for these subjects in countries such as Portugal. Anchored in theoretical and documentary contributions, it discusses the new world demography, configured by the progressive growth of population aging in the world; the meaning of informal care, elements that contribute to confirming women in the indication of the main caregiver and the Portuguese reality after the construction of public policies aimed at this segment composed of informal caregivers and caregivers. It is based on the assumption that not by chance, the female public stands out there, denoting an intimate relationship of their designation with the social roles assigned to the different categories of sex, which impute to women the responsibility for the house and its members. And, therefore, in the midst of these demographic and gender evolutions, women assume a care that becomes more complex depending on the type of dependency in question, voluntarily, informally, solitary and cumulative with other household chores, since they lack social support, other people with whom to share the tasks of the house and children, their complaints, anxieties, insecurities and fatigue. At the same time, it generates profit with this essential, unrecognized and unrecognized work.
Keywords: Aging. Caution. Women. Public policy.

ENVELHECIMENTO(S): desafios da nova demografia mundial

AGING(S: challenges of the new world demography

Jacira do Nascimento Serra

RESUMO

O presente artigo buscou analisar o conceito de envelhecimento como um fenômeno universal pertencente a todo ser vivo, caracterizado por um processo multidimensional, dinâmico e progressivo, que envolve os aspectos biológico, social, político, cultural, econômico, psicológico e espiritual. Que traz em seu bojo vulnerabilidades relacionadas ao gênero, a idade cronológica, ao grupo social, a raça e às regiões geográficas. A partir de levantamento bibliográfico e documental, discute a necessidade da compreensão do envelhecimento como um *continum* que começa com a concepção e termina com a morte, a velhice como uma fase da vida que caracteriza a condição do ser humano idoso, resultado final desse processo. Conclui que o envelhecimento populacional, embora seja uma CONQUISTA da humanidade, não pode ser vislumbrado apenas pelo determinante INDIVIDUAL. Mas, analisado, discutido e enfrentado sob a ótica do COLETIVO. Como DESAFIO imposto às pessoas idosas, familiares, CUIDADORES, profissionais, sociedade civil e instituições governamentais.

Palavras-Chaves: Envelhecimento. Velhice. Idosos.

ABSTRACT

This article sought to analyze the concept of aging as a universal phenomenon belonging to every living being, characterized by a multidimensional, dynamic and progressive process, which involves biological, social, political, cultural, economic, psychological and spiritual aspects. Which brings in its wake vulnerabilities related to gender, chronological age, social group, race and geographic regions. Based on a bibliographic and documentary survey, it discusses the need to understand aging as a continuum that begins with conception and ends with death, old age as a phase of life that characterizes the condition of elderly human beings, the final result of this process. It concludes that population aging, although it is a CONQUEST of humanity, cannot be seen only by the INDIVIDUAL determinant. But analyzed, discussed and faced from the perspective of the COLLECTIVE. As a CHALLENGE imposed on elderly people, family members, CAREGIVERS, professionals, civil society and government institutions.

Keywords: Aging. Old age. Seniors.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma preocupação da humanidade. Desde os primórdios da civilização numa visão de combate que existem tentativas de parar esse processo, seja por meio de atitudes ou de condutas empíricas, sem cunho científico, pautada em mitos e preconceitos.

O fato é que não se pode negar que o envelhecimento é um processo absolutamente natural e comum a todos os seres vivos, por isso, mereceria ser mais discutido e, suas bases fisiológicas, mais conhecidas, ao lado de outros fenômenos orgânicos como a concepção, desenvolvimento e a evolução do ser humano. Infelizmente, durante longo tempo, esse debate foi secundarizado, o que certamente favoreceu a caracterização errônea do envelhecimento como um estágio patológico, temido e hostilizado. Desse modo, deduz-se que não por acaso, ainda nos dias atuais a sociedade rejeita o velho, que sem o vigor da juventude é facilmente descartado, perdendo a força de trabalho já não é produtor, nem reprodutor (BOSI, 1973).

No século XXI com *boom* do envelhecimento populacional mundial, teve início MUDANÇAS DE PARADIGMAS, a revisão e o reconhecimento do papel social das pessoas velhas e a inclusão do velho como cidadão detentor de direitos. Além disso, começa se vislumbrar que o envelhecimento é processo multidimensional, heterogêneo constituído por um contingente de velhos saudáveis e com boa habilidade funcional e outro grupo constituído por velhos dependentes e frágeis, com vários graus de deficiência, dependência e incapacidade. Esse cenário acarreta maior tempo de utilização dos serviços de saúde, aumenta a demanda por cuidadores formais e informais, com um custo elevado para as famílias, a sociedade, a comunidade como um todo e para o Estado.

Respaldada por fundamentos bibliográficos e documentais, discutiremos sobre o conceito de envelhecimento enquanto processo multidimensional, dinâmico e

progressivo. *Continuum* que se inicia com a concepção e se encerra com a morte. Enquanto conquista que precisa ser celebrada, mas, igualmente priorizada nos debates acadêmicos e das políticas públicas, dado os desafios que enseja para população que envelhece de formas múltiplas, famílias, sociedade e governo.

2 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: o lugar das pessoas em idade avançada na sociedade

A expectativa de vida está aumentando de forma exponencial em todo o mundo. E, associada à queda da taxa da fecundidade, leva a mudança da pirâmide populacional.

A população de idade avançada possui um aumento estimado em 10% entre 1950 e 2025, em comparação aos 3% do conjunto populacional[1]. Hoje existem cerca de 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos com a previsão para 2050 de quase 2 bilhões de pessoas nessa faixa etária a nível mundial.

Desde a década de 1980, que o envelhecimento populacional não é mais privilégio dos países desenvolvidos. Em 2000, das 4,7 bilhões de pessoas que viviam nos países em desenvolvimento, 0,2% eram de pessoas acima de 60 anos, enquanto dos 1,2 bilhões de pessoas que viviam nos países desenvolvidos, 0,4% eram de pessoas com mais de 60 anos[2]. Projeções apontam que a população mundial crescerá cerca de 50% (para 9 bilhões) até 2050. O que significa que, no mesmo período, a população acima de 60 anos terá aumentado 350%, sendo que a maior parte desse aumento populacional ocorrerá nos países em desenvolvimento, cada vez mais urbanizados[3].

Se a expectativa de vida é cada vez mais longa, se as pessoas idosas estão vivendo nos países em desenvolvimento, em regiões urbanizadas, muitas vezes sem

[1] Dados da ONU, 2002.
[2] De acordo com a OMS, 2002.
[3] ONU, 2002.

estrutura para receber esse contingente populacional, subtende-se que as sociedades precisarão repensar o lugar dos idosos nas cidades e implantar uma nova cultura do envelhecimento.

A transição demográfica ocorrida em quase todo o mundo, também é observada no Brasil, num ritmo acelerado e curto espaço de tempo. Em 1999, do total de 160 336 471 brasileiros identificados, 14 512 803 estavam com 60 anos ou mais. O que correspondia a 9,1% da população total do país. A participação da população acima de 65 anos no total da população brasileira mais do que dobrou nos últimos 50 anos: passou de 4% em 1940, para 5,9% em 1991, 8,6% em 2000, chegando a 7,4% em 2010. Projeções indicavam que esse segmento poderia ser responsável por, aproximadamente, 15% da população brasileira no ano de 2020[4]. O que significa dizer que atualmente há no país mais pessoas com idade acima de sessenta e cinco anos do que abaixo de quatro anos. Uma nova previsão dos demógrafos sugere que até 2025, a população de idosos (as) no Brasil será tão elevada (superior a 34 milhões) que levará o país a ocupar a sexta posição no mundo em números absolutos de idosos (IBGE, 2010).

De acordo com Kalache[5] o número de pessoas acima de 65 anos deverá aumentar para 64 milhões em 2050 no país, quando certamente terá a quinta maior população de idosos do mundo. Ou seja, a proporção de pessoas idosas em nossa população terá crescido nessas quatro décadas de 10% para 29%. Fato este estimado pelos dados preliminares do censo de 2010,

> Nas últimas décadas, o Brasil tem registrado redução significativa na participação da população com idades até 25 anos e aumento no número de idosos. E a diferença é mais evidente se comparadas às populações de até 4 anos de idade e acima dos 65 anos. Em 2010, de acordo com a Sinopse do Censo Demográfico, o país tinha 13,8 milhões de crianças de até 4 anos e 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos (IBGE, 2010).

Outro dado relevante refere-se a população “muito idosa”, posto que é a que tem apresentado as maiores taxas de crescimento. Nos últimos dez anos, o segmento

[4] Dados do IPEA, 2004
[5] Dados de 2010 do Dr. Kalache no artigo “Direitos das Pessoas Idosas”.

populacional das pessoas acima de 100 anos, passou de 14 mil para 17 mil, o que leva a uma maior heterogeneidade do grupo de pessoas idosas[6].

Estudos de Melo e Reis (2014), com base no último censo realizado pelo IBGE, mostram que a população idosa no Maranhão atingiu a marca de 8,6% para aqueles acima de 60 anos e 6% para acima de 65 anos, representando respectivamente 525.983 e 394.487. Aumento que também foi constatado em São Luís:

> Em São Luís, capital do Estado, esse aumento do número de idosos também é nítido, sendo em 1991 4,8% da população do município era idosa, correspondendo a 27.854 habitantes. No ano 2000, obteve um aumento passando a representar 5,7%, correspondendo a 43.501 habitantes da capital. Por fim, no último censo realizado, em 2010, a porcentagem atingiu a marca de 7,7% abrangendo 71.038 habitantes (MELO; REIS, 2014, p. 10).

Brasileiros/as passaram a viver mais, devido a um conjunto de fatores, tais como a redução da mortalidade, queda na taxa de natalidade, conquistas médicas (vacinas, antibióticos, medidas de prevenção e promoção da saúde), melhoria das condições sanitárias, ambientais e nutricionais, bem como da elevação dos níveis de higiene pessoal (SILVESTRE; KALACHE; RAMOS; VERAS, 1996).

Assim, o Brasil, que sempre foi considerado um país de jovens, está em pleno processo de envelhecimento. As pessoas estão convivendo com esta nova realidade, à primeira vista alvissareira, mas que traz em seu bojo profundas implicações.

Cumpre destacar que os países desenvolvidos envelheceram ao longo de muitas décadas, gozando de níveis econômicos altos. Enquanto o Brasil está envelhecendo rapidamente. Só para termos uma ideia dessa progressão exponencial, o Brasil terá em 2025, o mesmo contingente populacional que a França obteve ao longo de 150 anos. Isso sem falar nas disparidades sociais e econômicas entre ambos. Em solo luso, esse envelhecimento se faz num contexto de desigualdades sociais, originadas de problemas não resolvidos nas mais diversas áreas: educação, saúde, saneamento, segurança, geração de emprego e renda, transporte, segurança, preservação do meio ambiente.

[6] De acordo com dados do IPEA 2004 e 2006; e do IBGE, 2010

Vê-se assim que, as alterações demográficas, epidemiológicas e sociais ocorridas nas últimas décadas e que originaram esse novo perfil populacional, é caracterizada pobreza, desempregos, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta, bem como por transformações estruturais das famílias (monoparentais, por afinidade, homo afetivas, chefiadas por mulheres, etc.). Tais eventos também confluíram para mudanças nos padrões de cuidados que vigoravam em gerações anteriores (FLASCH, LINS e CARVALHO, 2016).

Portanto, o Brasil se apresenta como país emergente, de urbanização recente, com um acelerado processo de envelhecimento populacional, num contexto de desigualdades e rápida transformação sociocultural.

Configuração que suscita, com urgência, construção de estratégias para vencer o desafio do envelhecimento populacional, prover condições para este seja digno para todos os cidadãos brasileiros, uma vez que o fenômeno do envelhecimento não se restringe a mero dado numérico, decorrente do acelerado crescimento populacional. Nem todos e todas envelhecem da mesma forma e em iguais condições. Há que se considerar neste percurso as condições de classe, raça, etnia, gênero, os valores de uma sociedade que enaltece a juventude. É fundamental que se tenha um olhar político e social ampliado em torno deste fenômeno que é o envelhecimento, com adoção de proteção social, medidas de promoção de saúde direcionado a esta população, capaz de enfrentar a transição epidemiológica que fomenta número elevado de pessoas idosas com predominância das doenças crônicos não transmissíveis (DCNTs), com acumulo de sequelas, o que predispõe a algum grau de deficiência, dependência e incapacidade, perda da autonomia e qualidade de vida.

3 ENVELHECIMENTO OU ENVELHECIMENTOS: fenômeno multidimensional

Envelhecer é um verbo que se conjuga no plural. Isso porque não se trata de mero fenômeno biológico, posto que envolve outros aspectos: social, político, cultural, econômico, psicológico, espiritual. Assim como também não se processa de uma

única forma. Por isso convém falarmos de envelhecimentos, fenômeno múltiplo, processo que ocorre durante todo o curso da vida da pessoa.

Enquanto processo multidimensional, o envelhecimento envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Contudo, o conhecimento a respeito do envelhecimento visto por essas três dimensões é algo RECENTE.

O envelhecimento biológico constitui-se num processo gradual e espontâneo de mudanças biológicas do homem, que resulta na maturação e no crescimento durante a infância, puberdade e idade adulta, e no declínio durante a meia-idade e a idade tardia (MOBBS, 2001; SHIGUEMOTO, 2007). Sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal NÃO PATOLÓGICO, de deterioração de um organismo maduro próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OMS, 2000; MS, Caderno nº 19, 2006).

Algo natural e universal concorrente ao desenvolvimento, caracterizado por declínio fisiológico, o qual ocorre depois da maturação sexual e implica em diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência do organismo. Cada sistema do organismo tem seu próprio ritmo de envelhecimento (PAPALEO, 2002). Portanto, processo natural, dinâmico, progressivo, universal, inerente a todo ser vivo. Subdivide-se no envelhecimento fisiológico (senescência ou senectude) resultante de um somatório de alterações orgânicas, psicológicas e funcionais próprias do processo de envelhecimento normal. E no envelhecimento patológico (senilidade) decorrente das alterações determinadas por afecções que acometem os idosos (SCHROOTS e BIRREN, 1990; PAPALEO, 2006).

No contexto comportamental, há o envelhecimento psicológico, onde a evolução etária influi no modo de pensar e de agir assumindo assim atitudes e comportamentos de cada fase da vida: infância, juventude, maturidade e velhice. Decorre das condições de saúde física e mental estabelecidas por determinantes biológicos e ambientais ao longo de toda a vida que interferem no seu ritmo e nos

seus desfechos (NERI, 2014). Tendo como importantes elementos: sexo, classe social, saúde, educação, personalidade, história passada, contexto socioeconômico. Refere-se à relação existente entre percepção, aprendizagem, memória, preservação da autoestima e da imagem social (NERI, 2000). Conceito pode ser usado em 2 sentidos: 1. refere-se a relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como: percepção, aprendizagem e memória; 2. depende de como cada individuo avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas de sua idade (NERI, 2005).

Envelhecimento é também um processo sociológico na medida em que cada sociedade estabelece a idade para início da velhice, a qual marca a mudança em status e em papeis sociais e se relaciona com mudanças na identidade e na percepção da idade pelas pessoas (NERI, 2014). Como exorta Beauvoir (1970) “A condição humana do velho depende do contexto social”.

Envelhecimento *continuum* ocorre durante todo o curso de vida do indivíduo, indo desde o nascimento até a morte. É universal, afetando a família, a comunidade e a sociedade como um todo, tendo a velhice como a última fase. A velhice não é um processo como o envelhecimento e sim um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso, não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo, ideia ligada a noção de mudança (BEAUVOIR, 1970). De acordo com Papaléo (2006) o envelhecimento é o processo, a velhice a fase da vida e o velho o resultado final desse processo.

Além disso, vale ressaltar que o envelhecimento é individual depende da situação social, dos hábitos, do estilo de vida de cada pessoa. Experiências de envelhecimento e velhice variam de acordo com tempo histórico de uma sociedade, dependem de circunstâncias econômicas (PAPALEO, 2002).

De acordo com Mota (2015) ser velho é uma situação vivida em parte homogeneamente e em parte diferencialmente, de acordo com o gênero e a classe social dos indivíduos em um grupo de idade ou geração, o gênero e a classe social

estruturam as expectativas e conformam a ação social. Nesse sentido, a perspectiva de gênero e classe é especialmente importante na explicação das diferentes trajetórias de vida percorridas socialmente por homens e mulheres, ajuda a explicar como ambos, como sujeitos *genderificados*, socializados conforme sua situação de classe, como experienciam o processo de envelhecimento e como são afetados pelas políticas públicas concernentes à velhice (MOTA, 2015).

4 CONCLUSÃO

Envelhece-se desde o nascimento, tal processo nos acompanha por toda a vida. Entretanto, isso não significa que o envelhecimento se dê de modo homogêneo, pois, nem toda, as pessoas envelhecem de maneiras diferentes. Na perspectiva de gênero, a trajetória de vida de homens e mulheres, como construção social e cultural, vem determinando diferentes representações e atitudes em relação à condição de velho(a) (MOTA, 2015).

A longevidade e o aumento da proporção dos mais velhos na pirâmide populacional é uma das grandes conquistas do século XX, fato que desencadeou a visibilidade social da velhice. O *boom* do envelhecimento populacional ocorrido nas 3-4 últimas décadas, fez com que a temática tivesse visibilidade em debates científicos, discussões políticas públicas, definição de novos mercados de consumo, de novas formas de lazer. O indivíduo idoso passou a ser um ator presente no conjunto de discursos produzidos (DEBERT, 2004).

Muito se tem a refletir sobre o sentimento do velho no mundo atual, considerando-se que muitas das suas construções mentais e experiências foram forjadas e vivenciadas em um outro tempo social, desde um tempo passado. O que não significa dizer que envelhecimento deva ser vislumbrado apenas pelas reminiscências ao passado, a pessoa idosa deve viver no tempo presente a experiência de uma jornada que deve ter no horizonte um futuro que não seja a terminalidade, para tanto, a sociedade, os profissionais, a mídia, a família e os próprios

idosos necessitam combater os mitos e preconceitos construídos e mantidos por longas décadas sobre o envelhecimento, a velhice e o VELHO.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**, 1970.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento, 2004

IBGE. **Censo Demográfico** - 2000. Disponível em<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso em 11/7/20.

IBGE. **Censo Demográfico** - 2010. Disponível em: < http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 11/7/2020.

KALACHE, A; VERAS R. P; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: um desafio para o novo milênio. **Revista Saúde Pública**. São Paulo 21(3): 200-10, 1987.

KALACHE A. Direitos das pessoas idosas. In: VENTURI, G. (org.) **Direitos humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

MELO, Cleto Gonzaga Câmara de; REIS, Rosalva de Jesus dos. **Expectativa de vida no maranhão contemporâneo**: realidades e desafios. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. São Pedro/SP, 2014.

MOTTA, Alda Britto da, **Revista Sociedade e Estado** - Volume 25 Número 2 Maio / Agosto 2010

PROVISÃO DO CUIDADO NO BRASIL: Coisa de mulher?

PROVISION OF CARE IN BRAZIL: A woman's thing?

Marly de Jesus Sá Dias

RESUMO

Este artigo discute o lugar do gênero feminino nas ações do cuidado destinado a pessoas velhas no domicílio, com o propósito de identificar quais os critérios ou fatores que influenciam para tal eleição. Trata-se de um estudo exploratório, ancorado em aportes teóricos e documentais. Aborda-se o cuidado informal no contexto do envelhecimento populacional que, no Brasil, tem sido predominantemente realizado por mulheres. E, fundamentado pelas categorias gênero e patriarcado problematiza a divisão sexual do trabalho e a ideologia que desvaloriza as atividades reprodutivas realizadas pelas mulheres de forma gratuita, enquanto oculta a sua importância e valor. Vitais, tanto sob o ponto de vista econômico, como social, na recomposição da força humana para o trabalho. Conclui-se que as ações de cuidado realizado por mulheres, não são alheias ao capital que, propositalmente, as fazem parecer devoção e benevolência, isentando-se de proteção social que precisa ser construída para assegurar direitos a estes sujeitos.
Palavras-Chaves: Envelhecimento. Cuidadora Informal. Mulheres.

ABSTRACT

This article discusses the place of the female gender in care actions aimed at elderly people at home, with the purpose of identifying which criteria or factors influence this choice. This is an exploratory study, anchored in theoretical and documentary contributions. Informal care is addressed in the context of population aging that, in Brazil, has been predominantly performed by women. And, based on the categories of gender and patriarchy, it problematizes the sexual division of labor and the ideology that devalues the reproductive activities carried out by women for free, while hiding their importance and value. Vital, both from an economic and social point of view, in restoring human strength for work. It is concluded that the care actions performed by women are not alien to the capital, which purposely makes them appear to be devotion and benevolence, exempting themselves from social protection that needs to be built to ensure these subjects' rights.
Keywords: Aging. Informal Caregiver. Women.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho do cuidado é múltiplo, implícito ou explícito em vários afazeres que, normalmente são circunscritos ao domicílio, junto aqueles que neste habita. Abarca o cuidado com o lar, tanto no que se refere a sua organização cotidiana (arrumação e/ou limpeza), quanto o preparo da alimentação, higiene das roupas, louças, dentre outras ações fundamentais, mas, pouco reconhecido ou valorizado pelos residentes do lar e pela sociedade. O fato é que toda gente aprecia ambiente asseado, boa comida, vestes engomadas, mas, pouco se importa em saber o trabalho que isso dá, contabilizar o tempo que consome. Porém, quando deixa de ser feito, aí, incomoda.

Muito são os demandantes por cuidados: crianças, enfermos (as), pessoas com deficiências, pais, companheiros (as), velhos (as). O envelhecimento populacional em nível nacional e mundial tem feito crescer as demandas por essa provisão, seja de modo informal ou formal.

Segundo estudo comparativo entre Brasil, França e Japão, realizado por Guimarães, Hirata e Sugita (2011), o envelhecimento das pessoas, com as devidas particularidades demográficas, econômicas e sociais de cada país, apresenta-se como um dado comum. Achado similar refere-se ao sujeito que assume essa atribuição, nomeadamente as mulheres. Com base em critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, as autoras assinalam que o Japão seria uma sociedade "superidosa", posto que a população total com mais de 65 anos é igual ou superior a 20%; a França, uma sociedade "velha", uma vez que pessoas nesta idade por lá estariam entre 14% e 20%, enquanto o Brasil está a caminho de tornar-se uma sociedade "em envelhecimento", já que por aqui, idoso(as) representam entre 7% e 14% da população.

Estas determinações reconfiguram a demografia global, bem como as atividades do cuidado. Fato que já justificaria a inserção desse debate na agenda pública governamental, uma vez que sua prestação sugere responsabilidades que deveriam ser compartilhadas entre família, comunidade e o Estado.

Observa-se também nessa nova reconfiguração etária, a estruturação de um mercado de trabalho que se amplia com esse novo “nicho”, o que exige políticas

sociais com vistas a proteção social de quem demanda e de quem assume o papel de cuidador(a), de modo formal com a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de legislações que assegurem para estes últimos, condições e relações de trabalho para esse tipo de serviço (salário, jornada de trabalho, registro em carteira...). Como das pessoas que o excuta de modo informal no domicílio, solitário, sem qualificação ante a complexidade que as situações requerem, de modo a garantir-lhe condições financeiras, físicas e mentais para tal exercício.

Centraremos a atenção no presente artigo no trabalho do cuidado desenvolvido por cuidadoras informais conferido às pessoas com idade avançada, com dependência física ou cognitiva, na atenção domiciliar, com o propósito de apreender qual o lugar do gênero ocupa, entre os fatores que determinam a eleição do ser que cuida, bem como a urgência de formulação, implementação de políticas sociais construídas para assegurar direitos a estes sujeitos. O que será feito a partir de um estudo exploratório, natureza qualitativa, com esforços de articulação crítica entre aporte teóricos e documentais.

2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A FACE FEMININA DO CUIDADO NO BRASIL

O envelhecimento populacional no Brasil, não tem apenas reconfigurado a pirâmide etária brasileira, mas, produzido desafios também para quem cuida, pois nem todos e todas envelhecem nas mesmas condições em termos de dignidade, saúde, autonomia, independência, segurança e contextos, o que faz com políticas públicas de longo prazo (de saúde, assistência social, previdenciária, dentre outras), que atendam a demandas desse público sejam urgentes e necessárias. Insta destacar que junto com a progressão da idade, emergem dependências de cuidados especiais e com assistência especializada, fomentando um mercado profissional profícuo com vistas à prestação desse tipo de serviços (GUIMARÃES, HIRATA E SUGITA, 2011).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2000 os idosos[7] correspondiam a 9,1% da população do país (IBGE, 2000). Estimativas feitas por esta mesma fonte em 2010, apontam que no período correspondente a 1999/2009 este percentual aumentou de 9,1% para 11,3% no conjunto da população brasileira. O que significa dizer que há no país mais pessoas com idade acima de sessenta e cinco anos do que abaixo de quatro anos. A previsão dos demógrafos é de que até 2025, a população de idosos (as) no Brasil será tão elevada (superior a 34 milhões) que o país ocupará a sexta posição no mundo em números absolutos de idosos (IBGE, 2010).

Brasileiros (as) passaram a viver mais devido a um conjunto de fatores, tais como a redução da mortalidade, queda na taxa de natalidade, conquistas médicas (vacinas, antibióticos, medidas de prevenção e promoção da saúde), melhoria das condições sanitárias, ambientais e nutricionais, bem como da elevação dos níveis de higiene pessoal (KALACHE, VERAS E RAMOS, 1987). Porém, as alterações demográficas, epidemiológicas e sociais ocorridas nas últimas décadas que originaram esse novo perfil populacional, é caracterizado também pelo aumento das desigualdades sociais, com prevalência de pobreza, desempregos, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta, bem como por transformações estruturais das famílias (monoparentais, por afinidade, homo afetivas, chefiadas por mulheres, etc.).

Devido os altos custos da assistência hospitalar ou institucional especializada, o cuidado as pessoas com idade avançada, acometidos de problemas de saúde que comprometam suas independências e autonomias, tem sido realizado no seio familiar e de forma informal. Ou seja, sob a responsabilidade de alguém com vínculos de parentescos ou afetivos com o (a) velho(a).

Mesmo sem domínio de saberes mínimos de saúde que lhe possibilite o exercício da provisão de cuidar ou de condições financeiras, a família passa a ser um recurso fundamental para o amparo de anciãos e anciãs. O que requer dedicação de um membro dessa composição, nas ações de cuidados que atenda as demandas do

[7] As discussões sobre as nomenclaturas são amplas e complexas, como a mesma não se constitui interesse do presente projeto, as expressões *velho/a* e *idoso/a* serão utilizadas como sinônimo.

ente em suas múltiplas necessidades da vida diária, como: alimentação, higiene, exercícios, uso da medicação, repouso adequado de modo a contribuir com a qualidade de vida dos longevos (NASCIMENTO, SILVA, MORAES E VALE, 2008). Ainda que tal atribuição interfira ou altere seus projetos pessoais.

Consoante o relatório “Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade”, divulgado pela Oxfam Brasil (2020), as tarefas relacionadas ao cuidado de outras pessoas são fundamentais para assegurar o bem-estar de sociedades, comunidades, assim como para o funcionamento da economia.

Cumpre esclarecer que tais atividades, em geral são realizadas informalmente, de forma voluntária, gratuita, embora possam ser complexas, a depender do agravo de quem demanda o cuidado. Envolvem sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo e choro. Sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazem parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (LOUREIRO et al., 2013).

Atribuição que, como já pontuado, comumente recai sobre as mulheres, na condição de cônjuge, filha, sobrinha, Irmã, tia, noras, vizinhas, amigas, que assumem o encargo de cuidadora principal. Por vezes, de forma solitária e cumulativa com os demais afazeres domésticos, uma vez que lhes falta com quem dividir as tarefas, suas queixas, angústias, inseguranças e cansaços. Especialmente para aquelas que são pobres e negras, posto que as mulheres não compõem em um grupo homogêneo. Logo, de formas distintas vivenciam as desigualdades de gênero, raça e classes.

3 MULHERES NOS CUIDADOS INFORMAIS NO DOMICÍLIO: elementos para se pensar as desigualdades de gênero

Partilha-se da assertiva de que não é por acaso que o cuidado esteja atrelado às atividades domésticas, como se inerente fosse a população feminina, decorrente de sua biologia.

Debate que remete às relações de gênero e ao patriarcado. Este último potencializado com o racismo e o capitalismo. Ante o exposto, pondera-se que a

concepção que desvaloriza as atividades ditas reprodutivas realizadas por mulheres, esconde seu real valor, posto que estas não são alheias ao capital, embora se empenhem para que pareçam devoção, benemerência (FEDERICI, 2021).

Nesta lógica, o privilegiamento recai, como demonstra a Oxfam Brasil (2020), no sistema econômico sexista, na valorização da riqueza de uns poucos, em sua maioria do sexo masculino, em detrimento de ações que importam para toda a sociedade, que consome bilhões de horas dedicadas ao trabalho do cuidado, comumente não remunerado e/ou mal pago, que explora, sobretudo, mulheres e meninas em todo o mundo. Vale destacar que a desigual responsabilidade vigente no trabalho de cuidado, perpetua desigualdades de gênero e econômica.

O gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, enquanto categoria analítica, histórica e cultural, foi introduzida no debate acadêmico e político pelos movimentos feministas e, desde então, contribuído para uma leitura crítica das questões que envolvem as desigualdades sociais vivenciadas ao longo da história pelas mulheres, potencializadas quando estas são negras e pobres. Essencial para desvelar como se dá a construção social de homens e mulheres, no seio, não de atributos físicos, emocionais, intelectuais. Mas, no contexto histórico, cultural, simbólico. As relações de gênero não são neutras, mantêm estreita ligação com fatores políticos e econômicos em cada sociedade. Trata-se de um processo que se alicerça nas diferenças sexuais, de cariz biológico, reproduzidas em larga escala através de estereótipos patriarcais diversos e que reforçam binarismos do tipo homem forte e mulher frágil. Forjam relações desiguais, mesmo com os progressos femininos contemporâneos em prol de sua emancipação (direito ao voto, educação, inserção em espaços públicos, nas instâncias decisórias de poder).

O debate sobre o patriarcado[8] por sua vez, propicia apreender esses mecanismos que propagam relações sociais hierarquizadas entre os gêneros, com

[8]É difícil precisar a origem do patriarcado, uma vez que este resulta de um conjunto diversificado de combinações (econômica, religiosa, política), construídas ao longo do processo histórico da vida social. Pode ser caracterizado como uma das formas de relações de gênero que remete a relações desiguais e hierárquicas, presente em todos os espaços sociais (sociedade civil e no estado). Consiste, segundo Saffioti (2004), num sistema que está para além da dominação, modelado pela ideologia machista, posto que também se constitui num sistema de exploração/opressão dos homens sobre as mulheres.

desvantagens para as mulheres, em termos de prestígio e oportunidades. Ou seja, seus veículos difusores, tais como instituições, religiões, legislações, educação, dentre outros, em que mulheres aparecem como inferiores.

E, em assim sendo, papéis culturais atribuídos às mulheres relacionados ao cuidado são vistos como vocacionais, isento de valor financeiro, mesmo quando gera o produto mais valoroso do mundo capitalista que é a força de trabalho recomposta (FEDERICI, 2021). Relacionam-se com a divisão sexual do trabalho, a uma identidade social socialmente construída, disseminada e que ainda hoje, situa o cuidado como verbo transitivo indireto, pois quem cuida, cuida de algo ou de alguém, mas, em estreita relação com o substantivo de cuidadora, circunscrito ao feminino, portanto, à esfera do privado, do doméstico, da família (GUIMARÃES, HIRATA E SUGITA, 2011).

Como assevera Saffioti (1987),

> a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. À sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que *pode* operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que *pode* atuar o homem (SAFFIOTI, 1987, p. 8).

Através de sucessivos aprendizados constrói-se o ser homem e o ser mulher. Reproduzidos e reafirmados dentro e fora de casa, a partir de um conjunto de padrões morais, comportamentais, de cariz disciplinador através de práticas que se inscrevem nos corpos. Desse modo, cada um deve fazer somente aquilo condizente com seu sexo de origem, do jeito que o capitalismo espera (se for homem, dar-se-á de um jeito e, se for mulher, de outro). E assim, a imbricação gênero-patriarcado, tonificado pela raça e classe, institui lugares, expectativas sociais para cada indivíduo. Padrões prevalentes na construção das identidades de gênero, sob a influência do modelo político, econômico e cultural de cada época e lugar e que vão ser determinante para ratificar a mulher nas ações do cuidado e domésticas.

Deve-se atentar para o grande investimento na *naturalização* deste processo, o que leva a crença de que esse espaço destinado às atribuições domésticas e

---

Para a autora a grande contradição da sociedade atual é composta pelo nó patriarcado, racismo e capitalismo.

cuidados é algo específico das mulheres, enquanto os homens se ocupam do espaço público. Nesta lógica, não há porque se estranhar ou contestar a vigência de algo que sempre foi desempenhado por elas em todos os lugares, de forma dedicada, zelosa, ainda que com renuncias à própria vida em benefício dos outros, ao mesmo tempo em que "eliminam-se as diferenciações históricas e ressaltam-se as características "naturais" dessas funções" (SAFFIOTI, 1987, p. 11).

Como aduz Saffioti (1987), é de extrema importância compreender a gênese de processos socioculturais que limitam ou inviabilizam a participação feminina em outros espaços, ao mesmo tempo em que concorre para sobrevalorizar os espaços e legitimar a superioridade masculina, assim como a dos brancos, heterossexuais, dos ricos.

No que se refere à dinâmica de cuidados com outros, a imagem de altruísmo pessoal feminino esconde a dura realidade de submissão, traduzidas na ação de cuidar de mulheres, brancas ou negras pobres, das condições familiares precárias, de carência socioeconômica, no duro cotidiano de atendimento ao idoso dependente, com múltiplas requisições.

Muitas vezes, para a cuidadora, soma-se à execução do cuidado específico a higienização do ambiente na qual o/a idoso/a permanece, a elaboração das suas refeições, a lavagem e a manutenção das suas roupas. A realidade de poucos recursos econômicos da família torna impensável a contratação de qualquer profissional especializado em reabilitação e de auxiliares em trabalhos domésticos, tão necessários para bom atendimento do idoso como para, também, não sobrecarregar de forma desumana, a cuidadora.

Em determinadas configurações familiares a cuidadora sobrevive numa condição crucial. Por vezes, é uma das pessoas, ou a única, a obter renda para sustentar o grupo. Algo que também significa que há a necessidade de conciliar as suas atividades laborais rentáveis com o cuidado a/o idosa/o. Nessa situação, é obrigada a delegar alguma tarefa inerente ao ato de cuidar para alguém próximo: seja um familiar que possa ficar em casa em algum horário do dia, ou alguém da vizinhança. Contudo, essas circunstâncias não descaracterizam ou aliviam o seu papel de cuidadora informal principal. Ela precisa recorrer a estratégias e

improvisações para dar conta da obrigação assumida, pois, quando, aparentemente, divide com alguém a atenção ao familiar dependente, a responsabilidade sobre a saúde e o bem-estar daquele de quem cuida é, ainda, sua. Isso ocorre amiúde por uma convenção não verbal, mas tácita entre a cuidadora e os demais membros da família. Seja a esposa, a filha, a irmã do idoso, como em geral acontece, os familiares entendem que a função é dela e, embora a participação dos demais seja pouca ou inexista, a cobrança acerca dos cuidados ministrados ao longevo é feita.

Estudos de Pinquart e Sörensen (2003), mostram a vigência de mulheres acima de 65 anos na provisão do cuidado de outros membros familiares, com jornada que sugere incompatibilidade com suas idades. Revelam ainda dificuldades nesta lida desacompanhada, sem auxílio de outras pessoas. O que certamente eleva o risco de seus adoecimentos físicos, emocionais e psicológicos, ao mesmo tempo em que pode comprometer as ações do cuidar.

Outra pesquisa realizada por Lopes e Cachioni (2013), intitulada “Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer”, destaca as características demográficas das cuidadoras investigadas, na qual fica claro a média de tempo a estas dedicadas. Nesta consta que:

> Aproximadamente 70% são cuidadores do sexo feminino, com idade média de 59,6 anos. A situação trabalhista dos cuidadores foi dividida em ativos e não-ativos, os primeiros correspondem aos cuidadores empregados, aos que são aposentados mas trabalham e às donas de casa, os não-ativos são os desempregados, aposentados e pensionistas. A média do tempo de cuidado oferecido ao familiar foi de 27,3 meses. Em relação ao grau de parentesco, em torno de 57% eram os cônjuges que forneciam o cuidado, seguido de outros familiares como irmãos, netos e sobrinhos, e depois, filhos. Todos os idosos cuidados tinham o diagnóstico médico de Doença de Alzheimer, sendo que esses estavam na fase leve ou moderada da doença, correspondendo a 52,4% e 47,6%, respectivamente. (LOPES E CACHIONI, 2013, p. 171-172).

A Oxfam Brasil (2020), ressalta que 90% do trabalho de cuidado no Brasil é feito informalmente pelas famílias – e desses 90%, quase 85% é feito por mulheres. Destaca ainda que Mulheres e meninas ao redor do mundo dedicam 12,5

bilhões de horas, todos os dias, ao trabalho de cuidado não remunerado – uma contribuição de pelo menos US$ 10,8 trilhões por ano à economia global – mais de três vezes o valor da indústria de tecnologia do mundo.

São dados que evidenciam percalços, obstáculos e incompreensões vivenciados por mulheres na condição de cuidadoras informais na atenção domiciliar, junto a pessoas envelhecidas com dependência física ou cognitiva. Manifestas de formas diversas, através de “tensão, constrangimento, fadiga, estresse, frustração, redução do convívio social, depressão e alteração da autoestima, entre outros” (VIEIRA, FIALHO, FREITAS e JORGE, 2011).

Às vezes, seu adoecimento pode acarretar sentimento de culpa, por não poder cumprir a tarefa do cuidado traçada como “obrigação” pelos liames afetivos que a ligam ao idoso e na imputação desse dever, exigido ou naturalizado por familiares.

Para Federici (2021), enquanto as mulheres não recusarem a eternização da divisão sexual instituída, não falarem por si, se fortalecerem para romper com a identidade que lhes tem sido imposta, seguirão dependentes financeiramente, acumulando encargos domésticos, de cuidados em casa, exauridas, trabalhando numa condição análoga à da escravidão, a troco de nada ou, a um baixo preço. O que reafirma a urgência de políticas públicas estatais que reconheça ações do cuidado realizado majoritariamente pela ala feminina como trabalho que deve ser assalariado.

4 CONCLUSÃO

O esforça analítico no estudo possibilitou visualizar que as ações do cuidado assumem diversos formatos, embora em todos, a feição feminina sobressaia como ilustração. Em nome do amor, da benevolência, devoção à família, estas ações vão se mesclando às domésticas, sem que se considere suas relevâncias social e econômica. De tão naturalizadas que estão, tornaram-se invisíveis, isentas de qualquer tipo de reconhecimento seja financeiro ou das horas a estes dedicados. Negligenciadas pelo Estado que, ao lado da família e da sociedade, deveria assumir os encargos com proteção social dessas pessoas, mas, não o faz, pois as trata como suposto atributo natural, algo que toda mulher adquire desde o nascimento e as realiza

por prazer, dedicação à família. Sem que se problematize os desagastes, renúncias, as desigualdades de gênero ai instauradas e que penaliza muito mais as mulheres no mundo inteiro.

O debate sobre gênero e patriarcado, adensado pelo racismo e capitalismo, permitem compreender como tais processos que imputam a ala feminina esta eleição para o cuidado, são socialmente construídos, eternizados, popularizados, não como escolha individual das mulheres, mas, como imposição social.

Ancorada em sacrifícios, explorações e dominações que emolduram tais ações, a tríade patriarcado-racismo-capitalismo se retroalimenta, potencializa e segue se apropriando do tempo e vida feminina de forma gratuita, voluntária. Nunca é demais ressaltar que o trabalho doméstico não pago, tem no cuidado informal realizado no domicilio uma de suas âncoras que gera lucro e enriquece os mais ricos. Como afirma Federicci (2021), através dele recupera-se cérebros e corpos humanos.

Um aspecto de relevância a ser considerado entre aquelas que assumem a provisão do cuidado de pessoas em idade avançadas com dependência física ou cognitiva é o cenário de agruras, desgastes físicos, emocionais, psicológicos, jornada extenuante, diuturna em que esta atribuição requer. Sem reconhecimento legal e nem social, mulheres abrem mão de seus projetos de vida e seguem nesta empreitada solitárias e/ou adoecidas.

É peremptório trazer à visibilidade social a figura imprescindível da cuidadora informal de idosos como mais um dos elementos fundamentais na complexidade do fenômeno da velhice contemporânea, bem como suas implicações e requisições. Assim como também é inadiável que movimentos feministas e sociais fortaleçam as lutas na direção da garantia de direitos, mediante políticas sociais, taxação de riquezas em benefício também das mulheres que se encontram no desempenho de cuidados informais.

REFERÊNCIAS

FEDERICI, Silvia. **O patriarcado do salário**: Notas sobre Marx, gênero e feminismo. Tradução Heci Regina Chadiana. - 1ª ed. - São Paulo: Boitempo, volume 1, 2021.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. In: **Sociologia e Antropologia**, vol.1, nº.1. Rio de Janeiro Jan./June, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752011000100151. Acesso em: 04 de ago. 2021.

IBGE. **Censo Demográfico** - 2000. Disponível em<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso em: 11 de jun. 2021.

IBGE. **Censo Demográfico** - 2010. Disponível em: < http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 de jun. 2021.

KALACHE, A; VERAS R. P; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: um desafio para o novo milênio. **Revista Saúde Pública**. São Paulo 21(3): 200-10, 1987.

LOPES, Lais de Oliveira; CACHIONI, Meire. Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. In: **Temas em Psicologia**, vol. 21, nº 1, 2013, p.165 – 181.

LOUREIRO, Lara de Sá Neves. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. In: **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2013, 47(5):1133-40. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1129.pdf. Acesso em: 01 de ag. 2021.

OXFAM Internacional. **Relatório "Tempo de Cuidar"**: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. vol. único. Jan 20. Brasília-DF, 2020. Disponível em: https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/115321/579272776200120_Tempo_de_Cuidar_PT-BR_sumario_executivo.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

NASCIMENTO, Leidimary Cardoso; MORAES, Eronice Ribeiro; SILVA, Jaqueline Carvalho; VELOSO, Laurimary Caminha; VALE, Andréia Rodrigues Moura da Costa. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Teresina, PI: 2008.

PINQUART, M; SÖRENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers. In: **Psy-chological Health and Physical Health**: A meta-analysis. Psychology and Aging, 18(2), 2013, p. 250-267.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do Macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

VIEIRA, Cristyany P.B. FIALHO Ana Virgínia M. FREITAS, Consuelo Helena A. JORGE, Maria Salete B. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. In**:** **Revista Brasileira de Enfermagem.** vol.64 no.3 Brasília: maio/jun. 2011.

EVOLUÇÃO DAS POLÌTICAS DE VELHICE EM PORTUGAL

EVOLUTION OF OLD AGE POLICIES IN PORTUGAL

Luísa Maria Desmet

RESUMO

O presente artigo é um estudo exploratório, profundamente teórico, apoiado em fontes legislativas, documentais e bibliográficas. Pretende identificar e caracterizar de forma evolutiva a política social de cuidados na velhice, surgida principalmente no Estado-providência português, tentando demonstrar algumas das suas fragilidades. Analisa as respostas sociais dirigidas aos idosos e as novas propostas adaptadas à sociedade portuguesa de modo a satisfazer as necessidades das pessoas idosas com necessidade de cuidados.
Palavras-Chave: Idosos. Velhice. Política Social. Respostas Sociais.

ABSTRACT
This article is an exploratory study, deeply theoretical, supported by legislative, documental and bibliographical sources. It intends to identify and characterize, in an evolutionary way, the social policy of care in old age, which emerged mainly in the Portuguese welfare state, trying to demonstrate some of its weaknesses. It analyzes the social responses aimed at the elderly and the new proposals adapted to Portuguese society in order to meet the needs of elderly people in need of care.
Keywords: Elderly. Old Age. Social Policy. Social Answers.

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se que o presente artigo, resultante de um estudo exploratório, profundamente teórico, apoiado em fontes legislativas, documentais e bibliográficas, possa impulsionar futuras investigações de maior envergadura e aprofundamento.

Inicialmente, procura-se dar uma visão sobre o envelhecimento demográfico a nível mundial e, particularmente, em Portugal.

Posteriormente, numa perspectiva evolutiva, trata-se as políticas da velhice e as respostas sociais, cujo propósito é a tentativa de superar problemas emanados pelo rápido e excessivo envelhecimento populacional em Portugal.

Neste texto, destaca-se ainda o conceito *Ageing in Place* como alternativa às respostas sociais enquadradas pela legislação portuguesa, dando-se também ênfase à recente legislação do Estatuto do Cuidador Informal analisando o seu contributo para o referido cuidador informal.

2 ENVELHECIMENTO A NÍVEL MUNDIAL E EM PORTUGAL

O envelhecimento populacional representa um dos fenómenos demográficos mais relevantes das sociedades do século XXI. A aceleração no envelhecimento demográfico a nível mundial e particularmente na Europa deve-se fundamentalmente ao crescimento económico nas sociedades desenvolvidas, aos progressos da medicina, aos cuidados de saúde e às políticas sociais orientadas para a diversidade e especificidade das necessidades sociais das pessoas idosas.

Este fenómeno tem significativos reflexos de âmbito sócio – económico com impacto na delineação das políticas sociais e de sustentabilidade, assim como nas alterações de índole individual que levarão à adoção de novos estilos de vida. (DESMET, 2017).

Durante muitos séculos, a população mundial aumentou muito lentamente. Porém, foi após a Segunda Guerra Mundial que se registou um exponencial aumento populacional.

> Uma das transformações sociais mais importantes que ocorreram nos últimos 50 anos está relacionada com o aumento demográfico das pessoas de idade. Assistimos, portanto, ao fenómeno crescente e novo do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. Este acontecimento converteu os chamados *idosos* num grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, etc.” (OSÓRIO, 2007, p.11).

Segundo a Organização das Nações Unidas em 2050 a população com mais de 60 anos terá crescido 45%, passando de 287 milhões em 2013 para 417 milhões em 2050 e atingindo os 440 milhões em 2100. Prevê-se que o crescimento anual nos países mais desenvolvidos seja de 1% até 2050 e de 0,11% de 2050 a 2100.Nos países menos desenvolvidos prevê-se um crescimento anual de 2,9% até 2050 e de 0,9% até 2100.

Em 2019, o Instituto Nacional de Estatística (INE) referencia, no conjunto dos 28 países da União Europeia (UE), Portugal como o quarto país mais envelhecido da U.E, apenas ultrapassado pela Finlândia, Grécia e Itália.

Pode-se também verificar, que o envelhecimento demográfico em Portugal acentuar-se-á, quer pela redução da proporção de jovens na população total, quer pelo aumento da proporção de população com 65 ou mais anos.

Devemos reconhecer, perante esta reconfiguração das estruturas demográficas em que o envelhecimento apresenta um notável destaque, o manifesto impacto que o processo de envelhecimento tem na relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história (BEAUVOIR, 1970).

Diante desta evidência, torna-se necessário repensar “a aritmética das idades, as idades e os ciclos de vida, e, inevitavelmente, o próprio conceito de velhice” (BANDEIRA, 2012, p. 22), como forma de encontrar soluções ajustadas às novas necessidades e que visem promover a construção de uma sociedade mais inclusiva e adequada às pessoas idosas.

3 SÍNTESE EVOLUTIVA DAS POLÍTICAS DA VELHICE

Até à Primeira República, implantada em 5 de outubro de 1910, Portugal seguia as tendências europeias no que concerne à organização de equipamentos e serviços, cuja responsabilidade competia às ordens religiosas e mutualidades, baseadas no voluntariado religioso.

Após a declaração da República, a 25 de maio de 1911, foi publicada uma lei de assistência e oficializados alguns equipamentos públicos como hospitais civis, hospícios e asilos. As ordens religiosas retiradas da gestão dos equipamentos e hospitais logo após a publicação da referenciada legislação, só retomam as responsabilidades educativas e de assistência, quando Portugal entra na Primeira Guerra Mundial.

O Decreto-lei nº 494 de março de 1916 cria o Ministério do Trabalho, surgindo posteriormente, em 1919, a lei dos seguros sociais obrigatórios que visava a proteção na doença decorrente dos acidentes de trabalho, na velhice e na invalidez e a

sobrevivência de familiares sob a forma de prestações pecuniárias (CARVALHO,2010; LEAL, 1998; COSTA E MAIA, 1985).

Após a implantação do Estado Novo (1926) surge o período do corporativismo, no qual se pode identificar duas fases no desenvolvimento da proteção social,

> A primeira, nas décadas de 30 a 50 e a segunda, durante a década de 60 até meados de 70. Na primeira fase, foi desenvolvido um sistema de proteção social composto por duas áreas, a previdência social e a assistência social. (CARVALHO, 2010, p. 62).

3.1 Década de 1930 à década 1950

A Lei da Previdência publicada em 1936 só foi regulamentada dez anos após a sua publicação. A regulamentação previa a existência de seguros sociais obrigatórios, seguros facultativos e a criação do sector da sanidade geral e ação hospitalar.

O Decreto-lei nº 1998, de 15 de maio de 1944, que cria o Estatuto da Assistência veio reforçar o papel supletivo do Estado, dando origem à reorganização da assistência e reforçando o papel das organizações religiosas (Decreto-lei nº 35108, de 7 de novembro de 1945).

Em 1956 ensaia-se uma tentativa de reforma na assistência, observando-se um investimento em equipamentos de saúde. O Ministério da Saúde, que surge em 1958, passa a integrar a responsabilidade da assistência,

Desta forma, a saúde e a assistência confundiam-se, adquirindo um perfil médico-social higienista. Esta orientação predominou até meados da década de 60 (CARVALHO, 2010).

Verifica-se nestas décadas que a proteção social assentava num regime de previdência associado aos seguros sociais, que podiam ser livres ou obrigatórios, organizados pelas mutualidades e pelas caixas económicas. Tratava-se de sistema de base corporativa cujo financiamento estava a cargo das entidades patronais e pelos empregados (CARVALHO, 2010).

3.2 Década de 60 até 1974

Nos anos 60 assiste-se ao reconhecimento da proteção na velhice, doença, morte e encargos familiares.

O Decreto-lei nº 2115, de 15 de junho de 1962, acaba com a exclusividade das instituições de previdência ligadas a organismos corporativos, possibilitando ao Estado a criação de novas instituições. Neste contexto de mudanças, foi publicada a primeira Lei de Bases da Política de Saúde e Assistência (Decreto-lei nº 2120, de 19 de julho de 1963), a qual mantinha a premissa de que o Estado devia ter uma ação supletiva no âmbito da política de saúde e assistência. Este diploma reconhecia ainda, às misericórdias, às mutualidades e às fundações, a responsabilidade pela prestação de serviços de assistência social e saúde.

Em 1965 nasce o Centro Nacional de Pensões (ordem ministerial nº 21546, de 23 de setembro) e são regulamentadas as instituições de previdência social (Decreto-lei nº 45548, de 23 de Setembro), destinadas a proteger os beneficiários e seus familiares na invalidez, na velhice e na morte.

O Instituto de Assistência a Inválidos aparece em 1971, substituindo o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos. Diz-nos Carvalho (2010) que a noção de inválido, sinónimo de deficiente, foi substituída pela de diminuído e associada aos idosos.

Pode-se então verificar, que até à década de setenta a proteção social em Portugal tinha um caráter corporativo, sendo concebida como um conjunto de medidas de assistência social, mutualidades e de previdência social. Este sistema era, no início redutor, tanto no campo de aplicação pessoal (pessoas, ramos de atividade e profissões abrangidas) como no campo de aplicação material (eventualidades cobertas).

Conclui-se que até 1974 a intervenção social em Portugal restringia-se ao mero assistencialismo corporativista de base caritativa, predominando as normas ético-religiosas ou sociopolíticas na organização e a doação dos recursos disponíveis por parte das organizações privadas que tradicionalmente os geriam. O Estado demitia-se de qualquer compromisso de proteção social da população, alicerçado num

princípio de subsidiariedade, fortalecendo, por outro lado, as iniciativas particulares como as Misericórdias e as Mutualidades (JOAQUIM, 2015).

3.3 De 1974 à primeira década do século XXI

> Foi a partir de 1974 que o conceito de Estado Social, tal como o conhecemos hoje, começou a surgir em Portugal. Apenas com a Constituição da República Portuguesa de 1976 foi reforçado o intervencionismo do Estado, numa perspetiva de solidariedade social, através da consagração das "instituições privadas de solidariedade social", associando estas instituições ao sistema de segurança social, abandonando-se assim o princípio do papel supletivo do Estado no domínio da assistência social (JOAQUIM,2015, p.9)

Em Portugal a Segurança Social foi uma das conquistas do 25 de abril de 1974.

A Segurança Social é um direito fundamental de todos os cidadãos quer estejam ou não no ativo, sendo uma das mais importantes funções do Estado.

Neste contexto, só a partir de 1974 se pode falar, ainda que incipientemente, de cobertura universal do risco previsto e imprevisto (Barreto, 2003). A universalidade foi implementada gradualmente, abrangendo cidadãos de todas as condições sociais.

Segundo Carvalho (2005) podemos identificar três fases no período de construção do sistema de segurança social, o primeiro período, de 1974 a 1985, correspondendo ao processo de emergência do sistema de segurança social, o segundo período, de 1985 a 1995, correspondendo ao seu desenvolvimento e o terceiro período, de 1996 a 2006 correspondendo à sua consolidação.

3.3.1 1.º Período 1976 a 1985

O novo regime instaurado em 1974 preconizava uma nova política social que melhorasse a qualidade de vida dos cidadãos e servisse os interesses dos trabalhadores.

Nesta conjuntura, os sistemas de previdência e assistência foram substituídos por um sistema integrado de segurança social pública (Decreto-lei nº 203, de 15 maio de 1974), implementando medidas de proteção na invalidez, na incapacidade e na velhice).

Foi também instituída a pensão social (Decreto-lei nº 217, de 27 de maio de 1974) que abrangia pessoas com mais de 65 anos e as pessoas inválidas fora do sistema corporativo e da previdência, associada ao risco involuntário.

A primeira Constituição Portuguesa democrática foi publicada em 1976, inscrevendo-se na referida Constituição, pela primeira vez em Portugal, os direitos cívicos, políticos e sociais dos cidadãos. Consagra-se também, o direito à segurança social, ao trabalho, à saúde, à educação e à habitação, dando-se forma à proteção social sectorial nessas mesmas áreas.

Em 1977 foram reformuladas também algumas leis de proteção social e efetuada a primeira tentativa de criar uma lei orgânica para a segurança social (Decreto-lei nº 549 de 31 de dezembro).

De referenciar que nesta data as instituições de solidariedade social se constituem como uma espécie de pessoas coletivas de utilidade pública (Decreto-lei nº 460 de 7 de novembro de 1977).

Outro acontecimento importante nesta área, mas centrado na prestação de cuidados da saúde, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (Decreto-lei 56 de 15 de setembro) no qual o Estado “assegura o direito à proteção da saúde” (art. 1) e é “garantida a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” (art. 4, nº1).

Com o evoluir da situação política e na sequência das modificações legislativas e económicas privilegia-se os estratos sociais mais carenciados. Assim, revê-se o acesso à pensão social (Decreto-lei nº 160, de 1980: 1185 -1186), estabelece-se a proteção por morte dos cônjuges através da pensão de viuvez (Decreto-lei nº 160, de 27 de Maio de 1980 e Decreto Regulamentar nº 52, de 11 de Novembro de 1981) e institui-se a proteção por morte dos cônjuges através da pensão de viuvez (Decreto-lei nº 160, de 27 de Maio de 1980 e Decreto Regulamentar nº 52, de 11 de novembro de 1981).

Em 1982, a Constituição da República é revista e alguns artigos são reconfigurados. O Estado assume responsabilidade pela segurança social de grupos fragilizados, jovens, crianças, idosos e deficientes, bem como a promoção de uma política da terceira idade. De destacar que a referida política da terceira idade engloba

medidas de carácter económico, social e cultural orientadas para oferecer às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Dez anos após o 25 de abril foi publicada a primeira Lei de Bases da Segurança Social (Decreto-lei nº 28 de 1984, de 14 de agosto), constituindo os princípios gerais do sistema: a universalidade, a unicidade, a igualdade, a eficácia, a descentralização, a solidariedade e a participação. A segurança social estrutura-se em dois sistemas: regime geral ou contributivo e regime não contributivo, cujas prestações eram garantidas como direitos.

Neste período surge uma nova era de equipamentos e serviços para pessoas idosas e foi construído um sistema de ação social assente na responsabilização das entidades privadas sem fins lucrativos (CARVALHO, 2005).

Através do Decreto-lei nº 119, de 25 de fevereiro de 1983, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) obtêm a definição enquanto entidades de segurança social, estabelecendo-se os seus estatutos e reformulando o conceito de IPSS.

Nascem equipamentos sociais de proteção às pessoas idosas, considerados inovadores para a época, como os centros de dia, os centros de convívio e os primeiros apoios domiciliários. Além destas modificações foram tomadas medidas para promover os idosos na sociedade, designadamente a criação dos passes de transportes públicos para a terceira idade.

> Desde os finais da década de 70 que era visível o crescimento do número de pessoas com mais de 65 anos na população portuguesa. O aumento da esperança de vida, aliado à mudança de hábitos e estilos de vida dos portugueses, foi determinante para a mudança nas orientações de política, apesar de neste período o enfoque ter sido dado à estruturação e funcionamento do sistema de proteção público. Os cuidados aos idosos no domicílio ou em equipamentos sociais ganharam expressão a partir desse período. (CARVALHO, 2010, p.72).

3.3.2 2.º Período 1985 a 1995

Este período é caracterizado pela entrada de Portugal na União Europeia (1986), constituindo um marco fundamental na viragem social, política e económica em Portugal.

Destaque-se, na década de 80, o papel fulcral do Estado ao nível da proteção social dos idosos assim, como na tentativa de melhorar o poder de compra desta população (atualização das pensões).

A Resolução do Conselho de Ministros nº 15, de 23 de abril de 1988 cria a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI, assumindo o Estado a responsabilidade pelos cuidados aos idosos. Amplia-se e aperfeiçoa-se as redes de equipamentos sociais (centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário) surgindo simultaneamente outras tipologias de respostas, o acolhimento familiar e as colónias de férias. O acolhimento familiar, forma de proteção social baseada em laços de solidariedade, define-se, de acordo com o Decreto-lei nº 391, de 10 de outubro de 1991, como uma resposta social que integra, temporariamente ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta, garantindo um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade.

A intervenção do Estado, no que concerne às políticas de idosos, evidencia-se também nas seguintes medidas legislativas: reformulação do quadro legal das pensões de invalidez, velhice e morte e do complemento por cônjuge a cargo, criação do subsídio de assistência a terceira pessoa (Decreto-lei nº 29, de 23 de janeiro de 1989) e do complemento social (Decreto-lei nº 329, de 25 de setembro de 1993) que apoia as pessoas idosas do regime não contributivo, nos casos em que a pensão seja inferior ao valor da pensão social mínima fixada.

Reconhecendo-se a necessidade de instituir uma profissão na área da prestação de cuidados, em 1989, pelo Decreto-lei nº 141 de 28 de Abril, foram regulamentadas as condições de exercício da profissão de ajudante familiar (CARVALHO, 2005).

A partir da década de 90, existe uma preocupação de qualificação dos modelos do cuidar e da regulamentação das respostas sociais (CARVALHO, 2010).

Ainda nesta década é restruturado o Serviço Nacional de Saúde (Lei de Bases nº 48, de 24 de agosto de 1990). Esta lei prevê o pagamento de taxas moderadoras (Decreto-lei nº 54, de 11 de abril de 1992) mas, concebe também a sua isenção para grupos em situação de carência, inclusive pessoas idosas.

Em 1994, o Despacho Conjunto nº259 do Ministério da Segurança Social e do Trabalho e do Ministério da Saúde de 20 julho cria um Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII introduzindo uma visão diversificada e integrada na prestação de cuidados - saúde e apoio social.

No âmbito do PAII foram promovidos numa primeira fase diferentes projetos (centro de recursos e de reabilitação, com equipas pluridisciplinares e bancos de ajudas técnicas, teleassistência, passes de terceira idade, tratamentos termais e atividades sócio recreativas, formação de recursos humanos e de cuidadores informais) assim como a qualificação e ampliação do tradicional serviço de apoio domiciliário com alargamento dos horários e dos serviços (RIBEIRO, 1995).

3.3.3 3.º Período 1996 a 2006

Neste período os projetos em curso, no âmbito do PAII, são os mesmos que foram lançados no período anterior.

Outras medidas destinadas a idosos foram igualmente desenvolvidas no âmbito da ação social, como o Programa Idosos em Lar - PILAR (Despacho n.º 6 de 21/1/97), que visava a melhoria de cuidados para população idosa, aumentando a oferta do número de lugares em lares e criando novas respostas, como o alojamento temporário.

Em Portugal, o período que medeia 1976 e 2002, caracteriza-se por uma mudança bastante profunda na forma de tratar as pessoas idosas, traduzida em diferentes equipamentos e serviços que ajudam o idoso a assegurar as tarefas para a vivência quotidiana e possibilitam a sua permanência na residência (Veloso,2008).

A Lei Orgânica do Ministério da Solidariedade e Segurança Social (Decreto-lei nº 35, de 2 de Maio de 1996) reconfigura o sistema de proteção social público, com a definição dos serviços de administração direta e organismos de segurança social.

Posteriormente, em 2000, uma nova lei define as bases gerais de um novo sistema de solidariedade e de segurança social (Decreto-lei nº 17, de 8 de Agosto de 2000, revogado pelo Decreto-lei nº 32, de 20 de Dezembro de 2002 e pelo Decreto-lei nº 4, de 16 de Janeiro de 2007).

De acordo com Capucha et al. (2005, p .205)

> as políticas ativas adquiriram um "duplo sentido", pois visaram capacitar simultaneamente os indivíduos e as instituições, numa relação positiva entre os que prestam e os que recebem, que compatibiliza a responsabilidade social com a efetiva participação, numa nova perspetiva de cidadania. Significa que o Estado assume um papel fundamental na regulação e também na prestação de serviços (transferências financeiras e serviços) assumindo também responsabilidade no processo os agentes públicos e privados, formais e informais (welfare mix).

A partir de 2005 destacam-se seis medidas políticas para a velhice:

1. Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES);
2. Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES);
3. Programa de Conforto Habitacional para pessoas Idosas (PCHI) que termina em 2013;
4. Complemento Solidário para Idosos (CSI);
5. Modelos de Qualidade para Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário;
6. Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC);

Os dois primeiros Programas PARES e PAIES são os alicerces para o desenvolvimento e consolidação de uma rede de equipamentos sociais em Portugal.

O Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais dá início a um trabalho de requalificação das respostas sociais, visando atender à qualidade da sua organização e funcionamento.

A quarta medida, o Complemento Solidário para Idosos, é um apoio em dinheiro pago mensalmente, destinado aos idosos com baixos recursos económicos e que visa a manutenção das suas necessidades básicas.

O Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI) qualifica as habitações com o objetivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, de forma a prevenir e evitar a sua institucionalização.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI (Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho) surge no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, com o objetivo de apoiar a pessoa na sua recuperação ou na manutenção da sua autonomia, assim como a maximizar a sua qualidade de vida. A RNCCI alicerça-se na garantia do direito da pessoa em situação de dependência: à dignidade, à preservação da identidade, à privacidade, à informação, à não discriminação, à integridade física e moral, ao exercício da cidadania e ao consentimento informado das intervenções efetuadas. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto nas suas casas como em instalações próprias.

A RNCCI compreende as unidades de internamento: convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos. A rede engloba ainda unidades de ambulatório, equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e apoio social e equipas domiciliárias de cuidados de saúde e apoio social.

3.4 De 2007 à Atualidade

A crise financeira 2010-2014 em Portugal teve início como parte da crise financeira global 2007-2008, desenvolvendo-se no contexto da crise da dívida pública da zona Euro. Nestas circunstâncias, o sistema português sofreu profundas alterações, sobretudo no que se refere ao modelo mais universalista que lhe estava subjacente.

Em 2011, o Governo elabora um Plano de Emergência Social (PES) para tentar dar resposta à grave crise económica que o país atravessa, de modo a responder às situações de exclusão social.

Entre 2012 e 2013, enquadrado no PES, assiste-se à alteração da legislação de algumas respostas sociais, nomeadamente: alargamento dos serviços básicos do Serviço de Apoio Domiciliário (Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro), alargamento da

capacidade instalada das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março) e diversificação de medidas, mais adaptadas à expetativas dos próprios e suas famílias nos Centros de Noite (Portaria n.º 96/2013 de 04 de março).

Ainda em 2012 é publicada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagrando o direito e regulando o acesso dos cidadãos a estes cuidados, assim como definindo a responsabilidade do Estado em relação a esta matéria. Simultaneamente, a mesma legislação dá origem à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), coordenada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos e integrada na Administração Central do Sistema de Saúde. Contudo, a regulamentação da RNCP só entrará em vigor em 2015 (Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro). O percurso dos Cuidados Paliativos vem sendo bastante lento, tendo praticamente estagnado com a pandemia, apresentando-se a Rede escassa face às necessidades da população.

Não obstante a taxa de ocupação das ERPI's apresentar valores próximos dos 100% e o número de lugares ter vindo a crescer, as respostas continuam escassas. Não parece solução desejável expandir indefinidamente esta resposta social em detrimento de outras, que possam garantir a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio.

Uma alternativa aos internamentos e às ERPI´s reside na permanência dos idosos inseridos na comunidade, na sua própria casa, o maior tempo possível, à medida que vai envelhecendo, mesmo que padeça de uma doença funcional ou cognitiva (TIMMERMANN, 2012). Este conceito, *Ageing in Place,* pressupõe uma articulação de ações ao nível da vizinhança e do meio envolvente, ao nível urbano, ao nível da estrutura habitacional, assim como o estudo e implementação de novas estratégias de apoio domiciliário.

A manutenção do idoso em casa presume, na sua maioria, a existência de um cuidador a tempo integral, não excluindo, contudo, o apoio por parte de um serviço de apoio domiciliário.

Recentemente, de modo a responder a esta lacuna, foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro) que regula os direitos e

deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

Esta legislação, porém, carece de uma clara melhoria no que concerne aos apoios a serem dados ao cuidador, quando no exercício das suas funções, de modo a preservar a sua saúde e autoestima. Neste sentido, deve a legislação enquadrar uma formação contínua ao cuidador com supervisão técnica e mecanismos de apoio para a prevenção do *burnout e preservação da* sua constante ligação à comunidade envolvente.

4 CONCLUSÃO

As alterações demográficas registadas nas últimas décadas, que nos revelam uma pirâmide etária invertida, acarretam um conjunto de alterações que colocam em causa o atual modelo de desenvolvimento social e económico. Esta preocupação leva a que os Estados Europeus, incluindo Portugal, encontrem soluções que respondam às necessidades da população idosa, proporcionando-lhe qualidade de vida no seu envelhecimento.

Segundo a Carta Social (2019), em 2018 contabilizavam-se 7300 respostas dirigidas às Pessoas Idosas (ERPI, SAD e Centro de Dia) no território continental sendo 37% SAD.

Entre 1998 e 2018, os SAD`s tiveram um crescimento de 108% e as ERPI´s de 105%. Contudo, apesar da taxa de cobertura evoluir positivamente este crescimento não é expressivo face à evolução do número de indivíduos com mais de 65 anos.

Torna-se, pois, necessário encontrar alternativas que suportem os idosos no seu meio ambiente, assegurando não só as suas necessidades básicas, mas criando simultaneamente condições de vida com qualidade e preservando o desenvolvimento das suas atividades com independência e autonomia.

De salientar que fatores como a segurança, a manutenção das redes sociais, a adaptação ao ambiente, as condições habitacionais, os transportes, a educação ou o trabalho são determinantes para a qualidade de vida do idoso, pelo que a melhoria destes fatores só será possível com ações de âmbito político-social concertadas.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. L., **Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: Evolução e perspetivas. Premissas e objetivos da investigação. Síntese dos primeiros resultados e tendências.** Lisboa: ICS, 2012.

BARRETO, A., **Tempo de Incerteza.** 2ª ed. Lisboa: Relógio de Água. 2003.

BEAUVOIR, S. **Le Vieillesse**. Paris: Gallimard,1970.

CAPUCHA, L. **Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios do sistema de proteção**. Proteção contra o risco de velhice: que risco? Sociologia, nº 15.2005.

CAPUCHA, L., et al. **Portugal – A virtuous path towards minimum income?** in Maurizio Ferrera (Ed.), Welfare State Reform in Southern Europe: London, Routledge/EUI Studies in the Policial Economy of Welfare. 2005.

CARTA SOCIAL – **Rede de Serviços e Equipamentos**, Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social: Centro de Informação e Documentação GEP – CID. Lisboa. 2019.

CARVALHO, M.I. **Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal.** Revista Intervenção Social, 31, pp.163-192.2005.

CARVALHO, M I. **Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais**. Tese de doutoramento. Lisboa: ISCTE-IUL, 2010.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Coimbra: Almedina, de Acordo com a Lei Constitucional nº 1/97 de 20/09/2000.

COSTA, A. B; MAIA, F. **Segurança Social em Portugal: Principais características e análise dos seus efeitos redistributivos.** Revista de Desenvolvimento, Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. 1985

DESMET, L., **Imbondeiro da Família: o idoso em Moçambique** in A Voz dos Avós: Família e Sociedade, Editora CRV, Curitiba, Brasil, 2017.

JOAQUIM, C., **Proteção Social, Terceiro Setor e Equipamentos Sociais. Que modelo para Portugal?** Cadernos do Observatório, CES, Coimbra, 2015.

LEAL, A. S. **Temas de Segurança Social.** Lisboa: União das Mutualidades Portuguesas.1998.

OSÓRIO, A. R. **Os idosos na sociedade atual**, in As Pessoas Idosas. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.

RIBEIRO, M. R. **Apoio a Idosos,** in Seminário Política de família – Alguns aspetos. Conselho Económico e Social/Comissão Especializada de Política Económica e Social: Centro Cultural de Belém. 1995.

TIMMERMANN, S. **To Age in Place or Not… That Is the Question**. Journal of Financial Service Professionals, 66, pp.24 – 26. 2012.

VELOSO, E. **A análise da política da terceira idade em Portugal**, de 1976 a 2002, in Atas do VI Congresso Português. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Braga, 2008.