

Protecção social da velhice em Portugal. O caso particular dos lares de idosos

Social protection of old age in Portugal. The particular case of nursing homes

La protección social de la vejez en Portugal. El caso particular de los hogares de personas mayores

Ângela Simões
Paula Sapeta

RESUMO: A política de cuidados na velhice está relacionada com as alterações sociodemográficas, transformações na estrutura e dinâmica familiar, a individualização das relações sociais, centradas na autonomia e na independência. Estas alterações proporcionam uma “desprotecção” aos idosos, associada a outros riscos, designadamente à maior probabilidade de doenças crónicas e incapacitantes, à necessidade de cuidados, num tempo de escassez dos cuidadores familiares disponíveis, à maior probabilidade de rendimento insuficiente, ao baixo nível de escolaridade e acesso deficitário à informação, associado a níveis escassos de participação social. Este artigo pretende apresentar uma revisão acerca da protecção social da Velhice em Portugal, realizada durante a investigação acerca da Promoção e Preservação da Dignidade em Lares de Idosos, realizada no contexto do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, Portugal, concluído em novembro 2017.

Palavras-chave: Velhice; Problema social; Assistência; Lar de Idosos.

ABSTRACT: *The policy of care in old age is related to sociodemographic changes, transformations in family structure and dynamics, the individualization of social relations, centered on autonomy and independence. These changes provide an "unprotection" to the elderly, associated with other risks, namely the greater probability of chronic and incapacitating diseases, the need for care, in a time of shortage of available family caregivers, the greater probability of insufficient income, low level of schooling and lack of access to information, associated to scarce levels of social participation. This article intends to present the reflection about old age as a social problem, carried out during the research on the Promotion and Preservation of Dignity in the context of care in nursing homes, carried out in the context of the PhD in Nursing of the University of Lisbon.*

Keywords: *Old Age; Social Problem; Assistance; Nursing Home.*

RESUMEN: *La política de cuidados en la vejez está relacionada con las alteraciones sociodemográficas, transformaciones en la estructura y dinámica familiar, la individualización de las relaciones sociales, centradas en la autonomía y la independencia. Estas enmiendas proporcionan una "desprotección" a las personas mayores, asociada a otros riesgos, en particular a la mayor probabilidad de enfermedades crónicas e incapacitantes, a la necesidad de cuidados, en un tiempo de escasez de los cuidadores familiares disponibles, a la mayor probabilidad de rendimiento insuficiente, al bajo nivel de ingresos, escolaridad y acceso deficitario a la información, asociado a niveles escasos de participación social. Este artículo tiene como objetivo presentar una revisión de la protección social de la ancianidad en Portugal, que tuvo lugar durante la investigación de la preservación de la promoción y la dignidad en residencias de ancianos, que tuvo lugar en el marco del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Lisboa, Portugal, terminado en noviembre de 2017.*

Palabras clave: *Vejez; Problema social; Asistencia; Asilo de ancianos, Casa de personas mayores.*

Introdução

O envelhecimento enquanto fenómeno demográfico, começa a assumir uma importância significativa a partir da segunda metade do séc. XX, nos países desenvolvidos, e refere-se à mudança na estrutura etária da população, que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Nazareth, 1988).

Espera-se um significativo envelhecimento da população nas próximas décadas para a maioria das regiões do mundo, começando com a Europa, onde 34% da população terá mais de 60 anos em 2050 (DESA, 2015). Projeta-se a existência de 1,4 mil milhões de idosos em 2030, 2,1 mil milhões em 2050 chegando aos 3,2 mil milhões em 2100. A Comissão Europeia (EC) (2005) refere que a população idosa, entre 1960 e 2003, passou de 10% para 16%, realçando que nos próximos 15 anos a população idosa irá aumentar 22% na Europa, sendo este crescimento superior a 30% em países como a Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Finlândia e abaixo dos 20% em países como a Bélgica, Espanha, Portugal e Reino Unido. São de tal forma marcantes as suas consequências, em todos os aspetos da sociedade, que a OMS, reconhecendo a importância dessa problemática, decidiu considerar 1999 como o ano Internacional da Pessoa Idosa.

A justificação para este envelhecimento demográfico¹, sem antecedentes, foi, durante muito tempo, encontrada no desenvolvimento técnico e científico e na sua influência sobre o aumento da esperança de vida. Contudo, associa-se também à diminuição constante da natalidade (Nazareth, 1988; Wong, & Moreira, 2000; Kinsella, & Velkoff, 2001) que se traduz na impossibilidade de as gerações se irem substituindo. Muito se falou ao longo dos anos, do duplo envelhecimento, no topo e na base.

Na análise do relatório do Department of Economic and Social Affairs, DESA (2001), verifica-se que, no estágio inicial da transição demográfica², o declínio da natalidade é apontado como o fator principal do envelhecimento populacional. No entanto, à medida que a transição demográfica se desenvolve, a diminuição da mortalidade, particularmente em idades mais avançadas, passa a ser o fator mais importante no envelhecimento populacional.

¹ Aumento da proporção de pessoas idosas na população total (INE, 2002, p.188).

² Transição demográfica é uma teoria que descreve a dinâmica do crescimento populacional baseada nos estudos iniciados pelo demógrafo Warren Thompson, no ano 1929, que observou as mudanças (ou transições) que tinham experimentado nos últimos duzentos anos as sociedades industrializadas relativas às taxas de natalidade e de mortalidade.

Não podemos desprezar também, como refere Nazareth (1988), o conceito de nicho ecológico humano. Portugal poderá não vir a se recuperar do impacto da recente crise económica que levou a um aumento exponencial dos fluxos emigratórios (INE, 2014). Por todo o referido, causas do envelhecimento populacional, consensuais entre especialistas e instituições internacionais, são a diminuição da natalidade, o aumento da esperança de vida e os saldos migratórios (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 1998; DESA, 2001; Nazareth, 1988; Carrilho, & Craveiro, 2014; Kinsella, & Velkoff, 2001).

Assiste-se também, a um envelhecimento do próprio segmento populacional das pessoas idosas. Em termos percentuais, a faixa etária das pessoas com idade superior a 85 anos aumenta a um ritmo superior à das pessoas idosas com mais de 65 anos. Prevê-se que, nos próximos anos, o número de *velhos-velhos* (mais de 85 anos) cresça mais rapidamente do que o grupo dos *velhos-novos*, crescimento que se poderá multiplicar por seis no decurso dos próximos 50 anos (Giddens, 2009). A EC (2005) refere que a população com 80 ou mais anos atingirá, nos próximos 15 anos, cerca de 50%, aproximando-se de 20 milhões de europeus.

Portugal, como o resto do mundo, mudou a sua configuração demográfica, e embora o envelhecimento populacional tenha acontecido mais tarde, sua evolução foi mais rápida. Desde o primeiro recenseamento (1864) a 1911, verificou-se um crescimento contínuo. De 1911 a 1920, sentem-se os efeitos da 1ª Guerra Mundial, da gripe pneumónica e do primeiro grande surto emigratório sobretudo para o Brasil, registando-se uma diminuição na taxa média anual de crescimento³ e, de 1920 a 1940, assiste-se a um grande crescimento com taxas médias superiores a 1% ao ano, valor que volta a diminuir na década de cinquenta. Esta desaceleração do crescimento culmina na diminuição da população entre 1960 e 1970, devido principalmente à massiva emigração portuguesa para a Europa e ao início da baixa da natalidade. Entre 1970 e 1981, começam a verificar-se taxas médias de crescimento anual elevadas, devido principalmente, ao fim da guerra do Ultramar e ao retorno dos soldados e emigrantes das ex-colónias africanas em 1974 e 1975. A partir de 1976, o crescimento estabiliza, apesar da queda da natalidade, que começa a notar-se, compensada pelo regresso de muitos emigrantes portugueses de países como a França e Alemanha.

³ Crescimento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. O valor da taxa refere-se à média anual obtida para um período de tempo compreendido entre dois momentos, normalmente correspondentes aos censos demográficos.

Entre 1981 e 1991 verifica-se uma estabilização dos valores absolutos da população portuguesa, mas aparecem pela primeira vez valores de fecundidade inferiores ao nível de substituição das gerações. Os Censos de 2001 apresentam-nos uma população superior a 10 milhões de habitantes como resultado de uma ligeira subida da natalidade, de um aumento da imigração e de uma diminuição da emigração na segunda metade da década de noventa e início dos anos dois mil. (Carrilho, & Craveiro, 2014). Na atualidade, Portugal depara-se com valores de fecundidade baixos, envelhecimento acentuado da população idosa e um novo surto migratório das faixas etárias mais jovens da população (INE, 2014). O relatório dos últimos Censos demonstram que a estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada (INE, 2011).

As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos em nível da União Europeia (Eurostat, 2010). Em 2060 a população de Portugal continuará próxima dos 10 milhões de habitantes; contudo, o índice de envelhecimento⁴ será muito superior ao atual, “o número de pessoas com 65 e mais anos deverá ser quase o triplo do número de jovens” (Rosa, 2012, p. 29). Além disso, assiste-se, como já referido, ao envelhecimento da própria população idosa portuguesa, com a percentagem de idosos com mais de 75 anos a passar os 6,9% em 2001. Segundo o Eurostat cit. pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, MTSS (2006), para 2050, independentemente dos cenários, projeta-se a redução da população Portuguesa, marcada pelo duplo envelhecimento.

Rosa (2012) refere que, devido ao envelhecimento *demográfico*, “a população estagna e não há renovação de gerações” e devido à diminuição de produtividade existe “o risco de sustentabilidade financeira da segurança social” (p. 35). Por isso as consequências do envelhecimento demográfico sentem-se em vários níveis. Em nível social, a “convivência de várias gerações, famílias com um ou vários idosos, mais mulheres que homens (visto estas terem uma esperança média de vida mais elevada), mais idosos vivendo em instituições”; em nível da saúde, com a “exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento, maior ocupação de camas hospitalares, aumento de transtornos mentais na população”; em nível económico, com um “maior número de pensionistas, menos receitas para os cofres do Estado, mais lares para a 3ª idade” (Oliveira, 2008, p.16).

⁴ Número de indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos, numa dada população.

Rosa (2012) acrescenta outra preocupação inerente ao envelhecimento: o isolamento e a solidão. Segundo o Global AgeWatch Index 2015: Insight Report, Portugal ocupa o 38º lugar no ranking de bem-estar das pessoas idosas (HelpAge International, 2015).

O processo mundial de envelhecimento da população e o aumento da longevidade trazem consigo alterações no padrão de morbidade com a predominância de doenças crónicas não transmissíveis. Para muitos idosos, os últimos anos de vida são devastados pela doença crónica, deficiência ou demência e dependência maior. Verifica-se que o índice de envelhecimento passou dos 27,3 em 1960 para os 110,1 em 2005, e o índice de dependência de idosos dos 12,7 para os 25,4 nas mesmas datas (INE, 2011). Prevê-se que na Europa, o índice de dependência de idosos suba para 50% até 2035 (UN, 2001), e estima-se um aumento de cerca de 120% da população com limitações funcionais, e as pessoas a receber cuidados formais em instituições aumentarão em cerca de 130% (Pickard, *et al.*, 2007).

A velhice como problema social

Houve épocas em que a família nuclear e alargada dava resposta a todas as necessidades de apoio aos seus membros, incluindo os idosos. O apoio aos mais velhos era feito pela família, por instituições religiosas ou organismos particulares, mas já havia registo de casos de idosos que eram entregues a si mesmos, morrendo, muitas vezes, abandonados (Pimentel, 2005, p. 74). Apesar disso, até o final do século XIX, em Portugal, a velhice não era vista como um problema social.

Na atualidade, deparamo-nos com um paradoxo, por um lado o fenómeno da longevidade decorrente dos avanços tecnológicos e médicos promovidos pela sociedade pós-industrial, e, concomitantemente, um esgarçamento dos laços sociais e familiares, fruto dessas mesmas mudanças sociais (Camarano, *et al.*, 2004) com valores ideológicos individualistas (Dumont, 1985) que caracterizam, cada vez mais, os laços sociais na contemporaneidade. Nessa reconfiguração, nas sociedades contemporâneas, assistimos, de modo particular, à “desfamiliarização” das relações, com a diluição dos laços familiares e alteração do modo de relacionamento entre as gerações.

As alterações estruturais das famílias produzem descontinuidade, incerteza e indefinição nos vários ciclos de vida familiares. Rompem-se os laços, diluem-se as identidades, apagam-se as memórias e marca-se profundamente a situação social da velhice (Fernandes, 2004).

Segundo os Censos de 2011, as famílias clássicas constituídas por um só elemento representam cerca de 21% do total de famílias e têm vindo a aumentar nas últimas décadas e o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representa a grande maioria e corresponde acerca de 10% do total de famílias clássicas. Geograficamente as famílias unipessoais concentram-se predominantemente nos territórios do interior, que observam, em geral, elevados índices de envelhecimento (INE, 2011).

Apesar da solidariedade intergeracional efetivamente existir, sofreram alterações no conteúdo e regularidade, em nível afetivo, instrumental e normativo com transformações incontestáveis das redes sociais de suporte na velhice (Gil, 1999). Perde-se cada vez mais, o sentido da solidariedade natural com o encargo económico dos pais (ou familiares) idosos, antes da responsabilidade da família (esfera privada) passa a ser uma responsabilidade pública e do próprio idoso através dos sistemas de reforma obrigatória ou de outro tipo de previdência (Rémi Lenoir, como citado por Fernandes, 2004).

A estas profundas alterações familiares junta-se a privação⁵, desqualificação e a desafiliação como principais indicadores no processo de exclusão social dos idosos (Pimentel, 2001).

As políticas de apoio aos idosos surgem porque a velhice progressivamente se tornou um problema social. *“A emergência de políticas de velhice supõe a consciência de intervenção social de apoio aos idosos enquanto tal e advém de uma construção social de velhice, considerada como problema social”* (Fernandes, 2007, p. 105).

⁵ A noção de privação encontra-se subjacente à de pobreza. Os idosos pensionistas pertencem a uma das categorias mais vulneráveis à pobreza, entendida como insuficiência de recursos para manter condições de vida socialmente aceitáveis. Entre 2004-2009, os indivíduos com 65 ou mais anos, residentes em Portugal, estavam em risco de pobreza, numa proporção superior em 2,2 pontos percentuais à taxa de risco de pobreza de 17,9% para o total da população residente. Os idosos (65 e mais anos) registavam as taxas de pobreza relativas mais elevadas, 28%. A intensidade e severidade da pobreza dos agregados de idosos são mais do que duplas, face aos agregados sem idosos, situando-se as receitas médias líquidas abaixo do valor estabelecido para a linha da pobreza, situação que posiciona os idosos como os mais pobres na população pobre (INE, 2010).

A Igreja, ao considerar a esmola um dever, desempenhou um papel importante, no séc. IV, com a criação de asilos e hospitais que em Roma e Alexandria sustentariam órfãos e doentes, e embora não existam relatos, os velhos também devem ter usufruído dessa caridade.

No séc. VI assiste-se à decadência do Império Romano e à predominância do cristianismo, o que faz com que os idosos sejam afastados da vida pública, pois a maioria dos governantes e Papas dessa época eram homens jovens (Beauvoir, 1990).

Os Lares de Idosos constituem um modelo institucional que surge na Europa no século XVI para acolher doentes mentais, marginais e velhos. Em Portugal, desde o nascimento da nossa nacionalidade existe o registo da preocupação com as necessidades sociais da população, com o surgimento de instituições que estavam, de alguma forma, ligadas a ordens militares e religiosas e outras criadas por iniciativa de reis, rainhas e outros nobres ou mercadores ricos. Até à criação das misericórdias, no final do século XV, as necessidades da população portuguesa tinham dado origem a uma multiplicidade de iniciativas, de âmbito local, ligadas a ordens militares e religiosas mas também aos municípios e às confrarias de mestres ou a particulares.

Outras deveram a seu aparecimento à devoção de vários reis, rainhas, nobres membros do alto clero. A primeira Misericórdia em Portugal, a de Lisboa, foi fundada pela rainha D. Leonor, viúva de D. João II. A expansão das Misericórdias por todo o reino inseriu-se num esforço da Coroa em organizar a assistência e a congregação de vontades das gentes de cada localidade, já que a origem destas instituições integrava-se em novas formas de espiritualidade e devoção dos leigos viverem a sua fé⁶ (Guimarães Sá, 2002).

Segundo Jacob (2002), no final do séc. XV, as instituições de assistência em Portugal, dividiam-se em quatro tipos: Albergarias; Hospitais; Mercearias; Gafarias ou Leprosarias⁷. Destas, apenas uma, os hospitais, permanece até hoje, dedicando-se especificamente aos cuidados de saúde da população.

⁶ As Misericórdias portuguesas não eram nem são equivalentes a instituições homónimas italianas (as mais antigas) ou espanholas. A originalidade das Misericórdias portuguesas prende-se à prática das 14 obras de misericórdia: Obras Corporais (dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus, acolher os errantes, visitar os doentes, remir os cativos e sepultar os mortos) e Obras Espirituais (dar bom conselho a quem pede, ensinar os ignorantes, corrigir os que erram, consolar os que estão tristes, perdoar as injúrias, suportar com paciência as fraquezas do próximo, Rogar a Deus pelos vivos e pelos defuntos) (Guimarães Sá, 2002).

⁷ Gafarias ou leprosas era o nome atribuído aos estabelecimentos para os quais as pessoas contaminadas com lepra eram enviadas, isolando-as do resto da população, com o intuito de conter a contaminação por uma das doenças infecciosas mais mortais e mutiladoras de todos os tempos.

Até meados do século XVIII, apesar de fundadores, a tutela régia era em geral pouco interveniente nas misericórdias, mas Marquês de Pombal concedeu isenções importantes às misericórdias, hospitais e rodas de expostos⁸, revelando que o Estado os considerava os mais importantes organismos assistenciais portugueses, indispensáveis às populações, impondo-se, desde a década de 1750, uma forte ingerência da Coroa, comportamento que se prolongará pelos reinados seguintes. As medidas pombalinas foram dirigidas também aos principais hospitais que não estavam sob a tutela das misericórdias (de Lisboa, Caldas da Rainha e Coimbra).

As Santas Casas que investiram na construção de grandes unidades hospitalares foram apoiadas. Deve-se ainda a este ministro a reforma da assistência aos enjeitados de Lisboa e a criação da Intendência Geral da Polícia com o surgimento da Casa Pia da Correção da Corte e a reforma nacional da protecção aos expostos (Guimarães Sá, 2002). A partir do séc. XVII começa a surgir uma consciência social na sociedade civil e no próprio estado que percebe que aspetos ligados à solidariedade, não podem estar exclusivamente dependentes de caridade religiosa. A esse respeito, Araújo (1997, p. 449) refere que “...no transcurso da evolução observada [1700-1830] o que ressalta é o triunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal”.

Em consequência do referido, nos finais do séc. XVIII, em Portugal, surge um marco fundamental, traduzindo uma nova forma de entender o apoio social por parte de entidades públicas e sociedade civil, a criação da Casa Pia. A Lei 2120 de 19 de julho de 1963 instituiu as Instituições Particulares de Assistência, que eram consideradas Pessoas Colectivas de Utilidade Pública Administrativa (PCUPA) e assumiam as formas de Associações de Beneficentes, Institutos de Assistência (religiosos ou não) ou Institutos de Utilidade Local (Fundações).

A partir de 1860, apesar da mudança de paradigma político-ideológico, as misericórdias foram consideradas insubstituíveis, quanto à organização dos cuidados hospitalares e de socorro aos necessitados, permanecendo como pedras basilares da beneficência portuguesa.

⁸ A roda dos expostos ou roda dos enjeitados consistia num mecanismo utilizado para abandonar (expor ou enjeitar na linguagem da época) recém-nascidos que ficavam ao cuidado de instituições de caridade. O mecanismo, em forma de tambor ou portinhola giratória, embutido numa parede, era construído de tal forma que aquele que expunha a criança não era visto por aquele que a recebia. Em Portugal, as rodas espalharam-se a partir de 1498 com o surgimento das irmandades da Misericórdia, financiadas pelos Senados das Câmaras (Guimarães Sá, 1995).

Isso não impediu que surgissem outras instituições inovadoras, nomeadamente os asilos de mendicidade, os asilos de infância desvalida, as associações de socorros mútuos e, a partir da década de setenta, as creches e os albergues noturnos. Todas estas novas instituições, tipicamente liberais, sustentavam-se de subscrições privadas, mas eram fortemente impulsionadas pelos governos.

O apoio expresso do rei D. Luís aos albergues noturnos e, com maior ênfase, o da rainha D. Maria Pia às creches, conferiram grande visibilidade a estas novas modalidades assistenciais. No fim da monarquia, a rainha D. Amélia promoveu a fundação de sanatórios integrados na Assistência Nacional aos Tuberculosos. Criaram-se também nesta altura os dispensários, os lactários e as sopas ou cozinhas económicas (Guimarães Sá, 2002).

Inúmeras pequenas misericórdias começaram a construir hospitais, prosseguindo um movimento que as maiores Santas Casas já haviam iniciado, especializando-se cada vez mais nos serviços de saúde, apesar das pressões governamentais para que assegurassem um variado leque de cuidados assistenciais. Nos finais do século XIX, as freiras, normalmente franciscanas hospitaleiras, assumiram pela primeira vez o serviço de enfermagem de alguns hospitais das misericórdias, iniciando-se uma cooperação que se tornará intensa durante o Estado Novo, embora a sua presença fosse ilegal, pois a lei anticongreganista de 1834⁹ permanecia em vigor. A partir de 1901, foi autorizada a presença legal das ordens religiosas, desde que se dedicassem ao ensino ou aos cuidados de saúde, o que provocou acesa polémica (Guimarães Sá, 2002).

No Conselho Geral de Beneficência, criado pelo decreto de 6.4.1835, materializa-se um programa nacional de extinção da mendicidade, tendo como princípio fundamental o valor do trabalho. Nos depósitos ou asilos de mendicidade, que o Conselho propunha instalar em cada província¹⁰ seriam recolhidos todos os mendigos onde receberiam socorro, educação ou trabalho.

O asilo proporcionava cama, alimentação, vestuário e o apoio de um capelão e de um cirurgião (Guimarães Sá, 2002).

⁹ A célebre lei de 30 de maio de 1834, pela qual se declaravam extintos “todos os conventos, mosteiros, colégios, hospícios, e quaisquer outras casas das ordens religiosas regulares”, sendo seus bens secularizados e incorporados na Fazenda Nacional, foi promulgada por Joaquim António de Aguiar, Ministro dos Negócios Eclesiásticos e da Justiça durante a regência de D. Pedro nos Açores em nome da sua filha, D. Maria da Glória. Pelo seu espírito anti-elesiástico, valeu-lhe a alcunha de o Mata-Frades (Infopédia).

¹⁰ Designados mais tarde por distritos.

Quando surgiram, os asilos tinham as características de lugar para a degeneração da velhice e a alienação do mundo com flagrantes situações de abandono e dependência dos idosos (Groisman, 1999). Segundo Goffman (1974, p. 11), os asilos faziam parte das, designadas, instituições totais, que definiu como “*um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada*”.

A regra major, nestas instituições, era obedecer às normas instituídas. Para Bartholo (2003), o termo asilo empregava-se com o sentido de abrigo e recolhimento, habitualmente mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Originalmente concebidos e construídos no modelo institucional hospitalar com grandes enfermarias pensados na eficiência e poupança de tempo dos profissionais.

No ano de 1836, foi criado o Asilo de Mendicidade, abandonando a designação de Albergue. Este Asilo, no antigo Convento de Santo António dos Capuchos, em Lisboa, pretendia dar resposta aos mais vulneráveis, nomeadamente às “*crianças, viúvas, aos velhos, aos doentes, aos pobres envergonhados, aos desempregados*” (Relvas, 2002, p. 66). Os apoios financeiros prestados ao Asilo provinham das subscrições dos membros da família real e das elites, bem como os subsídios de Irmandades, Confrarias, entre outros.

Com o surgimento do decreto de 14 de abril de 1836, deu-se início, pelas Juntas Paroquiais existentes em cada freguesia, ao apoio das pessoas nas suas casas (Relvas, 2002) e no Reinado de D. Luís e perante as carências da população, surge o Albergue Nocturno de Lisboa e em 1867 é criado o Asilo de D. Maria Pia em Xabregas que surge com um novo modelo de intervenção ao separar-se os indivíduos consoante as suas necessidades. Mantiveram-se as “casas de asilo” e surgem as designadas “casas de detenção e correcção” porque, pela primeira vez, surge a preocupação pela “*separação entre incapacitados e ociosos, evitando o contágio moral dos primeiros*” (Relvas, 2002, p. 67). Em 1881 é criado o Albergue Nocturno, no Palácio do Manique, destinado a homens, mulheres e crianças e mais tarde, no decorrer de 1894, o Albergue na Rua Cruz dos Poiais a S. Bento onde se caracterizavam os indivíduos em dois grupos distintos, os válidos e os inválidos, ficando colocados no grupo dos inválidos “*os velhos de um e outro sexo*” (Relvas, 2002, p. 47).

No ano de 1913 o Presidente da República Manuel de Arriaga inaugurou a Albergaria de Lisboa, separando os indivíduos por género. A população masculina foi acolhida no Antigo Convento de Santa Teresa, em Carnide, e a população feminina no Convento das Carmelitas da Luz.

Os albergues apresentavam características de funcionamento bastante rígidas, com um horário rigoroso no que diz respeito às entradas e saídas, bem como na realização de algumas atividades da vida diária, como a administração da ceia, realização da higiene, dormida e trabalho. Não era permitido sair antes da hora fixada, nem se podia permanecer durante o dia no Albergue.

Quando entravam no Albergue, os indivíduos tinham de se identificar, dirigiam-se ao refeitório, e por fim, ao vestiário onde trocavam de roupa para dormir. O deitar e o acordar eram impostos pelo som de uma sineta e os dormitórios permanentemente vigiados. Os albergados levantavam-se ao nascer do sol e eram obrigados a fazer suas camas e outras tarefas dentro da instituição. As pessoas idosas, crianças menores e outros indivíduos que não tinham condições de trabalhar estavam dispensados de realizar estas tarefas. Não podiam deambular pelo edifício, estando confinados ao espaço dos seus aposentos e eram continuamente revistados pela polícia (Relvas, 2002).

Os albergues de Portugal apresentavam características semelhantes às das Instituições Totais, referidas por Goffman (1974) no que respeita à rigidez, falta de privacidade, acrescentando o sentimento de “*humilhação degradante*” (Relvas, 2002, p. 49) já que quem solicitava apoio nestes albergues era constantemente confrontado com a sua insignificância e condição social inferior.

Com a Instauração da República, os idosos são encaminhados para casas de famílias rurais que os cuidavam em troca do pagamento de módicas quantias. Ainda no ano de 1911, o Ministro das Finanças, Afonso Costa, considerou que os indivíduos que necessitavam de assistência deviam vê-la como um direito e não como uma esmola (Relvas, 2002, p. 68).

Pensar a constituição de um novo tipo de prática, um movimento que separa uma determinada parcela da população e lhe confere uma identidade própria, é perceber que a “*velhice desamparada*” emerge como uma categoria que classifica e separa determinados indivíduos do aglomerado de tipos que compõem a mendicância urbana, destinando-lhes um locus privilegiado de assistência: o asilo de velhos.

Enquanto a polícia reprimia a vadiagem, a Santa Casa de Misericórdia concedia abrigo para inválidos, loucos, lázaros, doentes vítimas de doenças curáveis e incuráveis. A velhice iniciará o século XX intimamente ligada às instituições.

O princípio da protecção social destinada a idosos, pode ser percebida em duas fases de desenvolvimento.

A primeira surge nas décadas de 30 a 50 do século XX, quando os efeitos do envelhecimento demográfico e as alterações na esperança média de vida não eram ainda sentidos em Portugal, e as reformas eram apenas um direito daqueles que detinham propriedade. A velhice era socialmente identificada com a indigência (Fernandes, 2007), o que provoca o surgimento da previdência social e da assistência social. A segunda fase nas décadas de 60 a 70 circunscrevia a protecção social a um regime de previdência associado a seguros sociais (Capucha, 2005).

Na década de 70, a velhice enquanto problema social, legítimo, passa a ser objeto de políticas sociais (Fernandes, 2004) e é também, a partir desta década, que as *“instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade”* (Fernandes, 2004). A designação de Previdência Social é substituída, nos discursos oficiais, por Segurança Social e surge a universalização do direito à reforma.

Em 1929, surge a Instituição Inválidos do Comércio para dar assistência e apoio permanente aos comerciantes, respondendo à sua apreensão *“...que farão os homens da nossa profissão quando, inválidos e pobres, ao fim de uma estirada vida de trabalho, se vejam sem lar e sem o pão diário? Terão de se recolher a um asilo?...”* (Ferreira, 2010).

Os apoios, para além do alojamento, consistiam em vestuário, alimentação caseira, assistência médica e farmacêutica, num ambiente adequado, com respeito absoluto pelas suas crenças religiosas e um sentido pleno de liberdade (Ferreira, 2010). Os requisitos para a admissão, além de ser associado, tinham que ver com *“o provado profissionalismo comercial, a invalidez demonstrada clinicamente, a carência de recursos materiais, e uma boa moral na profissão e na sociedade”* (Ferreira, 2010).

A primeira legislação conhecida sobre lares de idosos surge em 1968, emitida pelo Ministério da Saúde e Assistência. O decreto-lei n.º 48580 de 14 de setembro de 1968 que estabelece a fiscalização dos estabelecimentos com fins lucrativos que se destinem a receber crianças até aos 7 anos, em regime de internato ou semi-internato ou a recolher pessoas idosas ou diminuídas.

Refere que: “...estes estabelecimentos prosseguem as suas actividades livremente, por vezes em instalações que não oferecem o mínimo de condições de higiene e sem pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório, apresentando aspectos de gravidade, até no campo moral. Esta legislação concede alvará a proprietários de reconhecida idoneidade e “desde que se verifique que se dispõe de instalações adequadas e do pessoal técnico e auxiliar julgado suficiente para o seu bom funcionamento”.

Em 1971, surge o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Ação Social dependente da Direção Geral de Assistência Social (Capucha, 2005). Os equipamentos e serviços existentes para apoio aos idosos eram constituídos por asilos, albergues e organizações de carácter religioso. A assistência tinha um carácter residual assistencialista em que “o foco da intervenção não era a idade, mas a debilidade física e psíquica associada a comportamentos fora da norma e socialmente inaceitáveis” (Capucha, 2005, p. 66).

Até 1974, as políticas apontavam para a separação entre previdência e assistência. A assistência estava relacionada com a indigência e a previdência, a abarcar apenas os direitos de alguns, os contribuintes, que tinha como fundamentos “educar as consciências, preparar hábitos de previdência e sobretudo fazer compreender que esta não pode confundir-se com assistência ou beneficência” (Fernandes, 2007, p. 141). Com as alterações políticas resultantes do 25 de abril de 1974, as preocupações centram-se na generalização e atualização das reformas com o programa de ação do II Governo Provisório a indicar apenas algumas medidas de carácter corretivo como a criação de unidades residenciais para acolhimento das pessoas de idade sem família e a remodelação de asilos existentes (Sousa, & Vaz, 2007).

Só em 1976, a nova Constituição consagra o direito à Segurança Social e no artigo 72º, designado por “Terceira Idade” revela-se a preocupação com as pessoas idosas

O aumento da esperança de vida foi determinante para a mudança nas orientações de política. Os sistemas de previdência e assistência foram substituídos por um sistema integrado de segurança pública, com a instituição da pensão social e a fixação da idade de 65 anos como fator determinante para aceder a este sistema de proteção (Capucha, 2005).

É criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade afeta ao Ministério do Emprego e Segurança Social que define as normas de funcionamento dos serviços de apoio domiciliário, voluntariado social e normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de lares de idosos com fins lucrativos (Silva, 2006).

Com o decorrer dos anos, a ideia de que as respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do Estado e da própria sociedade civil, foi-se sedimentando e amadurecendo, dando origem, em termos legislativos à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Este termo surge pela primeira vez na Constituição de 1976 (art.º n.º 63), sendo posteriormente, no art.º 1º do Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro, definidas como “*Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico...*”. Passa a caber ao Estado o estabelecimento de acordos entre as IPSS e os Centros Regionais de Segurança Social, com direitos e deveres entre as partes.

A partir dos anos 90, os acordos de cooperação são negociados entre o Estado e as instituições, baseado num protocolo previamente estabelecido entre o Ministro da Tutela e as Uniões que representam as instituições, em que fica acordada a co-participação financeira da Segurança Social.

De acordo com o mesmo Decreto-Lei, as IPSS, do ponto de vista jurídico, podem assumir várias nomenclaturas. As Santas Casas da Misericórdia (SCM) ou Irmandades da Misericórdia foram fundadas a 15 de agosto de 1498, quando da criação pela Rainha D.^a Leonor e de Frei Miguel Contreiras, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. As restantes SCM tiveram origem maioritariamente em Igrejas e nas Confrarias¹¹. Com a expansão marítima dos descobrimentos portugueses as Misericórdias espalharam-se um pouco por todo o mundo.

¹¹ “As confrarias portuguesas, com origem no século XV, constituem uma organização social da iniciativa religiosa que no passado desempenhou um papel importante no controlo social, ao organizar os homens bons da terra numa organização que pugnava pela prática de atos de misericórdia para com os pobres. As confrarias eram organizações da comunidade tuteladas pela Igreja, dado que a única filosofia conhecida de apoio aos carenciados era a da Igreja” (Guimarães Sá, 2002).

Em 1500, já existiam 23 SCM e hoje encontram-se em quase todos os concelhos de Portugal, no Brasil, Índia, Espanha, Macau e África, todas constituídas sob a ordem jurídica canónica, reunidas na União das Misericórdias Portuguesas (392 associadas) criada em 1974, e confederadas com as Misericórdias internacionais na Confederação Internacional das Misericórdias desde 1979.

A Igreja sempre foi um agente determinante e uma força fundamental na gestão das pessoas e dos meios relacionados com a solidariedade social.

Os Centros Sociais Paroquiais, os Centros Paroquiais de Bem-Estar Social ou outras congregações religiosas, fortemente ligadas à Igreja Católica, são as segundas IPSS mais antigas, denominadas por Institutos de Assistência, antes de 1983.

As Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades tiveram um papel bastante importante, no início da intervenção social, mas com a deslocação para outras entidades do seu principal fim, o fundo, perderam continuamente importância. O Montepio-Geral é o maior exemplo atual de uma Mutualidade em funcionamento. As Associações de Solidariedade Social de iniciativa privada ou associativa surgiram depois de 1974 (Fernandes, 2007).

A partir da década de 90 os debates e medidas políticas associadas à velhice passaram a centrar-se na multidimensionalidade do envelhecimento e da dependência, criando respostas inclusivas e orientadas para a longevidade e autonomia dos cidadãos, como o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII10) que promoveu o serviço de apoio domiciliário, formação de recursos humanos, serviço telealarme, saúde e termalismo; Programa de Idosos em Lar (PILAR11) que estimulou a oferta de lares e residências para idosos e o Programa Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI12), criado em 2001, para expandir e alargar os horários de funcionamento dos serviços de apoio domiciliário durante o dia e fim de semana (Fernandes, 2007).

Também em 2001, entra em vigor a Lei de Bases da Solidariedade e da Segurança Social que reorganiza a proteção social em três subsistemas: proteção social de cidadania, proteção à família e o subsistema previdencial (Silva, 2006).

Como resultado das diretivas adotadas no Conselho Europeu em 2006, relativas à protecção social e inclusão social, surge o Plano Nacional de Acção para a Inclusão 2006-2008, “*o diagnóstico da situação portuguesa aponta para a necessidade de investimento em medidas que permitam combater o défice histórico no domínio da pobreza persistente, cuja dimensão é particularmente evidente entre as crianças e as pessoas idosas*” (MTSS (2006, p. 6). São ainda definidas algumas prioridades políticas importantes, tais como “*combater a pobreza...dos idosos, através de medidas que assegurem os seus direitos básicos de cidadania*” (MTSS (2006, p. 6). Essas medidas passavam por conseguir assegurar uma prestação financeira (Complemento Solidário para Idosos, CSI) e reforçar e consolidar a rede de serviços de apoio.

O aumento do número de idosos, bem como as alterações no quadro da política social, provocaram um alargamento da rede de respostas sociais para a terceira idade. Emerge uma acção social global que é, na maior parte das vezes, exercitada por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) e outras organizações privadas, apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Neves, 1998, como citado por Martins, s/d). É nas instituições tradicionais, desde a acção das misericórdias até às mais variadas organizações, que se forma e desenvolve a gestão pública da velhice. Distinguem-se dois tipos de instituições, as que têm como objetivo a institucionalização dos idosos (lares ou residências) e as que procuram criar condições para manter o idoso no seu próprio domicílio.

Lares de Idosos como resposta social

As Redes de Apoio Informal tornaram-se insuficientes e incapazes para apoiar e cuidar dos seus idosos. Segundo Fontaine (2000), as redes de apoio informal ao idoso dividem-se em dois grandes grupos, um constituído pela família do idoso e outro constituído por amigos e vizinhos. O papel da família no apoio aos idosos tem vindo a diminuir com a crescente evolução da sociedade, tornando-se difícil a sua concretização, aliado ao trabalho feminino fora de casa. Paúl (1997) salienta que as redes de apoio constituídas por amigos e vizinhos têm um papel importante principalmente do ponto de vista emocional, psicológico e instrumental, quando da ausência de familiares.

É óbvio que a institucionalização do idoso deve ser a última alternativa. Duarte e Paúl (2007) salientam que a Institucionalização dos idosos não é a mais favorável, mas seguramente uma opção necessária em muitos casos, fundamental quando existe um desequilíbrio na relação entre a capacidade para cuidar e as necessidades do idoso.

Em Portugal, continua a subsistir um modelo misto de solidariedade na velhice e na dependência. Embora em processo de mutação progressiva, a rede informal, ancorada na família e vizinhança, continua ativa. A rede formal, baseada essencialmente nos apoios público-privados, pecuniários e/ou em espécie, desenvolvidos através das respostas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tem vindo paulatinamente a reforçar os meios físicos, técnicos e humanos de apoio. A RSES é fiscalizada, monitorizada e financiada exclusivamente pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a RNCCI por este em conjunto com o Ministério da Saúde. A Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos, do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS), em 2014, refere que a distribuição espacial das respostas para as pessoas idosas em Portugal é marcada por assimetrias, com os concelhos do interior do país a apresentar maior cobertura que os concelhos do litoral.

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa o termo institucionalização significa “*ato ou efeito de institucionalizar*”. Institucionalizar é “*dar o caráter de instituição*”, “*adquirir o caráter de instituição*”. Idoso institucionalizado será aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de instituição, que se transforma em instituição, o que obviamente não faz sentido.

Na língua inglesa, o termo *to institutionalize* adquire um significado extra, o de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada. Rezende (2004) refere que a palavra que poderia englobar todas as denominações seria gerocómio ou gerontocómio (do grego *géron*, *gérontos*, velho + *kómeo*, cuidar). Surge na Grécia Clássica (*gerontokomeion*), passa para o latim (*gerontocomium*), e depois para o Português (*gerontocómio*). Lembra que os dicionários, tanto em português como em latim, referem-se a gerontocómio como hospício, hospital, asilo, abrigo ou albergue para velhos.

Termos antigos com raízes greco-latinas e, embora arcaicos e não utilizados na maioria dos países, exceto a Itália, seriam os mais apropriados para designar, de maneira genérica qualquer instituição para idosos. Em Portugal e demais países de língua portuguesa, as instituições destinadas a abrigar pessoas idosas necessitadas de um lugar para morar, de alimentação e cuidados por período integral são conhecidas por asilos ou albergues. Asilo vem do grego *asylon*, através do latim *asylum*, que significa refúgio, local de amparo, protecção, de abrigo a possíveis danos de qualquer natureza.

No surgimento do espaço asilar, a sua função não era promover a recuperação do indivíduo ali residente e incentivar o seu retorno ao convívio social mais amplo, como acontece nos hospitais, por exemplo. Era uma instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos, oferecendo apenas os cuidados “*suficientes às pessoas que estejam nos seus últimos dias de vida*” (Davim, *et al.*, 2004). Em Portugal, a política de cuidados para pessoas idosas tem tomado forma lentamente nos últimos anos. As orientações têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados centralizadas no MESS e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados predominantemente no âmbito do Terceiro sector.

De há alguns anos a esta parte, nota-se a preocupação quer das entidades governamentais, quer das IPSS e mesmo de entidades privadas, em reunir as melhores condições possíveis, a fim de que as pessoas idosas usufruam da sua velhice, pese embora sejamos confrontados, mais vezes do que gostaríamos, pela comunicação social, com atropelos à sua dignidade. Efetivamente, a definição de lares de idosos está consignada no Decreto-lei n.º 30/89 de 24 de janeiro. O n.º 1 do art.º 6, refere que “*os lares para idosos, são estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas*”.

Hoje em dia espera-se muito mais de um lar para os idosos. O Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro adota uma definição muito mais ampla¹² e a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março redefine novamente estas instituições.

¹² Lar de Idosos “é o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

Observa-se, como a velhice, outrora alvo de cuidados assistencialistas e filantrópicos, se transforma, hoje, num grande atrativo do mercado de consumo, que se expressa na linguagem, ou seja, substitui-se asilo e lar, sinônimos de abandono, pobreza e rejeição, por residencial para a terceira idade, hotel-residência, abrigo, casa de repouso, casa dos avós, clínica geriátrica, entre outros. A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, reforça esta ideia ao referir que *“o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum...”* *“Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”*.

A maioria dos Lares de Idosos em Portugal pertencem a IPSS, instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, não podendo ser administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico. Pertencem à CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) ou à União das Misericórdias Portuguesas e através de acordos de cooperação com o governo é possível o financiamento que está legalmente estabelecido. Os lares pertencentes ao terceiro setor com fins lucrativos estão em crescimento, não havendo lugar a qualquer financiamento por parte do Estado para estas instalações.

Apesar de nos últimos anos ter sido visível uma quebra na utilização das diferentes respostas para a população idosa, as ERPI, mantinham em 2014 uma taxa de utilização de 91,5 %, constituindo a resposta de maior procura no conjunto das respostas para idosos. Sem alterações relativamente a relatórios anteriores, o alojamento em quarto constituiu a modalidade de ERPI prevalente na atualidade (97%) com os alojamentos em apartamento ou moradia e os equipamentos que prevêm as duas modalidades de alojamento (em quarto e apartamento ou moradia) com uma representação que ainda não vai além dos 3% (GEP / MSESS, 2014).

Registam-se frequências prolongadas na resposta ERPI com cerca de 50% dos utentes a manter-se nesta tipologia de resposta por 3 ou mais anos, e cerca de 12% por mais de 10 anos, no entanto. A institucionalização surge normalmente, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis.

Recorrer a Lares de Idosos é cada vez mais frequente, apesar destes serem conotados com imagens negativas. Apesar dos asilos e os hospícios que albergaram, durante muito tempo, os indigentes, mendigos e abandonados terem sofrido profundas alterações na forma de funcionamento e população acolhida percebe-se, ainda hoje, o valor simbólico de asilo associado aos lares de idosos:

A segregação social — a que estão sujeitos aqueles que se submetem, voluntariamente ou não, a uma instituição que possui as características específicas para agregar pessoas acima de determinada idade, os idosos —, contribui para a construção e o reforço de uma identidade do que é ser velho (Fernandes, 1997, p. 146).

Última etapa da sua trajetória de vida, o idoso entra na instituição sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. Acresce-se a isso a idade bastante avançada e os elevados níveis de dependência dos idosos institucionalizados,

contrariamente às restantes respostas dirigidas à população idosa; cerca de 80% dos utentes acolhidos em ERPI em 2014 tinha 75 ou mais anos, evidenciando-se uma clara supremacia dos utentes mais idosos com maiores níveis de dependência, o que traduz uma institucionalização tardia da população nesta resposta. Se até aos 69 anos o género masculino está em superioridade, a partir dos 70 anos de idade as mulheres estão em clara maioria, reflexo de uma maior esperança de vida. De referir, ainda, que os utentes com 95 ou mais anos em 2014 atingem já um peso de 4% (GEP / MSESS, 2014).

Na literatura científica acerca dos lares de idosos, existe uma tendência para seguir principalmente as ideias de Goffman (1974) ou Townsend (1964). Estas obras inspiraram uma série de investigações, na década de 1960 e 1970, sobre cuidados institucionais inerentemente despersonalizantes, que reduzem a identidade dos residentes a meros recetores passivos de cuidados (Reed, & Payton, 1996).

Townsend afirmava que os diferentes tipos de lares para idosos no início dos anos 60 (em Inglaterra e País de Gales) eram inadequados para as necessidades das pessoas idosas. Argumentava, em linha com Goffman, que o residente “*recebe um choque inicial, que faz com que se ajuste rapidamente a um novo nível de comportamento e adote determinadas novas atitudes [que] não mudam drasticamente daí em diante*” (Townsend, 1964, p. 189).

Vários trabalhos posteriores vieram desafiar as perspectivas de Goffman e Townsend devido à constatação das relações estabelecidas entre residentes e a influência dos residentes sobre a prática diária das instituições opondo-se à ideia de que a vida dentro dos lares para idosos seja um processo uniforme que limita fortemente a forma pela qual os residentes se podem estabelecer como pessoas (Ross, 1977; Myerhoff, 1979; Jerome, 1992; Foner 1995; Paterniti, 2003).

Ao escrever sobre um lar para os idosos nos EUA, Myerhoff discutiu o que chama de “*comportamento de bancada*” (1977, p. 4), em que grupos de homens e mulheres discutiam diferentes tópicos de forma viva e altamente estilizada. Fações eram formadas e dissolvidas, transformando o lar no centro de uma prolongada vida de comunidade com eventos sociais diários importantes. O estudo realizado por Graeff (2005) procurou observar e descrever aspectos do quotidiano de idosos que vivem o seu processo de envelhecer num lar. As festas, os jogos, o lazer e a sociabilidade foram descritos como momentos de efervescência social que extravasaram os hábitos e as rotinas diárias com os idosos a desenvolver estratégias para reinventar o seu quotidiano, humanizar o seu espaço habitado e manter a sua identidade, apesar das regras e normas institucionais.

Segundo Born (2006), a qualidade das instituições depende totalmente das pessoas que trabalham dentro delas e que têm tarefas importantes a cumprir, nomeadamente, a criação de um ambiente institucional favorável ao idoso, onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso reconhecida até sua morte.

Conclusão

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modificando a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história (Mesquita, & Portella, 2004).

No desenvolvimento do ciclo da vida, entre o nascer e o morrer, para cada pessoa, a vanguarda da morte é percebida pelas manifestações do envelhecimento (Silva, 2006). Nesse sentido, o Eu das pessoas idosas está próximo do dos moribundos pelo que, psicologicamente, a velhice é um estado de simpatia para com a morte (Morin, 1988). Isto conduz à necessidade não só de melhorar os cuidados de saúde, pela prevenção da doença, mas também de melhorar a vida que resta, ajudando as pessoas a viver bem e, quando o dia chegar, a morrer bem.

O fenómeno do envelhecimento progressivo e irreversível da população portuguesa, associado a outros fatores como a desertificação de áreas significativas, mobilidade e progressiva desresponsabilização familiar, indicia a tendência crescente e inflexível do Lar de Idosos como última residência.

O tema é complexo e desconfortável, na medida em que nos remete para a problemática do envelhecimento frágil, como também questiona uma crença do imaginário cultural português que considera a família como locus ideal nos cuidados aos velhos, lugar ideal de amparo e aconchego. Além disso, o significado da velhice institucionalizada é muitas vezes atribuído a uma imagem de horrores, abandono e maus-tratos. Instituições atuais e ao mesmo tempo centenárias, potencialmente explosivas, mas de existência silenciosa... Caminhamos, portanto, num terreno que é por excelência “difícil”, pois a velhice associada à doença, à pobreza, ao abandono e à morte, amedrontam e ameaçam a psique humana.

Referências

Araújo, E. (2008). Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Supl.), 663-671. Recuperado em 01 junho, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700015>.

Bartholo, M. (2003). No último degrau da vida: um estudo no asilo Barão de Amparo, no Município de Vassouras. *Revista de Mestrado em História*, 5, 111-142. Recuperado em 01 junho, 2017, de: <http://livrozilla.com/doc/1161370/no-%C3%BAltimo-degrau-da-vida-um-estudo-no-asilo-bar%C3%A3o-do>.

Beauvoir, S. (1990). *A Velhice*. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

Born, T. (2002). *Cuidado ao Idoso em Instituição. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, SP: Atheneu.

Camarano, A., Kanso, S., Leitão, E Mello, J., & Pasinato, M. (2004). Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. Recuperado em 20 novembro, 2015, de: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf.

Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.

Carrilho, M., & Craveiro, M. (2014). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 57-110. Lisboa, Portugal: INE, I.P. Recuperado em 02 fevereiro, 2016, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/RED_54.pdf.

Constituição da República Portuguesa. (1976). Texto originário da Constituição, aprovada em 2 de abril de 1976. Recuperado em 09 dezembro, 2012, de: <http://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>.

Costa, A. (2003). Contornos bio-psico-sociais do envelhecimento. *Hospitalidade*, 260, 10-14.

Davim, R., Torres, G., Dantas, S., & Lima, V. (2004). “Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 518-524. Recuperado em 09 dezembro, 2012, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300010>.

Decreto-Lei 48580 de 14 de setembro de 1968. Diário da República, n.º 218/68 - Iª Série, Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa. Recuperado em 02 fevereiro, 2016, de: <http://livrozilla.com/doc/1548010/decreto-lei-48580-de-1968legisla%C3%A3%C2%A7%C3%A3%C2%A3o-para-apoio-residen...>

Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro. Diário da República, n.º 46/83, 1ª Série. Ministério dos Assuntos Sociais. Recuperado em 05 fevereiro, 2016, de: http://www.seg-social.pt/documents/10152/41136/DL_119_83/5d8a4bee-5fa2-43a1-96ed-19131e9d537c.

Decreto-Lei n.º 30/89 de 24 de janeiro. Diário da República, n.º 20/89, 1ª Série. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Recuperado em 05 fevereiro, 2016, de: <http://publicos.pt/documento/id610898/decreto-lei-30/89>.

DESA (Department of Economic and Social Affairs). Population Division. (2001). *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, New York, United Nations.

DESA (Department of Economic and Social Affairs). Population Division. (2015). *World Population Prospects. The 2015 Revision Key Findings and Advance Tables*, New York, United Nations.

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro. Diário da República, n.º 47/98, 1ª Série B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Recuperado em 06 fevereiro, 2016, de: <https://dre.tretas.org/dre/90511/>.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Recuperado em 05 fevereiro, 2016, de: <http://www.priberam.pt/dlpo/>.

Duarte, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional - público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 17-29. Recuperado em 05 fevereiro, 2016, de: <http://files.rtgerontologia.webnode.pt/200000027-6aa0c6b9c1/RTG%20I%2C%202007.pdf>.

Dumont, L. (1985). *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro, RJ: Rocco.

EU. (2005). European Commission. The social situation in the European Union 2004. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: http://www.ec.europa.eu/employment_social/publications/2004.

Eurostat. (2010). Demography report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado em 01 novembro, 2013, de: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=5936&furtherPubs=yes>.

Fernandes, A. (2004). Quando a vida é longa...os impactos sociais do aumento da longevidade. In: Quaresma, M. L. (Org.). *O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa, Portugal: CESDET, 13-36.

Fernandes, H. (2007). Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança. Tese de Mestrado, Lisboa, Portugal: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Recuperado em 5 novembro, 2015, de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/2668>.

Ferreira, R. (Coord.). (2010). *Inválidos do Comércio: 80 anos de história e de vida*. Lisboa, Portugal: Inválidos do Comércio.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Editora Climepsi.

Foner, N. (1995). The Hidden Injuries of Bureaucracy: Work in an American Nursing Home, 12(3), 229-237. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: <https://doi.org/10.17730/humo.54.3.g5350404082264q3>.

GEP. (2014). Gabinete de Estratégia e Planeamento. MESS (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2014*. Recuperado em 25 março, 2016, de: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial.pdf>.

Giddens, A. (2009). *Sociologia*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.

Graeff, L. (2005). O mundo da velhice e a cultura asilar – estudo antropológico sobre memória social e cotidiano de velhos no Asilo Padre Cacique. Tese de Mestrado, Porto Alegre, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 25 julho, 2015, de: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5466/000515601.pdf?sequence=1>.

Groisman, D. (1999). Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2, 67-87. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/5476/3111>.

Guimarães Sá, I. (1995). A circulação de crianças na Europa do Sul: o caso dos expostos do Porto no séc. XVIII, Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Guimarães Sá, I. (2002). As Misericórdias. Da fundação à União Dinástica. In: Guimarães Sá, I., Abreu, L., & Lopes, M. A. *Portugalia e Monumenta Misericordiarum. Fazer a História das Misericórdias*. Volume 1, Centro de Estudos de História Religiosa. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal: União das Misericórdias Portuguesas. Recuperado em 15 janeiro, 2016, de: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8630/1/PMM_Vol1.pdf.
- Helpage International (2015). *Global AgeWatch Index 2015. Insight report*. Recuperado em 12 janeiro, 2016, de: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>.
- Henriques, F. (2010). Cenários de envelhecimento e saúde em Portugal no século XXI. Causas e consequências de uma transição demográfica tardia. In: Pereira, M. (Org.). *Revista População e Sociedade. Dinâmicas e Perspectivas Demográficas do Portugal Contemporâneo*, 18, 121-143. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- INE. (2003). Instituto Nacional de Estatística. *Projeções de população residente em Portugal (2000-2050)*, Lisboa, Portugal: Editora INE, L.P.
- INE. (2010). Instituto Nacional de Estatística. *Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal*. Lisboa, Portugal: Editora INE, L.P.
- INE. (2011). Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011 Resultados Definitivos*, Lisboa, Portugal: Editora INE, L.P.
- INE. (2014). Instituto Nacional de Estatística. *Projeções de População Residente 2012-2060*. Lisboa, Portugal: Editora INE, L.P.
- Jacob, L. (2002). Origem e desenvolvimento das IPSS. Recuperado em 20 outubro, 2015, de: <http://www.socialgest.pt>.
- Jerrome, D. (1992). *Good Company. An anthropological study of old people in groups*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Kinsella, K., & Velkoff, V. (2001). *Aging World: 2001*, Washington, U.S. Census Bureau. Recuperado em 11 novembro, 2012, de: <http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>.
- Mayeroff, M. (1990). *On Caring*, Harper Collins Publishers. Recuperado em 13 outubro, 2013, de: <http://www.harpercollins.com/web-sampler/9780060920241>.
- MTSS. (2006). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2006*. Recuperado em 14 março, 2016, de: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2006.pdf>.
- Nazareth, J. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, 6(2), 135-146.
- OCDE. (1998). Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. *Le vieillissement démographique. L'Observateur de L'OCDE n.º 212*.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto, Portugal: Editora Legis.
- Paterniti, D. (2003). Claiming Identity in a Nursing Home. In: Guibrium, J., & Holstein, J. (Eds.). *Ways of aging*. Malden, Mass: Blackwell Publishing.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.

- Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., Pozzi, A., Rothgang, H., & Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to longterm care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17, 33-48. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: https://www.researchgate.net/publication/48909670_Modelling_an_entitlement_to_long-term_care_in_Europe_Projections_for_long-term_care_expenditure_to_2050.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março de 2012. Diário da República, n.º 58/2012, 1.ª Série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Recuperado em 14 novembro, 2012, de: http://www.segsocial.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e.
- Reed, J., & Payton, V. (1996). Constructing Familiarity and Managing the Self: Ways of Adapting to Life in Nursing and Residential Homes for Older People. *Ageing and Society*, 16(5), 543-560. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/constructing-familiarity-and-managing-the-self-ways-of-adapting-to-life-in-nursing-and-residential-homes-for-older-people/r/a1CG000000Gg8FMAS>.
- Relvas, A. (2002). A mulher na família: Em torno dela. In: Relvas, A., & Alarcão, M. (Eds.). *Novas formas de família*, 298-340. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Rezende, J. (2004). Linguagem Médica: “Institucionalização” do idoso. Recuperado em 12 fevereiro, 2016, de: <http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende>.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ross, J. (1977). *Old People, New Lives. Community Creation in a Retirement Residence*. London, England: The University of Chicago Press.
- Silva, J. (2006). Da Velhice e assistência social no Brasil. *A Terceira Idade*, 17(54), 64.
- Souza, F., & Vaz, M. (2007). Cuidar da 3ª idade: um desafio no cotidiano hospitalar. *Enfermagem Atual*, 40(1), 30-36. Recuperado em 12 dezembro, 2013, de: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-15608>.
- Townsend, P. (1964). *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*. London, England: Routledge & Kegan Paul.
- Wong, L., & Moreira, M. (2000). Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). Recuperado em 10 fevereiro, 2016, de: <http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASI014.pdf>.
- WHO (2002). World Health Organization. Active Ageing. *A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Espanha. Recuperado em 23 novembro, 2012, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

Recebido em 24/01/2018

Aceito em 30/03/2018

Ângela Simões - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Cuidados Paliativos. Doutora em Enfermagem. Enfermeira Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da ULS Castelo Branco. Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal.

E-mail: angela.simoes@gmail.com

Paula Sapeta - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos. Mestre em Sociologia. Doutora em Enfermagem Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal.

E-mail: paulasapeta@ipcb.pt