

**ORIENTAÇÕES DA POLÍTICA DE CUIDADOS ÀS PESSOAS IDOSAS E
DEPENDENTES**
MODELO DE CUIDADOS EM PORTUGAL E NALGUNS PAISES EUROPEUS¹

Maria Irene Lopes B. de Carvalho²

Introdução

Este *working paper* decorre de uma pesquisa em curso, ainda exploratória, a desenvolver no âmbito de um Doutoramento em Serviço Social e tem como finalidade analisar as orientações da política de cuidados às pessoas idosas em Portugal e em alguns países europeus. Esta área da política está relacionada com a “questão social” das pessoas idosas, numa sociedade em mudança, para a qual concorrem as alterações sócio demográficas, as transformações na estrutura e dinâmica familiares, assim como a individualização das relações sociais, centradas na autonomia e independência. Estas alterações proporcionaram uma “desprotecção” a este grupo social, associada a outros riscos, designadamente: à maior probabilidade de doenças crónicas e incapacitantes, à necessidade de cuidados de terceiros, num tempo de escassez dos cuidadores familiares disponíveis, assim como maior probabilidade de rendimento insuficiente, baixo nível de escolaridade e acesso deficitário à informação, associado a níveis de participação social escassos.

É nesta linha de análise que se questiona o modo como a política pública de cuidados responde às necessidades das pessoas idosas e dos cuidadores familiares. As orientações actuais da política nesta área, têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados entre a segurança social e a saúde, com os programas de cuidados continuados¹ e de apoio integrado a idosos, o PAII², e com a nova lei³ que cria a rede de cuidados continuados integrados (RCCI). Contudo, apesar dessas orientações, a família continua a ter um papel fundamental como cuidadora na protecção dos seus membros dependentes.

¹ Comunicação apresentada ao I Congresso Internacional de Gerontologia: Viver para sempre! Organizado pelo CIDAE, dias 23, 24 e 25 de Outubro de 2006 Odivelas.

² Assistente Social docente da Licenciatura em Serviço Social da ULHT – mariacarvalho21@hotmail.com

A presente comunicação inicia-se com uma reflexão sobre a noção de cuidados e a sua conceptualização no âmbito da política pública. Prossegue analisando a sua especificidade na questão das pessoas idosas, definindo áreas, beneficiários, modos de actuação e actores responsáveis, concluindo com a identificação de alguns padrões tipo da política de cuidados em alguns países europeus, com especial ênfase para Portugal.

1- Os "cuidados" e a sua conceptualização no âmbito da política

A palavra "cuidados" tem vários significados. Etimologicamente "cuidado"⁴ difere consoante a língua dos vários países, em que a palavra é utilizada. Em Portugal, a palavra "cuidados" está associada ao verbo "cuidar", e este⁵ tem um significado especial na língua latina, remetendo para a ideia de "atenção e olhar ao outro"⁶, implicando a concretização de um processo de "prestar e receber cuidados".

O "cuidar" esteve, durante muito tempo, associado ao cuidado informal efectuado dentro do grupo familiar, relacionado com o "self care", com o "dar e receber", acarretando a ideia de reciprocidade⁷, protecção e apoio, bem como sentido de responsabilidade. Dar e receber cuidados remetia para uma determinada necessidade, envolvendo um processo de socialização, prevenção e protecção dos riscos e de promoção da autonomia e independência. Nesta linha de análise estavam associados aos cuidados prestados pelas mulheres e recebidos por crianças, jovens, esposos e/ou pessoas idosas, no espaço privado da casa. Esta actividade, associada ao trabalho feminino, foi objecto de estudo da literatura feminista e dos *Women Studies*. Estes pretendiam problematizar a ideia do cuidar como categoria que caracterizava negativamente a condição de vida das mulheres⁸, colocando em evidência a relevância do trabalho "doméstico" como parte integrante da produção económica e da política social, no sentido de reivindicar igualdade e partilha dessas tarefas entre homens e mulheres na esfera privada e a integração dessa actividade na divisão social do trabalho.

Igualmente, na política social, os cuidados estiveram associados tradicionalmente ao cuidado formal⁹, existindo uma diferenciação entre os cuidados formais e informais¹⁰. Os primeiros, prestados por instituições sociais em equipamentos sociais, como asilos e lares; os segundos, remetidos para os cuidados prestados dentro do grupo familiar, sem haver uma ligação entre ambos. Esta análise foi sendo ultrapassada com a ideologia da desinstitucionalização dos cuidados formais, desenvolvida nos finais da década de setenta e oitenta na maioria dos países centrais e do norte da Europa, na área da

saúde mental e psiquiátrica, das crianças e jovens e das pessoas idosas. A desinstitucionalização favoreceu o desenvolvimento dos cuidados no domicílio e/ou os “*community care*”¹¹. Na actualidade, esta forma de organizar os cuidados, ainda que com variantes, tem sido perseguida noutros países europeus na área das pessoas idosas dependentes, enfatizando a articulação e integração de cuidados.

Actualmente, a conceptualização da política de cuidados deve integrar as dimensões social, económica e política, implicando um processo de “assistência a pessoas adultas idosas e/ou deficientes nas actividades da vida diária, necessárias ao seu bem estar, providenciadas quer por trabalho pago ou não pago, profissional ou não profissional, podendo ser desenvolvidas na esfera privada ou pública”¹². É uma actividade que envolve relações, implicando a prestação de cuidados físicos e emocionais, efectuados através de normas e quadros sociais dos que recebem e prestam cuidados¹³. Este é um conceito complexo e integra múltiplas interacções de nível micro, meso e macro entre a esfera pública, designadamente as orientações de políticas nesta área, e os “regimes” de estado dos diferentes países, e entre os recursos sociais à disposição da população e a esfera privada, associada aos princípios, valores, culturas, tipos e dinâmicas familiares.

Neste contexto analítico, o conceito de cuidados no âmbito da política social ganhou um novo entendimento e importância. Hoje, é utilizado para identificar uma diversidade de serviços, que englobam várias áreas, organizados por equipamentos sociais, quer sejam públicos ou privados, lucrativos ou não lucrativos – quer sejam estatais e/ou de organizações não governamentais - incluem tarefas de carácter social, pedagógico e de saúde, prestadas por profissionais, assim como serviços prestados informalmente por familiares, amigos e voluntários.

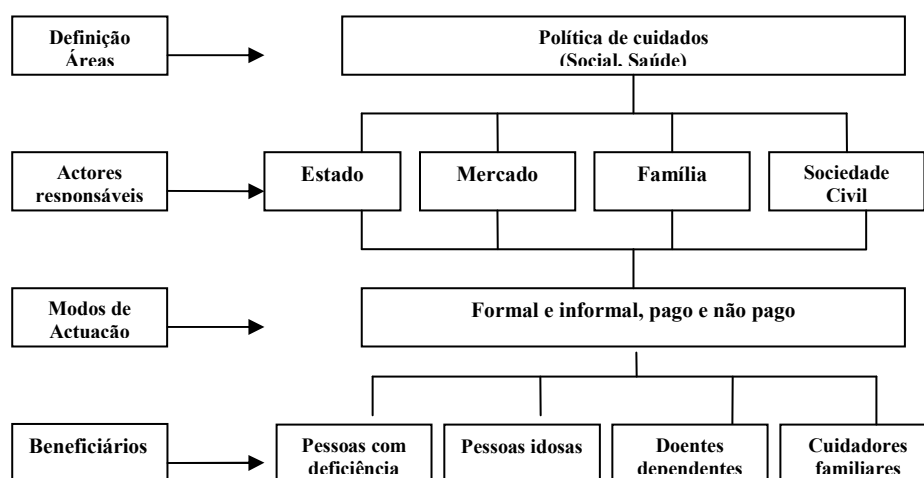
2 –A política de “cuidados às pessoas idosas”

Organismos internacionais como a ONU – Organização das Nações Unidas, o Conselho e a Comissão Europeias, o Eurostat e a OCDE definem pessoas idosas¹⁴ como a população com mais de sessenta e cinco anos. Todavia esta palavra é ambígua e serve por vezes para gerar confusão semântica e integrar tudo o que diga respeito aos velhos na sociedade moderna, homogeneizando-os e indiferenciando-os dentro dessa categorial social. A palavra idoso constitui actualmente uma noção *floue* de velho, uma vez que pressupõe a integração de diversas realidades, constituindo uma forma de diferenciar os problemas dos

velhos, mais respeitáveis e associados à aposentadoria, das necessidades das pessoas idosas¹⁵. É neste contexto analítico que o aumento de pessoas idosas, sobretudo o aumento das pessoas muito idosas, associado às alterações ocorridas no quadro familiar, como a nuclearização e a generalização da actividade profissional feminina paga, exige a construção de políticas de cuidados atentas a “novas” necessidades das pessoas idosas, sendo necessário alargar e diversificar as respostas destinadas às pessoas nessa condição.

Pode considerar-se a política de cuidados às pessoas idosas como um processo de apoio a pessoas dependentes para as AVD¹⁶ e AIVD¹⁷ na área social e da saúde, prestado por entidades lucrativas ou não lucrativas que organizam os cuidados, executado por profissionais pagos e/ou não pagos, enquanto voluntários, ou pelo cuidador familiar e o próprio beneficiário. Este conceito de política de cuidados às pessoas idosas remete para uma charneira entre áreas, responsabilidades, modos de actuação e beneficiários (Figura I)

Figura I - Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes



A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal e implicando um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas. Estas acções articuladas devem ser da responsabilidade de

todos os actores sociais, tais como os *policy makers*, as organizações da sociedade civil, a família e também o mercado, numa perspectiva de *Welfare mix*¹⁸.

A conceptualização da política de cuidados na actualidade implica uma responsabilidade partilhada que permita articular os cuidados formais e informais. Os cuidados formais são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Estas organizam cuidados em lares, residências temporárias, assim como centros de dia e/ou de noite, centros de convívio e também serviços prestados no domicílio da pessoa idosa. Estes equipamentos ou serviços podem ser tanto de reabilitação como de longo termo ou de curto prazo, assim como curativos ou paliativos. Estes serviços também podem ser efectuados por empregadas domésticas do mercado de serviços pessoais.

Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários e estes podem ser pagos ou não pagos. A nova geração de políticas introduz a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de "cuidar" efectuado dentro da família. Em alguns países, como o Reino Unido, existem alguns programas que visam apoiar a família, denominados de "*Cash for care*". A política de cuidados é igualmente configurada para abranger vários grupos, como doentes dependentes e pessoas com deficiência e não apenas pessoas idosas.

3 – Padrões da política de cuidados às pessoas idosas: entre cuidados e cuidadores

O modo como as dimensões, implícitas no conceito de cuidados, interagem entre si e se posicionam face aos mesmos, permitem a configuração de determinados padrões de política. Nesta perspectiva de análise vejamos como a política de cuidados nos vários países europeus, responde às necessidades das pessoas idosas e das famílias. Analisar a política nos vários países europeus só é possível porque nestes últimos cinco anos a UE efectuou um esforço para a promoção e efectivação desta área da política, financiando projectos de investigação neste campo, no sentido de melhorar os serviços, responder às necessidades das pessoas idosas e das famílias e tornar os sistemas de protecção sustentáveis economicamente. A análise exploratória, a alguns desses estudos, permite-nos compreender que, apesar de existirem vários modelos de protecção social do estado já validados internacionalmente¹⁹, contudo, a política de cuidados às pessoas idosas apresenta configurações distintas (figura II).

Figura II – Padrões da política de cuidados

Modelos de estado ²⁰ Protecção social	Países	Padrões da Política pública de cuidados ²¹	Orientações da política de cuidados Características fundamentais
Liberal	Reino Unido Irlanda	Cuidados alargados neoliberalistas	Selectivo (privados/mercado) Descentralizados e articulados (saúde e social) Focam-se na autonomia e independência A família não é legalmente responsável pelos cuidados
Escandinavo	Dinamarca Finlândia Noruega Suécia	Cuidados alargados Universalistas	Universal (estado) Descentralizados e articulados (saúde e social) Focam-se na autonomia e independência A família não é legalmente responsável pelos cuidados
	Holanda Luxemburgo	Cuidados alargados mistos	Seguro Social (privado/público) Descentralizados e articulados (saúde e social) Focam-se na autonomia e independência A família não é legalmente responsável pelos cuidados
Conservador	Bélgica França	Cuidados semi- alargados publicos	Sistemas de segurança social descentralizados Focam-se na dependência, solidão e isolamento A família é legalmente responsável pelos cuidados
	Alemanha Áustria	Cuidados selectivos Seguros sociais	Privado/Mercado/Voluntário/Família Descentralizados; focam-se na dependência A família é legalmente responsável pelos cuidados
Sul da Europa	Espanha Itália	Cuidados restritos mistos	Público/privado/Mercado/Voluntário/Família Descentralizados; focam-se na dependência A família é legalmente responsável pelos cuidados
	Portugal Grécia	Cuidados deficitários mistos	Público/privado/voluntário/mercado/Família Centralizados; focam-se na dependência, solidão e isolamento A família é legalmente responsável pelos cuidados

Esta análise permite-nos avançar com alguns padrões nesta área da política. O primeiro é característico de países como a Inglaterra e Irlanda e está associado ao modelo de protecção social liberal. Estes países desenvolvem cuidados alargados neoliberalistas, integrados e articulados e de cariz comunitário²². Não são exclusivos para as pessoas idosas, abrangendo grupos diversos como crianças, jovens, idosos, deficientes e apoio na maternidade. Os cuidados são descentralizados, organizados e regulados pelas municipalidades, mas desenvolvidos no âmbito do sector privado lucrativo, com os quais as autarquias, predominantemente, contratualizam os serviços. Os serviços prestados na área das pessoas idosas são articulados (saúde e social), integram vários níveis de cuidados (preventivos, curativos, reabilitação e paliativos), que podem ser prestados em equipamentos sociais ou no domicílio e que se centram na autonomia e independência.

O cidadão tem direito a escolher o serviço que melhor satisfaz as suas necessidades, podendo escolher entre cuidados prestados em equipamentos sociais ou no seu domicílio. As orientações da política direccionam-se para a qualidade do serviço e avaliação dos serviços prestados. Neste modelo, a família não tem obrigação de cuidar dos idosos dependentes, ou seja, o cuidar é uma escolha decorrente do compromisso afectivo. Contudo, não é por não existir obrigação legal que a família não constitui a principal fonte de cuidados das pessoas idosas. No entanto, os cuidados prestados são de outra natureza, mais afectivos e menos efectivos.

O segundo modelo de protecção social tem características universalistas, e o padrão de política de cuidados às pessoas idosas é alargado e universalista²³. Estes são da responsabilidade do estado, organizados pelas autoridades locais, condados e prestados pelos municípios. Estes serviços são articulados entre a área social e a área da saúde, existindo vários níveis de cuidados: preventivos, de reabilitação, curativos e paliativos. Estes níveis de cuidados são integrados e desenvolvidos em residenciais, apartamentos, vivendas assistidas e serviços no domicílio. A preocupação central é com a qualidade do serviço, valorizando-se a escolha do cidadão pelos serviços prestados e necessários às suas necessidades. A família não tem obrigações legais de cuidar dos seus idosos dependentes. Os serviços constituem uma escolha e são organizados no sentido de desenvolverem a autonomia e independência das pessoas idosas. Neste modelo, cerca de 67% dos serviços aos idosos são prestados pelos serviços formais e cerca de 44 % pelos familiares e 15 % têm cuidados a nível privado, que podem ser empregadas domésticas ou agências privadas de prestação de serviços.

Existem outras formas de organizar a política de cuidados, igualmente alargadas, mas baseadas em seguros sociais, prosseguidas noutros países como a Holanda e o Luxemburgo²⁴. Estes países organizam os cuidados com base em seguros públicos e privados, denominados de “seguro da dependência”, que financia e determina o tipo de cuidados e âmbito de actuação das agências sociais que prestam cuidados. Estas podem ser privadas ou públicas, lucrativas ou não lucrativas. Existem duas classes de serviços: serviços de saúde ou serviços sociais, assim como vários tipos de serviços para as pessoas idosas, os nursing homes, as residências assistidas para doentes crónicos e doentes em recuperação e cuidados paliativos, assim como apoio nas férias familiares, e cuidados no domicílio. Contudo, só se articulam os cuidados de saúde com os cuidados sociais quando é necessário. As municipalidades são responsáveis pela coordenação dos serviços e pela contratualização dos cuidados prestados pelas agências especializadas. No âmbito do seguro da dependência ou do serviço público de segurança social, a política pode ser concretizada através da prestação do serviço, ou através de transferências financeiras directamente à pessoa cuidadora, seja familiar ou do sector privado. Neste modelo, a família não tem responsabilidades legais de prestação de cuidados. A política de cuidados orienta-se para a opção dos cidadãos pelo serviço a que podem ter acesso e, igualmente, para a qualidade do serviço prestado. Nestes países, os cuidados são alargados, organizando-se contudo através de seguros sociais obrigatórios, sendo um mix entre o público e o privado.

No modelo de protecção social conservador identificam-se dois padrões de organização da política de cuidados: os cuidados semi-alargados do sistema público de segurança social ²⁵ identificados em países como a França e a Bélgica e os cuidados selectivos baseados no seguro social na Alemanha e na Áustria. Os primeiros são da responsabilidade do sistema público de segurança social, mas são organizados pelas regiões. Existe uma articulação entre as entidades que tutelam a saúde e as municipalidades para a articulação dos cuidados entre o social e a saúde. Este tipo de configuração dos cuidados é focalizado na dependência, na diminuição da solidão, isolamento e exclusão das pessoas idosas. A avaliação das necessidades das pessoas idosas é efectuada através de uma grelha de avaliação, a partir da qual se determina o tipo de serviço que deve ser prestado. Este pode ser em residências específicas ou no domicílio, existindo um máximo de serviços que cada pessoa pode utilizar. Em França, existe uma lei da dependência que define os direitos das pessoas, materializados através do tipo de serviços e financiamento a que podem aceder. A responsabilidade pelos cuidados aos idosos é partilhada pela família, estado e municipalidades.

O segundo padrão de organização da política de cuidados reporta-se à Áustria e Alemanha. Nestes países, a protecção social organiza-se através dos seguros sociais obrigatórios e os cuidados às pessoas idosas podem ser caracterizados como selectivos²⁶. Isto significa que o estado só intervém quando as instâncias inferiores não respondem às necessidades das pessoas idosas nesta área. A concretização dos cuidados é efectuada através de um seguro de apoio à dependência elaborado através de uma avaliação médica a partir de três categorias: cuidados amplos de 24 horas, para as pessoas que necessitam de cuidados de longa duração; de média duração e de alguma duração (pelo menos uma hora e meia por dia). Esta classificação leva a que muitas pessoas idosas com necessidades de apoio a nível afectivo, ou de outros serviços, como ir às compras ou de integração na comunidade, sejam excluídas deste suporte. Apesar de existir um seguro público específico para a dependência, a família é responsável legalmente pelos cuidados. Para esta, existem direitos específicos como o pagamento do serviço prestado e quatro semanas de férias. A filosofia da política de cuidados assenta na ideia restrita de dependência física e cognitiva, ficando de fora algumas dimensões sociais e psicossociais, existindo igualmente uma diferença de cobertura dos serviços consoante as regiões - mais visível na Áustria - decorrente do tipo de política prosseguida pelas municipalidades.

No modelo de protecção social dos países do sul da Europa, também denominados de mediterrâneos, podemos igualmente identificar dois padrões da política de cuidados: o primeiro é característico de países como a Itália e Espanha, com cuidados restritos do sistema de segurança social²⁷ e o segundo associado à Grécia e Portugal, com cuidados deficitários. No primeiro padrão, os cuidados são organizado pelo estado central, que transfere pensões e subsídios para a área da dependência assim como para os serviços organizados pelas municipalidades e prestados predominantemente por entidades não lucrativas. Os serviços centram-se no grupo de idosos e muito idosos e privilegiam os cuidados de saúde, quer sejam prestados em equipamentos sociais quer sejam prestados no domicílio. Os cuidados não são um direito universal, pois para aceder aos serviços é necessário provar a carência ou a necessidade do serviço, muitas vezes associada à indisponibilidade familiar. Neste padrão da política de cuidados, a família tem responsabilidade na prestação de cuidados, estando os serviços direccionados para as pessoas isoladas e "sem família". Os serviços estão desigualmente desenvolvidos consoante as regiões. Por exemplo, em Espanha, é na região da Catalunha que a política de cuidados às pessoas idosas está mais desenvolvida, privilegiando a articulação entre os serviços de saúde e sociais, assim como serviços complementares, designadamente a eliminação das

barreiras arquitectónicas, o telealarme, o transporte adaptado. Investe-se nos serviços prestados no domicílio, assim como na formação e qualidade dos serviços. Para uniformizar a forma de actuação, o governo central espanhol criou em 2006 uma lei da dependência para as pessoas idosas para melhorar a política nesta área.

Em Portugal, como na Grécia, a maioria dos cuidados é efectuada no âmbito familiar, sendo a política pública deficitária²⁸ comparativamente a outros países europeus, apesar de, na actualidade, a política pública na área dos cuidados ter tido um aumento substancial, quer no número de serviços quer no número de pessoas abrangidas²⁹. Por exemplo, na Grécia existem centros comunitários descentralizados, os quais complementam os serviços com entidades na área da saúde, tendo uma vertente de prevenção e reabilitação. Contudo, o rácio de pessoas abrangidas pelos cuidados formais é mínimo, sendo a família a principal prestadora de cuidados.

Em Portugal, a política de cuidados às pessoas idosas tem tomado forma nos últimos cinco anos. Estas orientações são centralizadas no Ministério do Trabalho e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados predominantemente no âmbito do sector não lucrativo. Tem sido efectuada um esforço para a criação de serviços e políticas activas nesta área, sobretudo na articulação entre a saúde e o social e a integração dos cuidados continuados e integrados, nas vertentes preventiva, de reabilitação e, nestes últimos anos, paliativa, e com a criação da rede de cuidados continuados integrados em 2006.

A carta social³⁰ revela-nos que os equipamentos e serviços aumentaram e conseqüentemente o número de pessoas abrangidas. Por exemplo, é no distrito de Lisboa³¹ que se verifica o maior número de equipamentos com serviço de apoio domiciliário, sendo também o que tem o maior número de idosos. Contudo, a taxa de utilização deste serviço é de 2,2 dos idosos em cada cem. Esta incapacidade de resposta das estruturas sociais e comunitárias leva a que a maioria das pessoas idosas faça a sua reabilitação no hospital. Assim como proporciona que a família seja a principal cuidadora e que, face à indisponibilidade ou inexistência desta, muitas pessoas idosas vivam sós, entregues a si próprias.

Para concluir....

Actualmente, a política de cuidados às pessoas idosas deve orientar-se para a promoção da autonomia e independência pessoal, a partir da integração dos cuidados nas áreas social e de saúde; abrangendo determinados grupos,

como as pessoas idosas, ou outras dependentes a necessitar de cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou paliativos, que são prestados quer em instituições quer no domicílio, prevalecendo este último sobre o primeiro; devem ser formais e informais, efectuados por profissionais pagos ou não pagos, incluindo os cuidadores familiares e ser da responsabilidade do estado, da sociedade civil, do mercado e da família. Hoje, existe uma diversidade de respostas sociais propiciadoras de cuidados às pessoas na condição de velhice, organizados em valências, como os centros de dia, centros de convívio, apoio domiciliário, lares residenciais e residências temporárias³². Estas respostas organizadas prestam cuidados, satisfazendo as necessidades básicas das pessoas idosas que as utilizam, havendo, contudo, ainda muito a fazer.

A construção de padrões, permite-nos distinguir duas tendências e posições paradigmáticas da política de cuidados³³, consoante o modo como as variáveis inerentes ao conceito se articulam. A primeira tendência orienta-se para a dependência e para a obrigação da família em cuidar dos dependentes, especialmente exercitada nos países católicos do sul da Europa, mas também noutros padrões de política associados à selectividade e aos cuidados restritos. A segunda tendência, centra-se na independência, na autonomia e na interdependência entre o público e o privado, implícita na ideia de não obrigação da família pelos cuidados aos dependentes idosos associada aos cuidados alargados sejam neoliberais, universalistas ou mistos. Nesta última, são valorizadas as políticas activas, participadas por todos os intervenientes de igual modo, potenciando uma articulação entre o estado e a família, no sentido de emancipar esta última³⁴.

A UE tem-se revelado preocupada com esta questão, tendo elaborado algumas directivas para que os países invistam e organizem a política de cuidados. As suas orientações³⁵ neste domínio vão no sentido de proporcionar um alto nível de protecção nesta área, construindo serviços complementares, assim como incluindo as pessoas utilizadoras no processo de decisão relativamente aos cuidados de que necessitam, melhorando a qualidade dos serviços de acordo com as necessidades das pessoas; e de investir na formação profissional e apoiar o cuidador familiar, através da criação de serviços que valorizem os serviços prestados no contexto familiar e que promovam a igualdade de género e a conciliação entre o trabalho doméstico e de cuidados às pessoas dependentes com o trabalho profissional.

¹ Despacho Conjunto - nº 407/98 de 15 de Maio e, posteriormente, o Dec. Lei 281/2003 de 8 de Novembro que cria a rede de cuidados continuados de saúde

² Despacho Conjunto nº 259, Criação do Programa de Apoio a Integrado a Idosos, In 1997.

³ Despacho do Conselho de Ministros de 16 de Março de 2006 – cria a rede de cuidados continuados integrados – lei 101/2006

⁴ Se recorrermos a um dicionário de Português, constatamos que “Cuidado” é um substantivo, sinónimo de cautela, precaução, receio, angústia, ansiedade, ânsia, aflição, inquietação, preocupação, atenção ao outro, o que remete para solicitude, delicadeza, empenho, interesse, carinho e afecto. É utilizado também como adjectivo, designando: imaginado, meditado, presumido, pensado e reflectido. Estes significados explicam o cuidado como uma acção junto dos outros, no sentido de precaução ou prevenção e, simultaneamente, de uma forma pensada, reflectida e racional

⁵ O verbo cuidar significa precisamente tratar, vigiar, trabalhar, reparar...

⁶ Cf. Carol Guilligan, In a different voice, women´s conceptions of self and of morality, In *Feminist Social Thought a Reader*, ed. Diana Tietjens Meyers, London, 1997.

⁷ Cf. M. Marcel Mauss, *Ensaio Sobre a Dádiva*, Lisboa, 2001.

⁸ Mary Daly and Jane Lewis, “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, in *British Journal of Sociology*, nº 51 (2), 2000, p.281.

⁹ Cf. P. Moss, and C. Cameron, Care Work And the Care Workforce, “Report on Stage one and State of The Art Review”, WP 6, (Ed, Thomas Coram Research Unit, I. o. E. U. o. L.), 2002 e Moss, P. c., Claire, *Care Work, National Report, United Kingdom*, WP 3, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London, 2001.

¹⁰ Cf. Kröger, Teppo, “Comparative research on social care the state of the art”, *Soccare Project report 1*, Brussels, European Commission, 2001.

¹¹ A noção de *community care* está associada à organização dos cuidados no Reino Unido. Actualmente, os cuidados integram complementarmente os cuidados organizados e prestados no âmbito formal e informal. Os *community care* são da responsabilidade das municipalidades e têm como objectivo prestar uma diversidade de cuidados às crianças, mães com filhos pequenos, apoio na maternidade, pessoas com deficiência e pessoas idosas, a nível preventivo, de reabilitação e tratamento, nestes estão incluídos os cuidados no domicílio, mas também os cuidados residenciais. Os *community care* integram cuidados sociais e de saúde e estão relacionados com o “social care”, que significa trabalho de cuidar de pessoas dependentes e doentes, sejam crianças, idosas ou deficientes. Noutros países, a terminologia associa-se mais aos cuidados sociais do que aos cuidados de saúde, dependendo da forma como estão organizadas as políticas de cuidados às pessoas dependentes, crianças, deficientes, pessoas idosas, doentes.

¹² Cf. Daly e Lewis, op. cit.; Kröger, op.cit.p. 4 e Johansson e Moss, op. cit. p. 47.

¹³ Daly e Lewis, op. cit p. 285.

¹⁴ Dada a heterogeneidade deste grupo social, o INE adoptou também indicadores que permitem definir a dependência de idosos, assim como alguns grupos etários dentro desse grupo populacional.

Índice de dependência dos idosos:

*Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade activa (dos 15 aos 64).

- Índice de longevidade:

* Relação da população de 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos

¹⁵ Clarice Peixoto, “Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios, velho, velhote, idoso, terceira idade”, in Myriam Moraes Lins de Barros (org), *Velhice ou Terceira Idade*, Rio de Janeiro, Fundação Gétulio Vargas, ed. 1998

¹⁶ Actividades da Vida Diária.

¹⁷ Actividades Instrumentais da Vida Diária.

¹⁸ Cf. M Maurício Ferrera and outros, *O Futuro da Europa Social*, Oeiras 2000. ; Gøsta Esping-Andersen, “Um estado providência para o século XXI”, In Robert Boyer et, al (org), *Para uma Europa da Inovação e do Conhecimento*, Oeiras, Celta, 2000.

¹⁹ Um dos primeiros estudos comparativos dos sistemas de protecção social foram efectuados por Esping-Andersen em 1990. Contudo o seu trabalho deixa de fora esta área da política. Posteriormente, autores como Ferrera e outros debruçaram-se sobre a especificidade da protecção na UE.

²⁰ Cf. Ferrera et. al op. cit. e Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press, Cap. 1, 2, 3. 1990, pp. 10-78.

²¹ Alan Walker, "Cuidados comunitarios en el Reino Unido", in Observatorio de Personas Mayores, *Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf,S.A., 2001.

²² Cf. Irene Enna, *Autonomia Personal Y Ayuda a Domicílio*, Zaragoza, Intress, Ed. 1993; Svein Olav Daatland, La protección social a las personas mayores en los países nórdicos, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf,S.A, 2001; Stina Johansson; Peter Moss (edt), *Work with Elderly People, A Case Study of Sweden, Spain and England with Additional Material From Hungary*, WP 9, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London, 2004; Helena Sotelo, Principales tendencias en el ámbito de los servicios sociales en algunos países europeos, working paper, apresentado nas IV jornadas del seminário de intervenção y políticas sociales perfeccionamiento de los servicios sociales en relacion com la dependência, Madrid, 2005; Alan Walter, Cuidados comunitarios en el Reino Unido, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf, S.A. 2001.

²³ Cf. Sotelo, op. cit.; Daatland, op. cit.; Johansson e Moss op. cit. e Walker, op. cit.

²⁴ Cf. Daatland, op. cit.; N.Y Shuijt y Lucassen e C.P.M knipscheer, La protección social para las personas mayores dependientes en los países Bajos, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf,S.A. 2001; Walker, op. cit.

²⁵ Cf. Ena, op. cit; Daatland, op. cit; Jean-Louis Sánchez, Protección social a las personas mayores en Francia. Retos y Perspectivas, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf,S.A. Sotelo, op. cit; Walker, op. cit.

²⁶ Cf. Ena,op. cit; Daatland, op. cit; Adalbert Evert, El nuevo programa de seguro para cuidados de longa duración en Alemania, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf,S.A. 2001; Kai Leichsenring, El sistema austriaco de protección social para las personas necesitadas de cuidados, in *Observatorio de Personas Mayores, Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*, reimpressão da 1ª ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO, Madrid, Artegraf, S.A.2001; Walker, op. cit. 2001.

²⁷ Cf. Ena, op. cit.; Daatland, op. cit; Johansson e Moss, op. cit.; Walker, op. cit.

²⁸ Cf. Ena, op. cit; Daatland, op. cit.; Walker, op. cit.

²⁹ Cf. AAVV, Portugal 1995-2000, *Perspectivas da Evolução Social*, Lisboa, Depp/Mts/Celta Editora, 2002.

³⁰Ministério do Trabalho e da Solidariedade, *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos*, Lisboa, DEPP, 2000.

³¹ Ibidem, pp. 270-281.

³² No despacho nº 62/99 – DR, nº 264 de 12/11/99, são estabelecidas as condições a que devem obedecer as instalações e o funcionamento do SAD. Identifica os objectivos: contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária, e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

³³ Moss e Cameron, op. cit. P. 5.

³⁴ Kröger, op. cit., p. 4.

³⁵ União Europeia