

Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus

Care policy models in the elderly in Portugal and in other European Countries

Maria Irene Lopes B. de Carvalho

RESUMO: Este texto tem como objetivo identificar padrões de política de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus. Tenta construir padrões nessa área da política, a partir de modelos de Estado providência, já testados anteriormente. Situa nessas estruturas a importância das orientações recentes da União Europeia.

Palavras-chave: Política; Cuidados; Velhice; União Europeia.

ABSTRACT: *This paper aims to identify patterns of care in old age policy in Portugal and some European countries. Attempts to build standards in this area of policy from the welfare state models have been tested previously. Reveals the importance of structuring these recent guidelines in the European Union.*

Keywords: *Politics; Care; Old age; European Union.*

Introdução

A política de cuidados na velhice está relacionada com a “questão social” das pessoas idosas, para a qual concorrem as alterações sociodemográficas, as transformações na estrutura e dinâmica familiar, a individualização das relações sociais, centradas na autonomia e na independência.

Estas alterações proporcionaram uma “desproteção” a este grupo social associada a outros riscos, designadamente à maior probabilidade de doenças crônicas e incapacitantes, à necessidade de cuidados de terceiros, 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.

É nesta linha de análise que se questiona o modo como a política social de cuidados responde às necessidades das pessoas idosas e dos familiares cuidadores.

As orientações dessa política nestes últimos anos têm-se centrado, em Portugal, nos cuidados integrados e articulados entre a segurança social e a saúde, com os programas de cuidados continuados (Despacho-Conjunto n.º 407/98 de 15 de maio, posteriormente com o Decreto de Lei 281/2003) e de apoio integrado a idosos, o PAII (Despacho Conjunto n.º 259) e com a nova lei n.º 101 (Despacho do Conselho de Ministros, de 16 de março de 2006) que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI).

O texto inicia com uma reflexão sobre a noção de cuidados e a sua conceptualização no âmbito da política pública, e prossegue analisando a sua especificidade na velhice, definindo áreas, beneficiários, modos de atuação e atores responsáveis, concluindo com a identificação de alguns padrões-tipo desta política em alguns países europeus, com especial ênfase em Portugal.

1. Os “cuidados” e a sua conceptualização no âmbito da política

A palavra “cuidado” tem vários significados. Etimologicamente “cuidado”¹ difere consoante o país em que a palavra é utilizada. Esta palavra está associada ao verbo “cuidar”² e tem um significado especial nas línguas latinas, remetendo para a ideia de “atenção e olhar ao outro” (Guilligan, 1997), implicando a concretização de um processo de “prestar e de receber cuidados”. O “cuidar” esteve durante muito tempo associado ao cuidado informal efetuado dentro do grupo família, relacionado com o “*self care*”, com o “dar e receber”, acarretando a ideia de reciprocidade (Mauss, 2001), proteção e apoio, bem como sentido de responsabilidade.

Dar e receber cuidados remete para uma determinada necessidade que envolve um processo de socialização, prevenção e proteção dos riscos e de promoção da autonomia e independência. Nesta linha de análise, essa palavra está associada aos cuidados prestados pelas mulheres e recebidos por crianças, jovens, esposos e/ou pessoas idosas, no espaço privado – a casa. Esta atividade, associada ao trabalho feminino foi objeto 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 mulheres (Daly e Lewis, 2000), colocando em evidência o trabalho “doméstico” como parte integrante da produção econômica e da política social, no sentido de reivindicar igualdade e partilha dessas tarefas entre homens e mulheres na esfera privada e a integração dessa atividade na divisão social do trabalho.

No âmbito da política social, os cuidados estiveram associados tradicionalmente ao cuidado formal (Moss & Cameron, 2001), existindo uma diferenciação entre os cuidados formais e informais (Kröger, 2001).

¹ 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 afeto. É utilizado também como adjetivo, designando: imaginado, meditado, presumido, pensado e refletido. Estes significados explicam o cuidado como uma ação junto dos outros, no sentido de precaução ou prevenção e, simultaneamente, de uma forma pensada, refletida e racional.

² O verbo cuidar significa precisamente tratar, vigiar, trabalhar, reparar...

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*”³. Na atualidade, esta forma de organizar os cuidados, ainda que com variantes, tem sido perseguida em outros países europeus na área das pessoas idosas dependentes, enfatizando a articulação e integração de cuidados.

Atualmente, a conceptualização da política de cuidados deve integrar as dimensões social, econômica e política, implicando um processo de assistência a pessoas adultas idosas e/ou deficientes nas atividades 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 (Daly & Lewis, 2000; Kröger, 2001; Johansson e Moss, 2004). É uma atividade que envolve relações afetivas, implicando a prestação de cuidados físicos e emocionais, efetuados através de normas e quadros sociais dos que recebem e prestam cuidados (Daly & Lewis, 2000). Este é um conceito complexo e integra múltiplas interações 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.

³ A noção de *community care* está associada à organização dos cuidados no Reino Unido. Atualmente, 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 objetivo prestar uma diversidade de cuidados às crianças, mães com filhos pequenos, apoio na maternidade, pessoas com deficiência e pessoas idosas, em 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. Em outros 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.

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 e incluem tarefas de caráter social, pedagógico e de saúde, prestadas por profissionais, assim como serviços prestados informalmente por familiares, amigos e voluntários.

2. A política de cuidados na velhice

Organismos internacionais como a ONU – Organização das Nações Unidas, o Conselho e a Comissão Europeias, o Eurostat e a OCDE definem pessoas idosas⁴ 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 categoria social. A palavra idoso constitui atualmente 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 idosas (Peixoto, 1998). 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 nucleização e a generalização da atividade profissional feminina paga, exigem a construção de políticas de cuidados atentas às “novas” necessidades, 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 AVD⁵ e AIVD⁶ na área social e da saúde, prestado por entidades lucrativas ou não lucrativas que organizam os cuidados,

⁴ 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 ativa (dos 15 aos 64).

- Índice de longevidade:

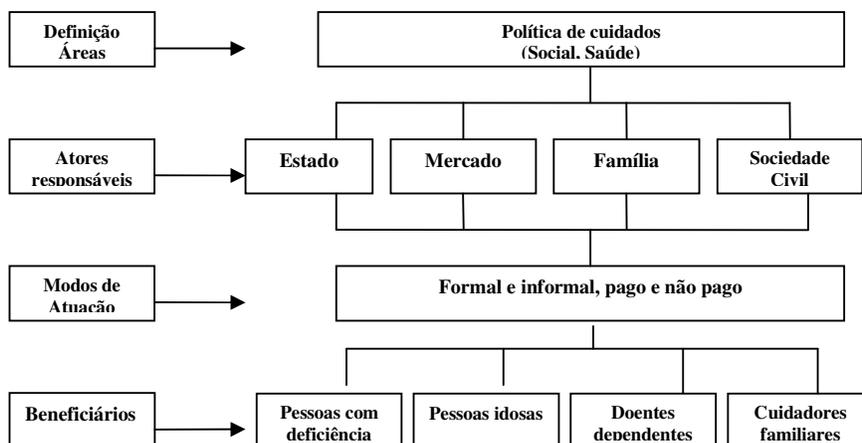
* Relação da população de 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos

⁵ Atividades da Vida Diária.

⁶ Atividades Instrumentais da Vida Diária.

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 atuação 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 psicológico, o psicossocial e o Serviço Social, remetendo para a satisfação das necessidades fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal, mas também 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 ações conjuntas pró-ativas. Estas ações articuladas devem ser da responsabilidade de todos os atores sociais, tais como os *policy makers*, as organizações da sociedade civil, a família e também o mercado, numa perspectiva de *Welfare Mix* (Ferrera *et al.*, 2000; Esping-Andersen, 2000).

A conceptualização da política de cuidados na atualidade 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 desenvolvem 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 efetuados por empregadas domésticas do mercado de serviços pessoais.

Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários que 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” efetuado dentro da família. Em alguns países, como o Reino Unido, existem alguns programas que visam a 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: entre cuidados e cuidadores

O modo como as dimensões, implícitas no conceito de cuidados, interagem entre si e se posicionam, 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 efetuou um esforço para a promoção e efetivação desta área da política, financiando projetos de investigação neste campo, no sentido de melhorar os serviços, responder às necessidades das pessoas idosas e das famílias e tornar os sistemas de proteção economicamente sustentáveis. A análise exploratória a alguns desses estudos permite-nos compreender que, apesar de existirem vários modelos de proteção social do estado já validados internacionalmente⁷, a política de cuidados às pessoas idosas apresenta configurações distintas. (Figura II).

⁷ Um dos primeiros estudos comparativos dos sistemas de proteção social foi efetuado por Esping-Andersen (1990). Contudo, seu trabalho deixa de fora esta área da política. Posteriormente, autores como Ferrera e outros debruçaram-se sobre a especificidade da proteção na UE.

Figura II – Padrões da política de cuidados

Modelos de Estado	Países	Padrões da Política Pública de Cuidados	Orientações da política de cuidados Características fundamentais
Liberal	Reino Unido Irlanda	Cuidados alargados neoliberalistas	Seletivo (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 públicos	Sistemas de segurança social descentralizados Focam-se na dependência, solidão e isolamento A família é legalmente responsável pelos cuidados
	Alemanha Áustria	Cuidados seletivos 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

A análise, realizada por Enna (1993); Daatland (2001); Esping-Andersen (1990); Evert (2001); Ferrera *et al.* (2000); Johansson Moss (ed.) (2004); Leichsenring (2001); Sanchez (2001); Shuijt e Knipschee (2001); Sotelo (2005); Walter (2001), permite-nos avançar com alguns padrões de política nesta área. O primeiro é característico de países como a Inglaterra e Irlanda, e está associado ao modelo de proteção social liberal. Estes países desenvolvem cuidados alargados neoliberalistas, integrados e articulados e de cariz comunitário e não são exclusivos para as pessoas idosas. Abrangem 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 setor privado lucrativo, com os quais as autarquias, predominantemente, contratualizam os serviços. Os serviços prestados na área das

peças idosas são articulados (saúde e social), integram vários níveis de cuidados (preventivos, curativos, reabilitação e paliativos), podem ser prestados em equipamentos sociais ou no domicílio, e centram-se na autonomia e independência.

O cidadão tem direito a escolher o serviço que melhor satisfaz as suas necessidades, podendo optar por cuidados prestados em equipamentos sociais ou no seu domicílio. As orientações da política direcionam-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 afetivo. 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 afetivos e menos efetivos.

O segundo modelo de proteção social, o escandinavo, tem características universalistas, e o padrão de política de cuidados às pessoas idosas é universalista e alargado. O primeiro é característico de países como a Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia. Os cuidados são da responsabilidade do Estado, organizados pelas autoridades locais, condados e prestados pelas municipalidades. 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, 44 % pelos familiares e 15 % têm cuidados em nível privado, em que podem ser empregadas domésticas ou agências privadas de prestação de cuidados.

Existem outras formas de organizar a política de cuidados, igualmente alargadas, mas baseadas em seguros sociais, prosseguidas em outros países como a Holanda e o Luxemburgo. Estes países organizam os cuidados com base em seguros públicos e privados, denominados de “seguro da dependência”, que financiam e determinam o tipo de cuidados e âmbito de atuação das agências sociais que prestam cuidados. Estas podem ser privadas ou públicas, lucrativas ou não lucrativas. Existem duas classes de cuidados, de saúde e sociais, assim como vários tipos de serviços para as pessoas idosas,

desenvolvidos em *nursing homes*, residências assistidas para doentes crônicos e doentes em recuperação, cuidados paliativos. Incluem também o apoio para descanso familiar e os cuidados no domicílio. Contudo, os cuidados de saúde e os cuidados sociais só se articulam quando necessário. As municipalidades são responsáveis pela coordenação dos serviços e pela contratação dos cuidados prestados por agências especializadas. No âmbito do seguro da dependência ou do serviço público de segurança social, a política pode ser concretizada por meio da prestação do serviço, ou por meio de transferências financeiras diretamente à pessoa cuidadora, seja familiar ou do setor 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, por meio de seguros sociais obrigatórios, sendo um mix entre o público e o privado.

No modelo de proteção social conservador, identificam-se dois padrões de organização da política de cuidados: os cuidados semi-alargados do sistema público de segurança social identificados em países como a França e a Bélgica e os cuidados seletivos 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 social. A avaliação das necessidades das pessoas idosas é efetuada 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. Na França, existe uma lei da dependência que define os direitos das pessoas nessas circunstâncias, 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 é o conservador e reporta-se à Áustria e Alemanha. Nestes países, a proteção social organiza-se através dos seguros sociais obrigatórios e os cuidados às pessoas idosas podem ser caracterizados como seletivos. Isto significa que o estado só intervém quando as instâncias inferiores não respondem às necessidades das pessoas idosas. A

concretização dos cuidados é efetuada 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 em nível afetivo, 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 proteção 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 social e o segundo associado à Grécia e Portugal, com cuidados deficitários. No primeiro, os cuidados são organizados 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 tal é associado à indisponibilidade familiar. Neste padrão da política de cuidados, a família tem responsabilidade na prestação de cuidados, estando os serviços direcionados para as pessoas isoladas e sem família. Os serviços estão desigualmente desenvolvidos consoante as regiões. Por exemplo, na 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 arquitetónicas, 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 atuação, o governo central espanhol criou em 2006 uma lei da dependência para as pessoas idosas no sentido de melhorar a

política nesta área.

Em Portugal, como na Grécia, a maioria dos cuidados é prestada no âmbito familiar, sendo a política pública deficitária comparativamente a outros países europeus, apesar de, na atualidade, a política pública na área dos cuidados ter tido um aumento substancial, quer no número de serviços quer no número de pessoas abrangidas (AAVV, 2002). 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 rol de pessoas abrangidas pelos cuidados formais é mínimo, sendo a família a principal prestadora de cuidados.

A política de cuidados para pessoas idosas tem tomado forma em Portugal 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 setor não lucrativo. Tem sido efetuado um esforço para a criação de serviços e políticas ativas 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 Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000) revela-nos que os equipamentos e serviços aumentaram e, conseqüentemente, o número de pessoas abrangidas. Por exemplo: é no distrito de Lisboa (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000: 270-81) 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. Esta incapacidade de resposta das estruturas sociais e comunitárias leva a que a maioria das pessoas idosas faça 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...

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 que necessitam 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, efetuados por profissionais pagos ou não pagos, incluindo os cuidadores familiares, e ser da responsabilidade do Estado, da sociedade civil, do mercado e da família. Atualmente, existe uma diversidade de respostas sociais propiciadoras de cuidados às pessoas na condição de velhice, organizados em valências, como: centros-dia, centros de convívio, apoio domiciliário⁸, lares residenciais e residências temporárias. Estas respostas organizadas prestam cuidados, satisfazendo às 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 cuidados (Moss e Cameron, 2001), 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 em outros padrões de política associados à seletividade 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 a que os cuidados alargados sejam neoliberais, universalistas ou mistos. Nesta última, são valorizadas as políticas ativas, da qual participem todos os intervenientes de igual modo, potenciando uma articulação entre o Estado e a família, no sentido de emancipar esta última (Kröger, 2001).

A União Europeia tem-se revelado preocupada com esta questão, tendo elaborado algumas diretivas para que os países invistam e organizem a política de cuidados. As suas orientações neste domínio vão no sentido de: proporcionar um alto nível de proteção nesta área; construir serviços complementares; incluir as pessoas utilizadoras no processo de decisão relativamente aos cuidados de que necessitam; melhorar a qualidade dos serviços de acordo com as necessidades das pessoas; investir

⁸ No despacho n.º 62/99 – DR, n.º 264 de 12/11/99, são estabelecidas as condições a que devem obedecer as instalações e o funcionamento do SAD. Identifica os objetivos: 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 atividades da vida diária, e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

na formação profissional e apoiar o cuidador familiar, por meio da criação de serviços que valorizem os serviços prestados no contexto familiar; promover a igualdade de gênero e a conciliação entre o trabalho doméstico e os cuidados às pessoas dependentes com o trabalho profissional.

Referências

AAVV, Portugal 1995-2000 (2002). *Perspectivas da Evolução Social*, Lisboa: Depp/Mts/Celta.

Daatland, Svein Olav (2001). 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.

Daly, Mary, e Lewis, Jane (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. In: *British Journal of Sociology*, 51 (2).

Decreto de Lei 281/2003, de 8 de novembro, que cria a rede de cuidados continuados de saúde.

Despacho n.º 62/99 – Diário da República, n.º 264, de 12/11/99.

Despacho Conjunto – n.º 407/98 de 15 de maio.

Despacho Conjunto n.º 259/1997, Criação do Programa de Apoio a Integrado a Idosos, In: 1997.

Despacho do Conselho de Ministros de 16 de março de 2006 – cria a rede de cuidados continuados integrados – lei n.º 101/2006.

Enna, Irene (1993). *Autonomia Personal Y Ayuda a Domicílio*. Zaragoza: Intress.

Esping-Andersen, Gøsta (2000). Um estado providência para o século XXI”. In: Robert Boyer *et al.* (org.). *Para uma Europa da Inovação e do Conhecimento*. Oeiras: Celta.

Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press, Cap. 1, 2, 3.

Evert, Adalbert (2001). 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.

Ferrera, Maurizio *et al.* (2000). *O Futuro da Europa Social*. Oeiras: Celta.

Guilligan, Carol (1997). A different voice, women’s conceptions of self and of morality. In: *Feminist Social Thought a Reader*, ed. Diana Tietjens Meyers, London.

Johansson, Stina, e Moss, Peter (eds.) (2004). *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.

Kröger, Teppo (2001). Comparative research on social care the state of the art. *Soccare*

Project report 1, Brussels: European Commission.

Leichsenring, Kai (2001). 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.

Mauss, Marcel (2001). *Ensaio Sobre a Dádiva*. Lisboa.

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

Moss, P., & Cameron, C. (2001). *Care Work, National Report, United Kingdom*, WP 3, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London.

Moss P., & Cameron C. (2002). *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.)

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

Sánchez, Jean-Louis (2001). 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.

Shuijt y Lucassen, N.Y. & Knipscheer, C.P.M (2001). 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.

Sotelo, Helena (2005). 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.

Walter, Alan (2001). 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.

Recebido em: 15/10/2009

Aceito em: 14/11/2009

Maria Irene Lopes B. de Carvalho - Assistente Social, docente da Licenciatura em Serviço Social da ULHT. Doutoranda em Serviço Social no ISCTE.

E-mail: mariacarvalho21@hotmail.com.