

Apêndice III

A política de cuidados em vários países da Europa

Reino Unido 1	
País	O Reino Unido tem cerca de 59 milhões de habitantes, dos quais 12 milhões de pessoas têm 60 e mais anos e 1,1 milhões têm 85 e mais anos (Nolan et al, 2004:9)
População e percentagem de pessoas idosas	A religião professada é predominantemente anglicana.
A religião professada	O sistema político é de tipo parlamentarista, sendo um dos mais antigos do mundo, e a sua organização é descentralizada pelas “ <i>Local Authorities</i> ”. Estas podem ser condados ou autoridades metropolitanas, as quais têm as mesmas competências em termos de serviços sociais (Sotelo, 2005). Complementarmente a estas entidades, existem os distritos de saúde, os quais nem sempre coincidem com a divisão das municipalidades.
Sistema político e a sua forma organizativa	A taxa de emprego feminino ¹ .
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado competitivo e é uma das economias mais fortes da Europa, centrada nos serviços. Em 2001 o governo gastava 9,98% do PIB com estas áreas, sendo que 4,1 % correspondiam a pensões, 5,51% à saúde e 1,35 % aos serviços sociais (Nolan et al, 2004:68).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	Este país foi pioneiro na assunção da responsabilidade por parte do estado na construção de um sistema de segurança social e de saúde públicos, em meados do séc. XX, quer através de transferências financeiras em forma de pensões de velhice, invalidez e morte quer de serviços de proximidade denominados de <i>community care</i> , tendo contudo sofrido alterações a partir da década de 70. A protecção na velhice é assegurada por um seguro de pensões, através do regime ocupacional ou do regime estatal, isto é, não contributivo. Os pensionistas com baixo rendimento de pensão recebem um suporte para aumentar o rendimento, o <i>means tested support</i> (Cousins, 2005: 152).
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente aos cuidados podemos identificar três fases: antes de 1950; de 1950 a 1970; de 1979 a 1993 e de 1997 à actualidade. Na primeira, a política de cuidados aos mais velhos era remetida para a família e, em caso da sua inexistência, para a institucionalização. A atenção aos mais velhos deu-se a seguir à segunda guerra mundial, sobretudo com o incremento da ajuda no domicílio de cariz voluntário (Johansson & Moss, 2004: 18). Esta foi sendo progressivamente substituída pelos cuidados formais, principalmente devido à diminuição da ajuda voluntária e ao aumento do número de pessoas a necessitar de cuidados. Esta intervenção foi assumida pelas “ <i>local authorities</i> ” tendo sido desenvolvido na década de 60 o protótipo do “ <i>Community Care</i> ”. Contudo, este privilegiava mais a área das crianças e jovens do que os mais velhos, sendo-lhe remetidas as profissões menos qualificadas (Johansson & Moss, 2004: 19-21; Walker, 2001) Esta forma de suporte expandiu-se na década de 70 até ao governo de Thatcher. A partir daí ocorreu uma grande transformação na política, que passou a ser virada para a desinstitucionalização e centrada nos cuidados no domicílio. Esta ideia foi concretizada sob um discurso conservador que privatizou os suportes residenciais e domiciliários. O estado subconvencionou os serviços, sendo estes pagos só em caso de incapacidade financeira do utilizador. Esta viragem aumentou ainda mais as despesas com os cuidados, acompanhadas do seu crescimento no âmbito privado (Johansson & Moss, 2004: 22). Em 1993 entrou em vigor uma nova lei, a “ <i>social service act</i> ”, que reformulou os serviços comunitários. Esta foi organizada em quatro componentes:
Evolução desses suportes	

¹ Faltam dados sobre este assunto

	<p>serviços que respondam com flexibilidade e sustentabilidade às necessidades das pessoas e seus cuidadores; serviços que não intervenham mais do o necessário para fomentar a independência; que permitam uma variedade de opções e que tenham em conta as necessidades dos utilizadores (Walker, 2001). Actualmente o estado tem a responsabilidade de regulação dos suportes, que divide entre as “<i>local authorities</i>” e os serviços de saúde. As “<i>local authorities</i>” têm como função a supervisão das agências privadas, avaliar as necessidades dos utilizadores e efectuar um plano e concretizá-lo através dos suportes nos privados, sejam lucrativos ou não lucrativos (Johansson & Moss, 2004:22). Nestes, existe uma equipa de profissionais, as “<i>community care teams</i>”, que estão distribuídos por zonas/bairros e avaliam as necessidades das pessoas idosas e das famílias elaborando um plano de prestação de cuidados (Sotelo, 2005). Os cuidados prestados pelas agências privadas, quer lucrativas quer não lucrativas, centram-se no interesse da pessoa idosa dependente e da sua família enquanto cuidadora, existindo por vezes uma descoordenação e disputas entre os profissionais do sector da saúde e os das autarquias (Nolan et al., 2004), constituindo um obstáculo ao desenvolvimento dos cuidados.</p> <p>Além dos suportes às pessoas idosas também existem suportes para as famílias cuidadoras. Às famílias cuidadoras é prestado aconselhamento, apoio emocional, férias e descanso, ajuda financeira e ajuda para prestar cuidados instrumentais e expressivos. Além destes suportes sociais, que estão inscritos na lei dos <i>community care</i>, foi introduzida em 1999 uma prestação financeira para apoiar o cuidador denominada de “<i>Cash for Care</i>” (Nolan et al, 2004:37).</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>É das autarquias por um lado e das agências privadas por outro. O sistema tende a integrar todos os responsáveis, as organizações envolvidas, os profissionais, os utilizadores e as suas famílias (Nolan et al., 2004: 27), no sentido da partilha de benefícios, ainda que pareça existir um claro predomínio das organizações de saúde e dos profissionais na concretização dos suportes.</p> <p>O financiamento dos suportes é efectuado a partir dos impostos locais, dos impostos centrais e da participação dos utilizadores (Sotelo, 2005; Nolan et al., 2004). As municipalidades efectuam uma avaliação das possibilidades económicas das pessoas e remetem, se for o caso, para os cuidados prestados por entidades lucrativas ou não lucrativas. Estes suportes comunitários funcionam em estreita ligação com estas entidades, sendo financiadas pelo suporte que prestam.</p>
Tipo de suportes existentes	<p>Os cuidados podem ser prestados em residências, de curta, média ou longa duração ou no domicílio, consoante as necessidades das pessoas (Nolan et al., 2004:10). Os suportes comunitários domiciliários prestam serviços práticos a nível das actividades da vida diária, gestão financeira, cuidados pessoais, higiene e alimentação e acompanhamento social e cultural, telealarne, adaptações no domicílio, entre outros.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>As orientações recentes da política reconhecem que os suportes não servem apenas a promoção da autonomia e independência das pessoas, mas estão igualmente inscritos numa base de interdependência entre os que recebem e os que prestam cuidados (Nolan et al., 2004:11). Por isso, os suportes dirigem-se quer às pessoas idosas e dependentes quer às famílias cuidadoras.</p> <p>A ideia de promoção da independência em casa levou à criação de cuidados intermédios de reabilitação de doentes provenientes dos hospitais. Os cuidados intermédios foram criados para reduzir as despesas com a saúde e, sobretudo, para diminuir as readmissões nos hospitais e reduzir os cuidados residenciais de longo termo (Nolan et al., 2004:40).</p>

Taxa de cobertura	<p>A política de cuidados no Reino Unido está largamente consolidada (Walker, 2001). A taxa de cobertura dos cuidados domiciliários era em 2001 de 8,4% de pessoas com 65 e mais anos, e 5% com cuidados residenciais. Destes, 19% têm 85 e mais anos. Esses cuidados são prestados predominantemente a pessoas idosas dependentes e/ou com deficiência (Escobedo et al., 2002: 29).</p>
Papel da família na concretização dos suportes	<p>A família no Reino Unido prossegue valores que promovem a autonomia individual dos seus membros, e não existe nenhuma lei que a obrigue a prestar cuidados. Em vez disso, a lei inclui a família cuidadora como sujeito dos cuidados (lei do <i>community care</i> de 1990). Apesar disso, a família é a principal cuidadora das pessoas idosas e dependentes. Uma em cada 6 pessoas com mais de 16 anos presta cuidados, destas dois terços são mulheres com claro predomínio para as esposas e filhas (Nolan et al, 2004:9). A idade predominante dos cuidadores é de 35 a 64 anos e o rendimento varia consoante a pessoa seja doméstica, desempregada ou empregada. Os cuidados prestados variam, podendo ser a nível da supervisão e de prestação de cuidados instrumentais e/ou afectivos e relacionais.</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Contudo, apesar de o sistema de cuidados estar totalmente desenvolvido, é necessário melhorar a coordenação dos suportes na área da saúde e do social, construindo uma estratégia de cuidados mais compreensiva (Nolan et al., 2004:10) que prossiga padrões de qualidade e a eficiência dos serviços, integrando a defesa dos direitos dos utilizadores. Nestes últimos anos, foram criados departamentos a nível central para esse efeito (Johansson & Moss, 2004), centralizando assim algumas decisões nesta área. Contudo, esta ideia não é bem vista porque limita o direito individual e coloca a questão do aumento da responsabilidade do estado face à questão das pessoas idosas e dependentes e, como consequência, diminui a responsabilidade das famílias na prestação de cuidados aos seus familiares (Walker, 2001). O autor identifica um estudo efectuado no Reino Unido que demonstra que as famílias só recorrem aos serviços em última instância, quando estas não têm uma resposta eficaz para os problemas relativos ao trabalho de cuidar nem para as mudanças familiares. Quer dizer que se o estado quiser que as famílias continuem a prestar cuidados, estas têm de ser mais apoiadas (Walker, 2001:290). Não é fácil integrar os sectores da saúde e sociais a nível dos suportes comunitários, devido à dificuldade, por um lado, de coordenação e planificação e, por outro, devido ao domínio expresso dos prestadores em relação aos utilizadores, com clara prevalência para as profissões médicas (Walker, 2001). Isso é mais visível no caso de pacientes provenientes dos hospitais, onde a pessoa idosa e dependente não tem grandes opções de escolha. Relativamente aos suportes às famílias cuidadoras ainda há muito a fazer, já que nem todas as famílias têm facilidades de acesso aos mesmos, quer devido à falta de informação quer à existência de listas de espera.</p>

País	Dinamarca 2
População e percentagem de pessoas idosas	A Dinamarca tinha cerca de 5,320,1 milhões de pessoas em 2000. A tendência futura é para que este valor se mantenha estável, com uma ligeira diminuição da população até 2050. Nesta data, a população dinamarquesa será de 5,080,1 milhões de pessoas. A percentagem de pessoas com 65 e mais anos é de 23,8% face ao total da população.
A religião professada	A religião professada pelos dinamarqueses é a Luterana
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista, descentralizado pelas regiões e municipalidades. O estado de bem-estar dinamarquês orienta-se para o universalismo impondo uma provisão individual. O governo central tem a responsabilidade de criar medidas legislativas nas áreas da saúde e do social e de redistribuição dos rendimentos pelas regiões e municipalidades e pelas pessoas idosas sob a forma de pensões e complementos (Lesson, 2004: 29). Existem 14 regiões/condados que são responsáveis pelos serviços de saúde, incluindo hospitais e especialidades médicas. Existem 275 municipalidades que são responsáveis pela prestação de cuidados sociais a nível local (Alber, 1995: 143). Os mecanismos eleitorais são a principal forma de participação social e de regulação entre o público e o privado, e por isso as autoridades têm muita atenção aos interesses dos consumidores. Como as pessoas idosas actualmente tendem a ser um grupo crescente, estas conseguem, através dessa via, que os seus interesses sejam tidos em conta (Alber, 1995: 143).
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado competitivo e centrado nos serviços. A taxa de emprego feminino é elevada, com cerca 74,5%, e o emprego masculino é de 81,2% (Lesson, 2004:24). O trabalho feminino é predominantemente a tempo integral, pelo que a maioria das mulheres trabalha 37 horas por semana
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de 15% do PIB (Lesson, 2004:59). Desses, cerca de 67% são gastos com pensões e complementos e os restantes na área dos cuidados, quer nas residências quer nos suportes domiciliários. Os cuidados sociais prestados pelas municipalidades são gratuitos, mas os cuidados de saúde prestados pelas regiões/condados não são.
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, a Dinamarca foi também um dos primeiros países da Europa a assumir a responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção público desde 1891. Contudo, a universalidade do sistema só foi possível no pós-segunda guerra mundial. O suporte faz-se essencialmente através de serviços, incluindo obviamente as transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte. Estas estão disponíveis para as pessoas com mais de 67 anos, podendo ser reduzidas para os 65 anos a partir de uma análise aos anos de residência na Dinamarca e aos anos de contribuição para o sistema.

Evolução desses suportes	<p>Neste país, os cuidados às pessoas idosas ficaram definidos logo após a segunda guerra mundial centrando-se nos cuidados comunitários, ainda que a resposta fosse predominantemente a institucionalização (Daatland, 2001). Estes ficaram a cargo das municipalidades e a ideia principal era a prevenção e a manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas. Desde 1988 que as políticas se centram no desenvolvimento de suportes complementares entre as residências e o domicílio. Promoveu-se a reconfiguração das residências e a sua adequação às necessidades das pessoas, constituindo-se em várias modalidades, como <i>nursing homes</i>, casas de acolhimento e apartamentos protegidos, sobretudo para pessoas com demência.</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>Os suportes sociais são da responsabilidade das autarquias, tanto em termos de financiamento, como de organização e prestação, de acordo com o “<i>Social Services Act</i>”, cujo objectivo é melhorar a capacidade do indivíduo para ser autónomo, e o “<i>Act on general housing</i>” (Jensen & Hansen, 2002:7). Os municípios são responsáveis pelas soluções residenciais, domiciliárias, incluindo serviços de enfermagem, centros de dia, transportes (Sotelo, 2005). A supervisão dos suportes é feita pela municipalidade e pelas regiões no caso dos serviços sob o controlo da saúde, como as <i>nursing homes</i> e os apartamentos protegidos (Escobedo et al., 2002:26; Jensen & Hansen, 2002:23). Desde 1988, como já referimos, foi desenvolvida a política de desinstitucionalização, privilegiando-se a política dos cuidados em casa. O financiamento provém de duas fontes: da administração central e dos impostos locais (Sotelo, 2005).</p>
Tipo de suportes existentes	<p>Para os idosos existem “<i>social housing, services flats, sheltered homes, nursing homes</i>”, cuidados no domicílio, de saúde e sociais, centros de dia e outros (Jensen & Hansen, 2002). Ainda segundo o autor existem, complementarmente, cuidados paliativos, ajudas técnicas, visitas preventivas, apoio psiquiátrico e psicossocial, pagamento de despesas extra, companhia e outras actividades, como jardinagem, ginásio, táxi social, entre outros.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>Estes cuidados articulam as áreas, social, saúde e pedagógica na configuração dos suportes para as pessoas idosas quer em suportes do tipo residencial quer em serviços prestados no domicílio. Os suportes no domicílio e residenciais dirigem-se às pessoas idosas e dependentes, deficientes e às famílias cuidadoras e organizam-se por três níveis de prestação de cuidados: nível A: 24 horas, todos os tipos de cuidados; nível B: serviços no domicílio de saúde e de âmbito social; e nível C: suportes básicos domiciliários. Existe uma flexibilidade de acesso aos suportes, que são organizados de uma forma compreensiva, e efectuados de acordo com as necessidades e a opção das pessoas. Estes cuidados integram dimensões preventivas, de tratamento, reabilitação e manutenção e integração. A nível da prevenção, as municipalidades desenvolvem programas que incluem visitas preventivas obrigatórias a todas as pessoas com 75 e mais anos (Lesson, 2004:31). Estas medidas preventivas são de extrema importância, uma vez que permitem transmitir informação sobre direitos e modo de aceder aos mesmos, determinar as necessidades das pessoas idosas e promover a sua independência (Sotelo, 2005).</p>
Taxa de cobertura	<p>A taxa de cobertura dos suportes residenciais e domiciliários² e outros intermédios varia consoante as regiões podendo ir de 15% a 25% das pessoas com 65 e mais anos (Escobedo et al., 2002).</p>

² A taxa do *Social Housing* é de 10% para as pessoas com 65 e mais anos

Papel da família na concretização dos suportes	A família não tem um papel muito importante na prestação de cuidados efectivos, não existe legislação que obrigue os membros da família a prestar cuidados aos seus membros dependentes. Estas prosseguem valores implícitos na autonomia individual dos seus membros. Contudo, também na Dinamarca, são sobretudo as mulheres que têm um papel muito importante na concretização das actividades da vida diária. As esposas são a maioria dos cuidadores, já que os filhos raramente vivem em casa dos pais, mas a maioria das filhas e/ou noras que cuidam vivem nas redondezas. Os familiares que querem participar nos cuidados constituem-se como um suplemento aos suportes. Estes formam redes que combinam suportes formais e informais e são determinantes para aumentar a qualidade de vida (Lesson, 2004:12). Estas redes focam-se em cuidados sociais, emocionais e relacionais, sobretudo para as pessoas idosas e dependentes que têm suportes formais em casa. Estes cuidados prestados pela família fazem parte do plano de cuidados estabelecido pela municipalidade e supervisionado e financiado pela mesma.
Fragilidade Potencialidades	Alguns dos problemas identificados prendem-se com a diminuição do número de funcionários das municipalidades e o aumento do número de pessoas a necessitar de cuidados, o que faz com que as horas de disponibilidade do suporte diminuam, assim como a qualidade do mesmo. No sector dos cuidados de longo termo existe lista de espera e a expectativa é que as políticas tenham mais atenção às pessoas com demência e com as questões do abuso e negligência.

Finlândia 3	
Pais	Outro país associado ao padrão de cuidados totalmente desenvolvidos e universalista é a Finlândia. Em 2000 tinha cerca de 5,171,8 milhões de pessoas, existindo uma tendência de diminuição da população até 2050. Nesta data, a população será de 4,692,9 milhões de pessoas, sendo que 17% corresponderão a pessoas com 65 e mais anos.
A religião professada	A religião professada pelos finlandeses é a Luterana.
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista, e a sua organização é descentralizada pelas regiões e municipalidades. A sociedade Finlandesa está organizada, tendo como referência o modelo de bem-estar universalista e os direitos humanos constituem a base para a sua concretização. O objectivo dos suportes financeiros e sociais prosseguidos por este modelo é a promoção do bem-estar, a autonomia e padrões de vida com qualidade. A organização administrativa

	tem no governo central tem um papel fundamental na construção de legislação e transferências financeiras para as áreas sociais. Os cuidados são desenvolvidos, geridos e prestados pelas municipalidades
Emprego feminino e a sua evolução	O país tem um mercado competitivo e centrado nos serviços e a taxa de emprego feminino é de ³ .
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social e da saúde foi em 2000 de 25,% do PIB. Esta incluiu as despesas com pensões e com cuidados de saúde e sociais (Parkatti & Eskola, 2004: 42).
Modo de organizar a proteção social na velhice	A Finlândia assumiu a responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de proteção público abrangente e universalista no pós-segunda guerra mundial. O suporte faz-se essencialmente através de serviços, incluindo transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte. O acesso à reforma faz-se a partir dos 59 anos, sendo organizado através do sistema de segurança social, com um regime contributivo e não contributivo.
Evolução desses suportes	Relativamente aos suportes para as pessoas idosas, estes são organizados por um serviço central, que orienta e supervisiona os municípios e as tarefas de prestação dos suportes sociais (Sotelo, 2005). Estes suportes foram reorganizados em 1990, decorrente da grande crise financeira que assolou a Finlândia. Neste contexto, privilegiou-se a prestação de cuidados no domicílio em detrimento das residências, resposta favorecida até essa data (Parkatti & Eskola, 2004:8). Existe um critério de idade para o acesso aos cuidados residenciais que foi estipulado em 75 anos (Parkatti & Eskola, 2004:10).
Responsabilidade pela sua concretização	Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das autarquias, tanto em termos de financiamento como de organização e prestação, são integrados a nível social e da saúde e abrangem múltiplas áreas e múltiplos serviços para as pessoas idosas, quer em suporte tipo residências quer em serviços prestados no domicílio.
Tipo de suportes existentes	O tipo de suportes existentes a nível social e da saúde são flexíveis e multifacetados para dar respostas a múltiplas necessidades (Parkatti & Eskola, 2004:9). Estes são integrados e incluem apoio domiciliário, lares, apartamentos protegidos, centros de dia e de noite, transportes e suportes financeiros para os cuidadores, entre outros.
Modo como se articulam e/ou completam	As municipalidades desenvolvem vários suportes para as pessoas idosas, tanto em termos de residências de longo termo e curto termo, assim como apartamentos protegidos ou em suportes no domicílio. Estes suportes colocam a pessoa idosa em primeiro lugar e o acesso ao serviço faz-se através de uma avaliação das necessidades, que tem em conta a dependência funcional e cognitiva e não o rendimento económico ou a disponibilidade familiar. A família neste modelo é um dos parceiros dos cuidados, havendo igualmente suportes específicos para os que se propõem a cuidar dos familiares dependentes. As municipalidades prestam cuidados de saúde e sociais integrados e articulados juntamente com o suporte formal. Este é um complemento e não um substituto desses cuidados. A família constituída como cuidado informal tem direito a 2 dias de descanso por mês suportados pela municipalidade (Parkatti & Eskola, 2004:23).

³ Dados em falta

Taxa de cobertura	A taxa de cobertura dos suportes residenciais é de 8 % para as pessoas com 75 e mais anos, sendo que 5% desses são dependentes e 13 % das pessoas com mais de 75 anos têm suportes no domicílio (Parkatti & Eskola, 2004:10).
Papel da família na concretização dos suportes	Desde a reformulação dos cuidados em 1990, espera-se que as famílias tenham um papel mais importante nos cuidados. Não existe nenhuma lei que obrigue a família a ser cuidadora, mas, no entanto, as municipalidades definem o que se entende por cuidado informal no âmbito da sua política de cuidados. Os suportes dirigem-se às pessoas idosas e dependentes e às famílias cuidadoras. As pessoas podem requerer o suporte formal ou o informal. Para as famílias que optam por prestar alguns cuidados à pessoa idosa e dependente, o suporte informal tem como finalidade ajudar a família a prestar esses cuidados, como por exemplo através de formação e suportes tipo “ <i>granny sitting</i> ” para descanso, assim como grupos de auto ajuda, férias, aconselhamento e pagamento dos suportes, entre outros
Fragilidade Potencialidades	O pagamento do suporte é efectuado até 70% do custo do mesmo pela autarquia. Verifica-se que as famílias têm assumido um papel cada vez mais importante, sobretudo na prestação de serviços relativos à manutenção das actividades da vida diária. Quem presta cuidados são as esposas, as filhas e filhos e outros parentes. A maioria das pessoas idosas, cerca de 90%, vive em sua casa. Contudo, os números revelam que só 2% recebem suporte familiar mais extensivo (Parkatti & Eskola, 2004:12). Na Finlândia, as questões actuais com os cuidados aos idosos prendem-se com o aumento da procura de cuidados e com o facto de as municipalidades não conseguirem satisfazer todas as necessidades, recorrendo por isso aos sectores privados, sobretudo nas zonas urbanas. Contudo as instituições privadas são financiadas e supervisionadas pelas municipalidades na prestação dos cuidados.

Noruega 4	
Pais	
População e percentagem de pessoas idosas	Em 2000 tinha cerca de 4,469,0 milhões de habitantes e tendência é para o aumento da população até 2050, atingindo 4,880,0 milhões de pessoas. A população da Noruega é muito idosa ⁴ e estima-se que cerca de 30% das pessoas com 67 e mais anos não institucionalizada necessita de cuidados (Ingebretsen & Eriksen, 2004:8).
À religião professada	A religião professada pelos Noruegueses é a protestante.

⁴ Falta a % de pessoas idosas no total da população

Sistema político e a sua forma organizativa	<p>O sistema político é parlamentarista e o governo central tem um papel importante a nível administrativo, designadamente na regulamentação e financiamento. O nível seguinte da administração reporta-se aos <i>Countries</i> ou regiões. Estes têm, entre outras, responsabilidades na área da saúde, sobretudo a nível hospitalar e o último nível administrativo reporta-se às municipalidades. Existem cerca de 415 que gerem os serviços através de uma legislação comum – lei dos serviços sociais. Contudo, existem diferenças substantivas entre os suportes prestados pelas municipalidades, porque estas têm uma grande autonomia na organização do tipo de suportes mais adequado às necessidades da comunidade (Ingebretsen & Eriksen, 2004: 33).</p>
Emprego feminino e a sua evolução	<p>A Noruega tem um mercado competitivo e centrado nos serviços e uma taxa de emprego feminino elevada - 67% em 2000 (Ingebretsen & Eriksen, 2004:28).</p>
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	<p>A despesa do orçamento de estado na área social é de 25,8 % do PIB, dos quais 29% foram gastos com as pessoas idosas. Desses, 70% correspondem a benefícios financeiros, como pensões, subsídio e complemento e 30% a serviços de cuidados (Ingebretsen & Eriksen, 2004: 51)</p>
Modo de organizar a protecção social na velhice	<p>Relativamente à protecção na velhice, a Noruega também se apresenta como um dos países da Europa pioneiro na assunção da responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção público abrangente e universalista no pós-segunda guerra mundial. O suporte faz-se essencialmente através de serviços, incluindo também as transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte. Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das autarquias, quer em termos de financiamento como de organização e prestação, e articulam diversas áreas, como a educação, na área das crianças e jovens, maternidade e múltiplos serviços para as pessoas idosas, quer em suportes tipo residências quer em serviços prestados no domicílio.</p>
Evolução desses suportes	<p>A Noruega tem um número elevado de serviços de nível comunitário desde a segunda guerra mundial. E a maioria dos noruegueses pensa que o estado deve ser o primeiro prestador de cuidados, tendo a família um papel de suporte (Ingebretsen & Eriksen, 2004: 8).</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>As municipalidades são responsáveis pela política nacional nestas áreas, sociais e de saúde, sobretudo na prevenção primária de saúde. Existe uma obrigação nacional que é a de prestar serviços de saúde e sociais suficientes para apoiar as pessoas idosas e dependentes. Este apoio deve ser concedido preferencialmente no seu domicílio e na sua comunidade, permitindo às pessoas idosas e dependentes manterem-se o mais tempo possível no seu ambiente (Ingebretsen & Eriksen, 2004:10). Estes suportes organizam-se segundo o princípio da igualdade de acesso e equidade social.</p>
Tipo de suportes existentes	<p>Existe uma multiplicidade de suportes, como centros de dia, residências assistidas, <i>nursing homes</i>, residências temporárias e hospícios que prestam cuidados paliativos (Daatland, 2001; Ingebretsen & Eriksen, 2004:44). Nas residências existem cuidados de longa duração e intermédios Além destes suportes, existem cuidados no domicílio com serviços sociais, de enfermagem, reabilitação e formação. Os suportes residenciais são financiados pelo estado/municipalidade e pela contribuição dos residentes, que corresponde a três quartos do custo; os cuidados no domicílio seguem a mesma lógica contudo têm uma contribuição dos utilizadores inferior à das residências (Daatland, 2001). Existem também serviços de geriatria, na maioria dos casos em policlínicas, e serviços adequados a situações de demência. As associações voluntárias complementam os suportes públicos e informais com serviços diários, como ajudar a fazer compras, fazer chamadas telefónicas, entre outros, como net, jornais, transporte e actividades recreativas.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>Existe uma lei dos serviços sociais que considera que todas as pessoas que não têm capacidade de cuidar de si próprias, se encontrem doentes, deficientes, ou</p>

	<p>dependentes para as AVD devem ter suporte, assim como os familiares que prestam cuidados devem ser apoiados por isso (Ingebretsen & Eriksen, 2004:8). O desenvolvimento do plano de cuidados efectuado pelas equipas de profissionais das autarquias tem em conta a perspectiva da família e as suas necessidades, assim como os seus interesses. Estas têm não apenas suporte emocional, mas igualmente efectivo, incluindo descanso, aconselhamento e grupos e auto-ajuda. O sistema de cuidados pressupõe a articulação dos suportes formais e informais, funcionando estes últimos como complemento e não em substituição da família. A ideia é a combinação da responsabilidade pública e privada com claro domínio do sector público, porque estas organizações prestam os suportes (Daatland, 2001), mas também os financiam, quer sejam prestados por entidades não lucrativas e/ou lucrativas. Embora estas existam em menor número, a tendência actual, face à crise financeira, é a contratualização dos suportes do sector não lucrativo e não o desenvolvimento dos suportes estatais. O tipo de suportes existentes articula a área social e da saúde</p>
Taxa de cobertura	<p>A taxa de cobertura dos suportes residenciais é de 12% no grupo de pessoas com 67 e mais anos. A maioria, 7%, vive em <i>Nursing Homes</i>, seguindo-se as residências protegidas e as casas assistidas para situações de demência (Ingebretsen & Eriksen, 2004:11).</p>
Papel da família na concretização dos suportes	<p>A família na Noruega não tem obrigação legal de cuidar dos seus membros dependentes idosos, uma vez que as mesmas prosseguem valores implícitos na autonomia individual dos seus membros. Contudo, ela tem um papel muito importante na prestação de cuidados afectivos. As famílias na Noruega prestam menos cuidados instrumentais e mais expressivos. Nestes últimos anos a família tem ganho importância na articulação de suportes informais e formais, contribuindo esta forma de coordenação de serviços para a produção de altos níveis de protecção social, sobretudo nos suportes domiciliários (Ingebretsen & Eriksen, 2004:109). Nesta perspectiva, as esposas são as principais cuidadoras das pessoas idosas e dependentes em casa porque nas instituições isso não acontece. Os suportes para as famílias incluem também o pagamento por esse serviço, desde que as mesmas se responsabilizem por prestá-lo.</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Na Noruega discute-se agora o custo dos cuidados, sobretudo por causa da pressão que o envelhecimento da população exerce no sector da saúde, já que a sua existência pressupõe o questionar da sustentabilidade do sistema protector e a racionalização dos suportes no futuro.</p>
País	<p>Suécia 5</p>
População e percentagem de pessoas idosas	<p>Este país tinha, em 2000, cerca de 8,842,1 milhões de pessoas. Estima-se que cerca de 17,2 % tenham 65 e mais anos, das quais 5,2 % com 80 e mais de anos de idade (Johansson, 2004). A maioria das pessoas idosas vive só, correspondendo a cerca de três quartos do total de idosos. As restantes vivem com familiares e/ou amigos. A tendência da população Sueca é para a diminuição até 2050, prevendo-se nessa data existirem cerca de 7,776,5 milhões de habitantes, com o conseqüente aumento do número de pessoas idosas</p>
Á religião professada	<p>A religião professada pelos Suecos é a Anglicana</p>
Sistema político e a sua forma organizativa	<p>O sistema político é de tipo parlamentarista, mas dividido em três níveis: Nacional, Regional e Local (Johansson & Norén, 2001:13). O primeiro corresponde ao parlamento e ao governo, que cria directivas, legislação e medidas de sustentação económica; o segundo, denominado de <i>County Council</i>, é responsável pela provisão de medidas de saúde e cuidados médicos, sendo que actualmente existem 21 províncias. A nível regional, existem 290 municipalidades, que prestam e organizam serviços sociais e de saúde primária - preventivo. Os dois últimos níveis, provinciais e municipais, têm um alto grau de autonomia face</p>

	<p>à política central. As municipalidades podem determinar as taxas de impostos e definir as áreas de intervenção prioritárias (Johansson, 2004) . A Suécia é o país mais social-democrata de entre os que fazem parte deste modelo (Cousins, 2005).</p> <p>Tem um mercado competitivo e centrado nos serviços, A taxa de emprego feminino é uma das mais elevadas da Europa, com cerca de 76% (Johansson, 2004), predominando contudo o trabalho a tempo parcial.</p> <p>A despesa do orçamento de estado em 2001 na área social e da saúde foi de 29,9 % do PIB (Johansson, 2004)</p>
Emprego feminino e a sua evolução	<p>A Suécia foi também um dos países da Europa que, logo após a segunda guerra mundial, assumiu a responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção público abrangente e universalista. Este suporte faz-se a partir de dois níveis: o financeiro, com as pensões, complementos e subsídios, e a nível dos serviços, predominando este último face ao primeiro. A família não tem qualquer responsabilidade pelos cuidados aos idosos; contudo, também na Suécia, ela é a maior prestadora de cuidados às pessoas idosas, (Johansson, 2004).</p>
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	<p>A segurança social na Suécia remonta a 1930 (Johansson & Norén, 2001:6) e incluía pensões, abonos de família e apoio na deficiência. Nesta época, segundo o autor, havia separação dos direitos para homens e mulheres, notando-se contudo a partir da segunda guerra mundial um incentivo ao trabalho independentemente dos sexos e a concretização da ideia de cidadania social. Os suportes financeiros dizem respeito a pensões e complementos, mas desde 1999 foi efectuada uma reforma no sistema de pensões que flexibilizou a idade da reforma (Johansson, 2004). O cálculo da reforma foi alterado, considerando-se agora os 15 melhores anos de descontos e aumentou a responsabilidade dos empregadores em relação aos empregados (Cousins, 2004:149).</p>
Modo de organizar a protecção social na velhice	<p>Até à década de 50, os cuidados aos idosos eram prestados sobretudo em residências e eram essencialmente cuidados sociais. Logo após a segunda guerra mundial procurou-se uma ligação entre a área social e da saúde, tendo sido criadas as <i>nursing tasks</i> e as <i>household tasks</i> (Johansson & Moss, 2004: 18-19) As primeiras prestavam cuidados médicos, enfermagem, medicamentos e cuidados no domicílio quando necessário. As segundas focalizavam-se nos cuidados sociais e na manutenção das pessoas no domicílio, ajudando na higiene, alimentação, gestão do quotidiano, compras, entre outros. Esta separação criou um conflito entre a área da saúde e social, pois nem sempre funcionaram bem (Johansson & Moss, 2004). Nas décadas subsequentes os cuidados passaram a ser da responsabilidade do estado e prestados numa base de <i>community care</i>. Estas formas de cuidados, agora integrados nestas organizações, expandiu-se até finais da década de 70 e integraram algumas inovações, como seja a possibilidade de a família se constituir como cuidadora, inserindo-se no plano de cuidados, sendo-lhe pago um salário, e a integração de supervisores de casos (Johansson & Moss, 2004).</p>
Evolução desses suportes	<p>Na década de oitenta foi introduzida uma lei dos serviços sociais e dos cuidados de saúde, a qual promovia a autonomia dos clientes e a concretização das suas expectativas através dos suportes. A reforma dos cuidados aos idosos teve lugar a partir de 1992, com a reforma Ädel. As responsabilidades pelos</p>

	<p>cuidados sociais e de saúde (excluindo cuidados hospitalares) passaram a ser da responsabilidade das municipalidades, atenuando assim a existência de conflitos entre essas duas áreas (Sotelo, 2005). Os cuidados tornaram-se multiprofissionais⁵ e foram introduzidas medidas no sentido de aumentar a responsabilidade das municipalidades, designadamente pelo pagamento do tempo de permanência nos hospitais de pessoas com dependência a necessitar de cuidados, induzindo deste modo a criação de recursos adequados na comunidade.</p> <p>Desde 1995 que a Suécia separou os suportes aos idosos das pessoas com deficiência (Escobedo et al., 2002). A ideia principal prosseguida nos cuidados na velhice prendem-se com a capacidade de viver uma vida independente e activa, envelhecer em segurança, ser tratado com respeito e ter acesso a serviços de qualidade (Johansson & Norén, 2001:10).</p> <p>Relativamente aos serviços sociais na área das pessoas idosas e dependentes, o mais importante é “fazer com que a pessoa idosa viva o mais tempo possível em sua casa independente” (Johansson, 2004). Por isso, existe actualmente um “extensivo sistema de serviços de cuidados na velhice”. As autarquias são responsáveis pela organização e gestão desses suportes a nível social e de saúde, tanto em termos de financiamento como de organização e prestação.</p> <p>Na Suécia não existe um mercado privado explícito de serviços sociais na área das pessoas idosas e dependentes. Existem alguns serviços privados, sobretudo em zonas urbanas, mas que funcionam como as associações privadas sem fins lucrativos, isto é, financiados e supervisionados pelas municipalidades</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>Quer os cuidados prestados às pessoas idosas e às famílias quer o suporte financeiro das pensões e complementos são da responsabilidade do estado em resultado do seu contributo através dos impostos nacionais e locais.</p>
Tipo de suportes existentes	<p>Existem múltiplos serviços para as pessoas idosas, quer em termos de suporte tipo residências quer em serviços prestados no domicílio, que funcionam numa base compreensiva, designadamente os cuidados residenciais, os <i>nursing homes</i>, os cuidados ao domicílio, que integram urgências em casa, os centros recreativos, as residências para pessoas com demência e residências de curto termo para reabilitação, entre outros complementos, como compras, jardinagem, transportes, grupos de auto ajuda, aconselhamento e telefone (Johansson & Norén, 2001:22).</p> <p>São prestados serviços que incluem ajuda nas actividades da vida diária, como compras, refeição, limpeza, higiene pessoal, tratamento de roupa – banho, <i>toilete</i>, ajuda a vestir e a fazer a cama. A organização destes suportes pressupõe uma série de serviços compreensivos e integrados, que incluem transporte, cuidados dos pés e mãos, refeições em casa, alarme, adaptações no domicílio e ajudas técnicas.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>Todas as pessoas têm direito a requerer os serviços, submetendo-se à avaliação por uma equipa multidisciplinar da autarquia e às vezes com a colaboração do hospital ou dos serviços de saúde se for o caso, que determina, em conjunto com a pessoa ou familiar, o serviço a ser prestado. Cada municipalidade define o que entende por dependência no sentido da avaliação efectuada e dos serviços requeridos em cada situação. O possível cliente tem um gestor de caso que acompanha o plano de cuidados prestados. Se eventualmente a pessoa não concordar com o plano pode recorrer ao tribunal administrativo (Johansson, 2004).</p> <p>A organização dos serviços focaliza-se na liberdade de escolha, por isso a ideia é que todos tenham acesso aos serviços, independentemente da idade, sexo,</p>

⁵ A Suécia foi um dos primeiros países a valorizar os trabalhadores dos cuidados, exigindo formação específica e o acesso a uma carreira profissional nesta área, independentemente da categoria profissional.

	<p>etnia, lugar onde residem e situação económica. Desde 1983 existe uma lei que articula os serviços de saúde, da responsabilidade das regiões, com os serviços sociais, da responsabilidade das municipalidades. Estes são articulados e integrados, prosseguem padrões de qualidade <i>standards</i> e devem ser prestados às pessoas idosas em todos os estádios da sua vida (Johansson, 2004) e nas dimensões sociais e da saúde. Nesta área inclui-se o <i>home-nusing</i> e os cuidados paliativos domiciliários, de reabilitação e a doentes com cancro.</p>
Taxa de cobertura	<p>Os serviços prestados pelas municipalidades variam de região para região, com especial ênfase para as áreas rurais e urbanas, assim como o número de pessoas idosas envolvidas na prestação do suporte. A taxa de utilização destes suportes pode ir de 17% a 80% relativamente às pessoas idosas e dependentes que recebem ajuda em casa, e 9% a 37% a pessoas com suporte residencial (Johansson, 2004). Uma das consequências do redireccionamento da política de cuidados para o domicílio é que o número de pessoas que tem beneficiado desse suporte diminuiu nestes últimos anos. Em 1993 existiam cerca de 10,6% de pessoas com 65 e mais anos e 23% de pessoas com 80 e mais anos com suporte no domicílio; no suporte institucional existiam cerca de 8,4 % com 65 e mais anos e 24% com 80 e mais anos. Em 2003 esse valor correspondia, no âmbito do suporte domiciliário, a 8 % para as pessoas com mais de 65 anos e 19,1% para as pessoas com 80 e mais anos. No caso dos suportes residenciais, o valor era de 7,2% para pessoas com 65 e mais anos e de 18,4% para pessoas com mais de 80 anos (Johansson, 2004). O número de pessoas apoiadas diminuiu, mas aumentou o número de horas de serviços prestados, significando, segundo a autora, que aumentou a dependência das pessoas apoiadas por estes suportes. Por outro lado, aumentou o número de horas dispendido pela família para cuidar dos idosos, de cerca de 50 milhões de horas em 1994 para 61 milhões de horas em 2000 (Johansson, 2004). Tal como nos outros países da Europa, a maioria dos cuidados é efectuada por mulheres, sejam esposas, filhas ou noras.</p>
Papel da família na concretização dos suportes	<p>Nestes últimos anos, foi desenvolvida uma política de incremento dos suportes no domicílio em detrimento das residências. Esta focalização dos cuidados no domicílio trouxe para o debate político a questão do trabalho informal efectuado dentro da família. A redescoberta da família como cuidadora permitiu, em 1998, a introdução de um parágrafo na lei dos serviços sociais que obriga as municipalidades a “apoiar as famílias em serviços e/ou em transferências financeiras quando estas cuidam das pessoas idosas” (Johansson, 2004). Neste sentido foram criados suportes específicos de ajuda às famílias. Actualmente existem vários suportes para apoiar o cuidador familiar, inclusos em programas de apoio nas férias, fins-de-semana, quer através de suportes domiciliários quer através de residências, de aconselhamento e formação e de suporte económico. Nestes serviços está incluído o serviço de voluntariado, mas também existe formação e grupos de auto-ajuda. É igualmente garantido o direito à dispensa no emprego para prestar apoio a pessoas em fim de vida que pode ir até 60 dias. Em algumas municipalidades, contudo, são desenvolvidos programas em que a pessoa cuidadora se constitui como um membro da equipa de cuidados da municipalidade, e esta poderá auferir um rendimento se tiver menos de 65 anos. Em 2003 existiam cerca de 2000 pessoas nessa situação (Johansson, 2004). O familiar cuidador pode auferir um complemento por cuidar de um dependente, no valor de 550 euros, se cuidar da pessoa pelo menos 17 horas por semana.</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Relativamente aos cuidados de saúde desenvolvidos pelas autarquias, estes, segundo Johansson (2004), não são de fácil acesso porque existe muita procura e também porque não é fácil promover consultas médicas ao domicílio. Desde a reforma de Ádel em 1992, os serviços de saúde a nível regional tentam</p>

	<p>diminuir as camas hospitalares e nas clínicas de longo termo, remetendo a reabilitação para o domicílio, promovendo os cuidados primários e municipalizados quer em relação aos suportes domiciliários quer aos cuidados residenciais. Apesar de a lei promover a articulação entre o social e a saúde, só cerca de metade das municipalidades o fazem. Esta reforma tentou dar prioridade aos suportes, com ênfase nas pessoas idosas mais fragilizadas e com necessidade de cuidados e organizou os suportes locais em vários tipos: residências protegidas, incluindo <i>nursing homes</i>, <i>old age homes</i>, <i>services houses</i>, <i>group homes para pessoas com demência e suportes</i> no domicílio 24 horas. Existem outros serviços complementares, relativos a ajudas técnicas e adaptações no domicílio, aconselhamento e formação de cuidadores.</p>
--	--

Pais	Bélgica 6
População e percentagem de pessoas idosas	A Bélgica tinha em 2000 cerca de 10,249,4 milhões de habitantes e a tendência é para a diminuição populacional até 2050. Nesta data, a população Belga rondará os 9,582,8 milhões de habitantes ⁶ .
A religião professada	A religião professada pelos Belgas é a católica ⁷ .
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista e a sua organização é descentralizada pelas regiões e municipalidades
Emprego feminino e a sua evolução	
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do PIB na área social é 9% e a maior parte deste valor é gasto com pensões. Com a saúde a despesa é de 6,2% (Declercq & Audenhove, 2004: 51).
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, a Bélgica foi um dos primeiros países da Europa, onde o estado assumiu a responsabilidade em construir um sistema de protecção público abrangente e universalista (Declercq & Audenhove, 2004: 15). O suporte faz-se essencialmente através de serviços e de transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte, assim como complementos. Estes são diferenciados consoante a pessoa esteja dentro ou fora do sistema protector. Para os que estão fora existem suportes residuais consubstanciados em mínimos sociais. Existe um suporte financeiro para a dependência que é atribuído depois de ser efectuada uma avaliação médica. Esta é realizada segundo uma classificação em cinco categorias, que vão desde totalmente dependente a parcialmente independente e que determina o valor do suporte financeiro. Também existe apoio nas despesas com medicamentos e algumas regiões financiam as famílias cuidadoras.

⁶ Falta a % de pessoas idosas

⁷ Falta a taxa de emprego feminino

Evolução desses suportes	Até 1985 as respostas de cuidados às pessoas idosas eram o domicílio e/ou as <i>nursing homes</i> . Depois desta data foram criadas formas intermédias entre um suporte e outro, no sentido de dar respostas às dependências crónicas físicas e cognitivas, como as demências (Declercq & Audenhove, 2004: 14). Com o decreto de 1989 foram criados centros de dia e residências protegidas, suportes residenciais temporários e a família foi integrada nessa política, no sentido de ser apoiada na prestação de cuidados. No entanto, a concretização desses suportes foi diferente na zona Francesa e na zona Flamenga.
Responsabilidade pela sua concretização	Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das autarquias, tanto em termos de financiamento como de organização e articulam múltiplas áreas, como a área da saúde e do social e têm suportes diversificados para as pessoas idosas e dependentes, quer em residências quer em serviços prestados no domicílio. A prestação está a cargo de organizações públicas e/ou sem fins lucrativos, as quais têm autonomia de gestão. No entanto, se for subsidiado pelo estado, tem de cumprir determinados requisitos e normas de qualidade. Uma das diferenças entre as regiões prende-se com o tipo de suporte privilegiado, por exemplo, na zona flamenga as famílias preferem suportes de cuidados financeiros, enquanto que na zona francesa preferem os suportes de cuidados efectivos.
Tipo de suportes existentes	Além das residências, existem suportes comunitários, como suportes de dia e cuidados em casa
Modo como se articulam e/ou completam	Os suportes dirigem-se quer às pessoas idosas e dependentes quer às famílias cuidadoras, prevalecendo a ideia de que todas as pessoas têm direito à admissão nos suportes. Os suportes existentes a nível da saúde primária estão bem desenvolvidos e a saúde encontra-se articulada com os suportes sociais. Os cuidados residenciais são uma parte importante dos suportes, existindo residências e <i>nursing homes</i> e outros cuidados intermédios, sobretudo para pessoas com demência. O acesso, apesar de ser universal, está condicionado pelas listas de espera e os cuidados residenciais são financiados pelo estado, mas também pelos recursos financeiros dos utilizadores (Declercq & Audenhove, 2004: 9).
Taxa de cobertura	Quer um tipo de cuidados quer outro variam consoante as regiões, quer no número de suportes quer nas taxas de cobertura ⁸ .
Papel da família na concretização dos suportes	A família não tem responsabilidades legais de prestar cuidados às pessoas idosas e dependentes. Contudo, ela pode ter de financiar os cuidados residenciais. A família Belga não é exceção e constitui-se como uma das principais cuidadoras (Declercq & Audenhove, 2004: 8), sendo que 5,89% das pessoas com mais de 16 anos cuidam de alguém. Os cuidadores são sobretudo parentes, especialmente filhas e filhos (46,82%), marido ou mulher (14,89%). Cerca de 53,37 % dos homens cuidadores e 31,92 % das mulheres têm entre 50 a 65 anos e trabalham (Declercq & Audenhove, 2004: 16-18). As tarefas mais frequentes são a companhia, tratar da roupa, preparar a refeição, entre outras. Para as famílias cuidadoras, além de medidas de conciliação, existem suportes de aconselhamento, avaliação das necessidades, cuidados temporários e de descanso, <i>finns-de-semana</i> e <i>granny-sitting</i> , cheque serviços, assim como suportes específicos para grupos étnicos. Os cheques serviços podem ser utilizados para usufruir devários tipos de tarefas, pelos quais as pessoas pagam 6,20 euros à hora.

⁸ Falta as taxas de cobertura

Fragilidade Potencialidades	A oferta de serviços aumentou consideravelmente nos últimos anos, e as políticas actuais preocupam-se com os suportes para as famílias cuidadoras, sobretudo em termos de medidas de conciliação do trabalho pago e não pago (Declercq & Audenhove, 2004: 8). Contudo, estas dependem da negociação entre o patrão e o empregado. Relativamente aos suportes, existem diferenças substantivas entre as regiões, sobretudo na zona flamenga e francesa, que prosseguem leis “diferentes” na concretização dos suportes e na forma como articulam os cuidados formais e informais. Outras questões importantes são as listas de espera e a falta de profissionais de enfermagem, sobretudo nos suportes comunitários e no domicílio (Declercq & Audenhove, 2004: 11), com clara predominância para as situações de demência
--------------------------------	---

País	Holanda 7
População e percentagem de pessoas idosas	A Holanda tinha em 2000 cerca de 15,863,7 milhões de habitantes. A tendência da população holandesa é para se manter estável até 2050. Nesta data, a população será de 15,845,4 milhões de pessoas. A população idosa tem tendência a aumentar ⁹ .
A religião professada	As religiões professadas pelos Holandeses são a católica e a protestante.
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista monárquico. Existem três níveis de governação: o nível nacional, relativo às leis e aos ministérios, o nível provincial, constituído por 12 províncias e, por último, as municipalidades (Ewijk et al., 2002)
Emprego feminino e a sua evolução	Apresenta também um mercado competitivo e centrado nos serviços. A taxa de emprego feminino é de 65 % nas pessoas entre os 18 e os 65 anos.
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de 11,9 % do PIB. Destes, 9,5 % é gasto com a saúde e 2,5 % em <i>long term care</i> (Visser-Jansen and Knipscheer, 2004:57).
Modo de organizar a protecção social na velhice	A Holanda é um país <i>sui generis</i> em termos de políticas de bem-estar, sendo um modelo difícil de associar ao modelo democrático e ao conservador porque tem também afinidades com os países familialistas, sendo considerado um híbrido (Cousins, 2005:123). Relativamente à protecção na velhice, a Holanda baseia-se no modelo contratual ocupacional. Actualmente, a segurança social tem três especificidades: pensões e complementos; serviços sociais, que incluem cuidados comunitários e cuidados de saúde (Lucassen & Knipscheer, 2001). Contudo, o sistema é misto, existindo um seguro público de saúde, uma lei de despesas excepcionais com a saúde e dependência e o seguro privado, que funciona como um suplemento aos sistemas públicos existentes. Os seguros dos trabalhadores protegem na velhice, no desemprego, deficiências, doença e assistência social (Cousins, 2005: 137). Na década de oitenta, este sistema de protecção foi revisto e introduziu-se um limite máximo da pensão a pagar, aumentando nessa altura os sistemas compensatórios privados das

⁹ Falta a % de pessoas com 65 e mais anos

	<p>pensões (Cousins, 2005: 137). Complementarmente a esta protecção, foi instituída um seguro para fazer face ao custo dos cuidados de longo termo. Este seguro dá acesso a cuidados preventivos de saúde, de tratamento e reabilitação, quer no domicílio quer em residências (Sotelo, 2005) a todas as pessoas que contribuam para o seguro, independentemente dos seus recursos financeiros. As prestações são também em espécie (Sotelo, 2005) e englobam serviços do tipo ajuda doméstica, cuidados pessoais, enfermagem ao domicílio, entre outros.</p>
Evolução desses suportes	<p>Na Holanda, os suportes desenvolveram-se em três fases: até 1940 os cuidados eram prestados predominantemente em suportes residenciais, desenvolvidos sobretudo por entidades religiosas e especialmente prestados às pessoas pobres (Ewijk et al., 2002). Contudo, estes suportes eram preferencialmente prestados às crianças. A partir da segunda guerra mundial, a Holanda projectou um <i>welfare state</i> baseado na ideologia social-democrata. Neste período, foi elaborado um sistema de saúde baseado no seguro: contudo o estado organiza também suportes mínimos, para completar esse suporte geral, para os grupos fora do mercado, como as crianças, deficientes, mulheres e pessoas idosas. A partir dessa data, o estado tomou a iniciativa de intervir nos cuidados, regulamentando-os face à quantidade e a padrões de qualidade (Alber, 1995). O sistema de bem-estar holandês é um mix entre suportes bismarckianos e suportes beveridgianos (Ewijk et al., 2002).</p> <p>Em 1980 dá-se a grande transformação da política virada para a privatização (Ewijk et al., 2002), tendo sido privilegiados a partir daí os cuidados no domicílio em detrimento dos cuidados residenciais¹⁰ e integrados diferentes sistemas de protecção – seguros privados, estado e associações não lucrativas. Estes suportes foram integrados em 1988 na “<i>welfare local act</i>”, a qual integrou o “<i>long term care scheme</i>” com múltiplas responsabilidades, privadas e públicas, lucrativas e não lucrativas, formais e informais, direccionadas para pessoas idosas dependentes (Ewijk et al., 2002; Visser-Jansen & Knipscheer, 2004:52). Este suporte presta cuidados a doentes crónicos, em recuperação, no período de descanso de familiares e cuidados paliativos (Lucassen & Knipscheer, 2001). As agências são responsáveis pela avaliação de necessidades, gestão de casos e coordenação da prestação dos serviços (Alber, 1995:143). Para esta avaliação foram definidas quatro categorias de dependência/necessidades e os cuidados são prestados de acordo com essa categorização (Lucassen & Knipscheer, 2001:238).</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>Os cuidados sociais prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das regiões que efectuam a supervisão dos serviços, e por entidades não lucrativas, que podem ser laicas ou religiosas, que prestam o suporte de acordo com o plano definido pelos sistemas protectores. Estas incluem grupos de interesse, como os utilizadores e os trabalhadores sociais que representam o interesse público e são nomeados pelo governo (Alber, 1995:143).</p>
Tipo de suportes existentes	<p>Existem duas classes de serviços: serviços de saúde e serviços sociais, assim como vários tipos de serviços para as pessoas idosas, os <i>nursing homes</i>, as residências assistidas para doentes crónicos e doentes em recuperação, cuidados paliativos, em situação de férias dos familiares, assim como cuidados no domicílio. Existindo basicamente três tipos de suportes: os cuidados em casa, as <i>residential homes</i> e as <i>nursing homes</i></p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>O sistema holandês é um sistema complexo, que é regulado pelo estado, financiado por seguros e subsídios do estado. É coordenado por uma agência comum</p>

¹⁰ Relatório Dekker 1987 (Alber, 1995:141)

	<p>que integra diferentes interesses (Alber, 1995). As pessoas que necessitam de cuidados dirigem-se às autoridades locais ou regionais e são estas que efectuam a avaliação das necessidades e prestam cuidados em articulação com as agências prestadoras de cuidados. Na Holanda, os cuidados no domicílio privilegiam as actividades da vida diária, o aconselhamento e apoio psicossocial e cuidados de enfermagem. As residências são remetidas para as pessoas que necessitam de cuidados 24 horas por dia e articulam-se com os suportes domiciliários (Ewijk et al., 2002:11; Lucassen & Knipscheer, 2001). Os suportes dirigem-se às pessoas idosas e dependentes, às famílias cuidadoras e são financiados consoante o serviço prestado, por exemplo, os cuidados de saúde são financiados por paciente e pelo horário de serviços através do sistema de seguro. Contudo, só quando é necessário, é que se articulam os cuidados de saúde com os cuidados sociais. 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 da segurança social, a política pode ser concretizada através da prestação do serviço, ou através de transferências financeiras directamente à pessoa cuidadora, seja familiar ou uma instituição privada. Os suportes sociais desenvolvidos pelas municipalidades são financiados pelos impostos. (Lucassen & Knipscheer, 2001:237).</p>
Taxa de cobertura	A taxa de cobertura das residências é de 5 % e 2,5 % nas <i>nursing homes</i> para as pessoas com 65 e mais anos.
Papel da família na concretização dos suportes	A família não tem obrigação legal de prestar ajuda aos dependentes, prosseguindo valores implícitos na autonomia individual dos seus membros. Contudo, a família constitui-se a principal cuidadora das pessoas idosas e dependentes (Visser-Jansen & Knipscheer, 2004:8). A maioria dos cuidadores são mulheres (60 %), mas existe uma grande percentagem de homens cuidadores na Holanda (40%) (Visser-Jansen & Knipscheer, 2004:26). O nível de educação é igual às pessoas que trabalham, assim como o seu rendimento, que é elevado, ao contrário de outros países. O tipo de cuidados a prestar varia consoante o grau de dependência e a proximidade do cuidador. Os cuidados familiares são prestados numa proporção de 4/5 vezes mais do que os cuidados formais, por isso as famílias vêm reconhecidos os cuidados no âmbito da política, existindo uma série de suportes para a família cuidadora, como apoio instrumental, emocional, informação e descanso, visando a defesa dos seus interesses (Visser-Jansen & Knipscheer, 2004:10). O suporte à família cuidadora é financiado por um fundo público privado e concretizado por uma série de recursos coordenados igualmente pelas instituições que prestam cuidados.
Fragilidade Potencialidades	<p>O custo deste sistema misto leva a que os <i>policy makers</i> pensem introduzir uma forma de pagamento dos suportes pelos utilizadores, assim como diminuir os internamentos, sobretudo na área da saúde. Contudo, existe uma questão na articulação entre o formal e o informal que se prende com o tipo de cuidados prestados, o que significa que quando existe cuidador familiar subsiste uma forte divisão de tarefas entre uns e outros (Visser-Jansen & Knipscheer, 2004:10), sendo necessário prestar mais atenção a esta questão.</p> <p>Em síntese, neste país existe um sistema misto de prestação de cuidados às pessoas idosas e dependentes. Os cuidados são organizados com base num seguro público e privado, denominado de seguro da dependência, que financia, fiscaliza e determina o tipo de cuidados e o âmbito da actuação das agências sociais que prestam cuidados. Estas podem ser privadas, lucrativas e não lucrativas ou públicas. As orientações da política neste modelo orientam-se para a opção dos cidadãos pelo serviço a que podem ter acesso, e igualmente para a qualidade do serviço prestado. Neste país, apesar de os cuidados serem alargados, estes organizam-se através de seguros sociais obrigatórios, sendo um <i>mix</i> entre o público e o privado.</p>

País	Irlanda 8
População e percentagem de pessoas idosas	Em 2000, a Irlanda tinha 3.803.1 milhões habitantes e a tendência é para o seu aumento. Em 2050, prevê-se que a população seja de 5.366.2 milhões de habitantes. A Irlanda é um dos países com a população mais jovem da União Europeia e, conseqüentemente, menos envelhecido. Em 2001 cerca de 11,1 % da população tinha 65 e mais anos (McMahon & Barron, 2004: 7).
A religião professada	Na Irlanda são professadas duas religiões, a católica e a protestante.
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista e a sua organização é descentralizada. Existem 10 regiões que estão divididas por municipalidades. São estas que têm responsabilidades de intervenção a nível social
Emprego feminino e a sua evolução	Actualmente, a Irlanda tem um mercado competitivo, centrado nos serviços e nas novas tecnologias. O emprego feminino tem aumentado nestes últimos anos, actualmente é de 50,9%, sendo 34,8 % em <i>parte time</i> e 65,2% em <i>full time</i> (McMahon & Barron, 2004: 25).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado com a saúde é de 6,7% do PIB. Com pensões, o valor despendido é de 3,2% e com o <i>social welfare</i> , 18,5% estes predominantemente na área das crianças e jovens (McMahon & Barron, 2004: 77).
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, esta é efectuada através de pensões de velhice, invalidez, entre outras, e demais benefícios e complementos associados à dependência. Estes suportes complementares são o <i>Carers's Benefit</i> e o <i>Carer's Allowance</i> . O primeiro corresponde a uma prestação complementar do sistema protector contributivo para pessoas com 65 e mais anos que necessitam de outra pessoa para efectuarem as actividades da vida diária. A segunda refere-se a uma prestação não contributiva para pessoas na mesma condição que necessitem de cuidados de outra pessoa para efectuar as actividades da vida diária. Existe ainda a possibilidade de isenção fiscal e redução de taxas em despesas com a saúde e subsídios para os custos das <i>nursing homes</i> e do <i>domiciliary care</i> .
Evolução desses suportes	Os suportes às pessoas idosas a nível dos cuidados constituem uma área cinzenta, ambígua e desigual (McMahon & Barron, 2004: 7) no âmbito dos <i>community care</i> . Os suportes existentes estão a cargo das organizações públicas e privadas, prevalecendo estas últimas. Os suportes existentes são residuais, quer em quantidade quer em diversidade (McMahon & Barron, 2004: 8).

Responsabilidade pela sua concretização	O estado não tem muita responsabilidade nos suportes de cuidados para as pessoas idosas e dependentes. Talvez porque, na Irlanda, o número de jovens excede largamente o dos idosos, os suportes para estes últimos não estejam tão desenvolvidos como os primeiros.
Tipo de suportes existentes	Os community care desenvolvem suportes de cuidados domiciliários, quer os residenciais tipo lar, quer ainda as <i>nursing homes</i>
Modo como se articulam e/ou completam	A articulação entre a área social e da saúde é inexistente, sendo que os suportes comunitários se centram mais na área social e os suportes residenciais mais na área da saúde. Estes são pagos pelos utilizadores e/ou pelas famílias. Os suportes existentes, ainda que residuais, dirigem-se às pessoas idosas e não às famílias cuidadoras. Esta não é integrada na avaliação da necessidade de suporte. Existem igualmente cuidados paliativos desenvolvidos em hospitais e por equipas comunitárias. Para o acesso aos cuidados é efectuada uma avaliação que tem em conta não só o nível de dependência, mas também as condições da habitação, disponibilidade familiar e recursos financeiros. Os suportes sociais são desenvolvidos por departamentos divididos por duas secções, uma no âmbito da gestão e formação de políticas e outra da gestão e execução dos suportes financeiros e de cuidados. Estes são concretizados por agências que desenvolvem essas orientações de política centradas sobretudo na prevenção e combate à pobreza (McMahon & Barron, 2004: 50). Contudo, a maior parte dos cuidados efectivos é coordenada pela área da saúde e os <i>community care</i> .
Taxa de cobertura	A taxa de cobertura é de ¹¹
Papel da família na concretização dos suportes	A família não tem obrigação de cuidar das pessoas idosas. Contudo, ela é a principal cuidadora das pessoas nessa condição, predominando as mulheres, filhas e esposas como as cuidadoras fundamentais. Os cuidadores familiares prestam sobretudo ajuda instrumental, como higiene, limpeza, alimentação. A maioria das famílias cuidadoras tem dificuldades financeiras, porque os cuidados diminuem a possibilidade de trabalhar fora (McMahon & Barron, 2004: 8). Existem algumas associações públicas e privadas que defendem os direitos das famílias e prestam apoio aos cuidadores, sobretudo a nível da formação, aconselhamento e informação e grupos de auto-ajuda.
Fragilidade Potencialidades	A Irlanda é um dos países da Europa com maior nível de risco de pobreza nas pessoas idosas, se contarmos com o investimento do estado no aumento do rendimento das famílias, isto é, com as pensões, subsídios e outros benefícios. Os suportes existentes estão organizados verticalmente e não horizontalmente, sendo a saúde a principal responsável pela sua coordenação. Nesta área existem diferenças no acesso. No entanto, as pessoas com baixos rendimentos têm um cartão de livre acesso aos serviços de saúde. Os <i>policy makers</i> estão preocupados com os custos das pensões e com os cuidados de saúde, sobretudo os que requerem acompanhamento de longo termo. Esta preocupação tem sido consubstanciada na introdução de um sistema comunitário compreensivo que possibilite articular a saúde e a área social, assim como os suportes formais e informais, integrando a informação, aconselhamento, tecnologias, segurança e a prestação de cuidados a baixo custo (McMahon & Barron, 2004: 9). Os suportes para as famílias centram-se mais em redução de taxas, subsídios e benefícios fiscais do que em suportes sociais e de saúde formais e informais. O custos dos suportes são uma das razões para a não utilização dos serviços existentes,

¹¹ Falta a taxa de cobertura

	sobretudo a nível da saúde e reabilitação.
--	--

Pais	França 9
População e percentagem de pessoas idosas	A França tinha em 2000 cerca de 59,237,7 milhões de habitantes e a tendência é para o aumento da população até 2050, decorrente de fluxos migratórios. Nesta data, a França terá cerca de 61,832,5 milhões de pessoas, destas 9,8 milhões de pessoas têm mais de 65 anos e 1,4 milhões de pessoas têm 85 e mais anos, o que corresponde a 2,4 % da população.
A religião professada	A religião professada pelos franceses é predominantemente católica romana, existindo contudo outras confissões religiosas decorrentes dos inúmeros grupos étnicos residentes no país
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo presidencialista democrático. A organização é descentralizada pelas regiões, departamentos e municipalidades. Contudo, o estado central tutela as estruturas de saúde e administração de cuidados e os organismos de protecção, como a segurança social, os departamentos e municipalidades, prosseguem os programas do governo. As municipalidades e os departamentos estão organizados territorialmente (Sánchez, 2001). Os departamentos estão divididos em territórios e as suas responsabilidades são descentralizadas, tendo em conta os agentes dessa administração.
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado competitivo e centrado nos serviços e a taxa de emprego feminino é cerca de ... ¹²
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, a França inclui-se no grupo de países da Europa pioneiros na assunção da responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção público abrangente e universalista. O suporte faz-se essencialmente através de transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte, assim como complementos de pensão e sobrevivência. Existe também um complemento de dependência atribuído a quem tiver mais de 60 anos e seja portador de algum grau de dependência, avaliada a partir de uma escala (Jani-Le Bris, 2004:31).

¹² falta a taxa de emprego feminino

Evolução desses suportes	<p>Em França, a política gerontológica iniciou-se na década de sessenta com o relatório Laroque, um dos pilares da construção da política para as pessoas idosas e dependentes no país. Contudo, a família não foi tida em conta neste relatório (Jani-Le Bris, 2004:32). Actualmente, os suportes podem ser divididos em dois períodos - antes de 1983 e depois de 1983 quando estes suportes foram transferidos progressivamente para as regiões, passando a estar sob o controlo das delegações regionais e do governo local (Walker, 2001). Até essa data, os suportes no domicílio tinham um carácter preventivo, assumindo a partir daí uma dimensão “paramédica” (Jani-Le Bris, 2004:10). Os suportes às pessoas idosas dependentes eram prestados preferencialmente no domicílio e em estabelecimentos residenciais. Estes suportes eram complementados com o subsídio de assistência à terceira pessoa no caso de deficientes e dependentes (Sánchez, 2001). Desde 1997 existe uma lei da dependência que regula a prestação de cuidados nesta área, denominada de ajuda personalizada para a autonomia, podendo ser financeira ou em prestação de cuidados (Sotelo, 2005). Esta lei tipifica a dependência em 6 graus e o tipo de suportes necessários, denominada de AGGIR, para os quais existem planos personalizados de ajuda (Jani-Le Bris, 2004; Sánchez, 2001; Sotelo, 2005). Os escalões referem-se a pessoas até 75 anos com alguma autonomia, escala 5 e 6, outras pessoas com 75 e mais anos com algum grau de dependência ou dependência total, escala 1,2,3,4 (Sánchez, 2001:149). Na prática, esta lei, segundo o autor, limitou o acesso aos benefícios, já que para ter acesso não basta estar dependente, uma vez que a análise inclui a questão económica e patrimonial. Esse facto fez com que as pessoas que recebiam subsídios de terceira pessoa deixassem de os receber, incluindo os suportes residenciais e domiciliários, os quais ficaram associados a pessoas idosas e dependentes em situação de exclusão social.</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>Relativamente à protecção na velhice, a França incluiu-se no grupo de países da Europa pioneiros na assunção da responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção público abrangente e universalista. O suporte faz-se essencialmente através de transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte, assim como complementos de pensão e sobrevivência. Existe também um complemento de dependência atribuído a quem tiver mais de 60 anos e seja portador de algum grau de dependência, avaliada a partir de uma escala (Jani-Le Bris, 2004:31).</p>
Tipo de suportes existentes	<p>O tipo de suportes sociais existente é desenvolvido pela municipalidade em conjunto com as associações locais e as respostas focalizam-se na questão da pobreza e exclusão deste grupo social (Jani-Le Bris, 2004:10; Sánchez, 2001). Estes variam entre os suportes no domicílio e as residências e/ou os <i>nursing homes</i>. Existem igualmente algumas residências protegidas para as pessoas com demências. Os suportes no domicílio incluem não só cuidados de enfermagem e cuidados pessoais, mas toda uma série de outros serviços complementares, como telealarne, ajudas técnicas, transportes, conversar, passear, adaptações no domicílio, entre outras. Os suportes orientam-se para a prestação de cuidados no domicílio e a integração das pessoas idosas no seu ambiente, centrando-se nas mais necessidades de cuidados, associadas à solidão, isolamento e pobreza (Sánchez, 2001:152). A ida para as instituições é vista como uma falha da família e da comunidade.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>O financiamento dos cuidados é partilhado pelos departamentos e municipalidades e pelo fundo de prestação de autonomia que é financiado pelos impostos e contribuições dos trabalhadores. A gestão destes suportes é efectuada pelos departamentos, promovendo a proximidade dos problemas e a sua resolução (Sotelo, 2005). Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade dos municípios. Todos têm um “<i>Centre Communal D’action Social</i>” que articula um outro denominado de “<i>Centre intercommunal D’action social</i>” a nível mais descentralizado, sobretudo nos grandes centros urbanos (Sotelo,</p>

	2005).
Taxa de cobertura	Cinquenta por cento das pessoas com necessidade de cuidados têm suportes informais; vinte e nove por cento têm cuidados formais e informais e vinte e um por cento recebem apenas cuidados profissionais, seja em residências ou no domicílio (Jani-Le Bris, 2004:27).
Papel da família na concretização dos suportes	A família tem um papel muito importante na prestação de cuidados às pessoas idosas e dependentes e cada vez mais as municipalidades responsabilizam as associações sem fins lucrativos. A maioria dos cuidadores são casais, pessoas idosas que se protegem mutuamente antes da ida para os lares e as <i>nursing homes</i> . Os cuidadores também são mulheres e estas encontram-se na idade de reforma, entre os 60 e os 75 anos (Jani-Le Bris, 2004:9). Os suportes prestados são instrumentais, como o trabalho de casa, compras, higiene pessoal, tratamento das roupas, entre outros.
Fragilidade Potencialidades	A prestação de cuidados municipais está envolvida numa diversidade de campos de intervenção, onde estão incluídos os suportes às pessoas idosas. Contudo, as políticas centram-se mais nas pessoas idosas do que nas famílias. Não quer dizer que não existam suportes às famílias, no entanto estes não são exclusivos para esse grupo. As políticas centram-se mais no combate à solidão e isolamento. Contudo, dada a complexidade dos problemas nesta área em relação, por exemplo, a jovens, minorias étnicas, famílias monoparentais e crianças, a preocupação com as pessoas idosas tem sido secundarizada face a estes grupos (Sánchez, 2001). As municipalidades têm um problema relativo ao financiamento que é cada vez mais apertado (Jani-Le Bris, 2004:12), favorecendo e promovendo por isso as responsabilidades comunitárias e a criação de laços de vizinhança. Existem diferenças substantivas entre as regiões na concretização dos cuidados. Contudo, é certo que existe uma zona cinzenta entre os cuidados em casa e as residências que é necessário colmatar, designadamente os cuidados a curto prazo, os cuidados paliativos, as respostas para as situações emergentes, como as demências, assim como os suportes relativos ao apoio à família cuidadora, tornando-os mais explícitos. Desde 2003, com a morte de centenas de pessoas decorrente da vaga de calor, a política de cuidados às pessoas idosas passou a estar no centro da agenda política, tendo-se efectuado algumas modificações nos suportes para as pessoas idosas no sentido de melhorar a sua qualidade de vida (ex: obrigação dos equipamentos terem ar condicionado e ou aquecimento

Pais

Alemanha 10

População e percentagem de pessoas idosas	A Alemanha tem cerca de x milhões de habitantes ¹³ . Em 2001 existiam cerca de 24,1% de pessoas com 60 e mais anos e 3,9% com 80 e mais anos. Estima-se que este número seja crescente, e, como tal, aumenta o número de pessoas a necessitar de cuidados e de cuidadores (Meyer, 2004:13)
Á religião professada	Na Alemanha existe um “mix” de religiões (Alber, 1995:136).
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista e o governo central tem uma função reguladora dos suportes através da criação de leis (Alber, 1995). As regiões são responsáveis pelo financiamento da assistência social e as autoridades locais são responsáveis pelo desenvolvimento de alguns suportes a nível da assistência social.
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado competitivo, apesar de nestes últimos anos ter havido uma crise de emprego. A taxa de actividade feminina é desigual entre as duas ex-Alemanhas, variando entre 23% e 42% de mulheres que trabalham (Meyer, 2004:28).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de ¹⁴
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, a Alemanha foi também um dos países da Europa pioneiro na assunção da responsabilidade por parte do estado em construir um sistema de protecção, tendo como base os seguros sociais obrigatórios. Existem variados serviços para as pessoas idosas e o seu financiamento provém de várias fontes, designadamente da segurança social, de fundos públicos e privados (Meyer, 2004:13). Segundo o autor, a protecção social é baseada em seis pilares - pensões, desemprego, seguro de saúde, seguro de acidentes, seguro de <i>long term care</i> e taxas sociais.
Evolução desses suportes	Desde 1995 existe um seguro de dependência para pessoas que necessitem de cuidados a longo termo (Alber, 1995: 137; Meyer, 2004:14). Este é um ramo específico da segurança social, que é idêntico ao seguro de doença (Sotelo, 2005), e dirige-se exclusivamente a pessoas dependentes – seguro de “ <i>long term care</i> ”. O usufruto deste suporte pode ser efectuado através de serviços, mediante o grau de dependência – grau 1, 2 e 3. Estes critérios são estabelecidos pelas entidades financiadoras e possibilitam a assistência domiciliária, centros de dia, ingresso temporário em residências e/ou suportes financeiros, quer sejam prestado informalmente ou formalmente através das agências (Sotelo, 2005) ou combinando ambos os suportes em espécie e financeiros. Existem cerca de 1,2 milhões de pessoas que beneficiam do subsídio de dependência, variando o seu valor consoante o grau de dependência. As pessoas podem recorrer a estes suportes organizados pelas municipalidades, que são contudo, denominados de suportes em situação de dificuldades. As pessoas são apoiadas e subsidiadas pelas municipalidades, mas isso só é possível depois de uma avaliação económica que inclui os rendimentos dos filhos, já que, segundo a lei, são obrigados nestes casos a contribuir para o custo do suporte, sobretudo se a resposta for residencial (Meyer, 2004:40). No entanto, muitas pessoas não recorrem a este suporte porque não querem estar dependentes dos filhos.

¹³ Falta o nº de habitantes

¹⁴ Faltam estes dados

Responsabilidade pela sua concretização	<p>O acesso ao seguro de dependências não depende da idade, mas da necessidade de cuidados. Consoante o nível de dependência, a pessoa pode ter acesso a três tipos de benefícios - apoio social, apoio financeiro e misto. O seu valor varia consoante o valor da participação para o sistema, o grau de dependência e a necessidade de cuidados, podendo apresentar valores, a título de exemplo, que vão dos 384 euros aos 1432 euros. Os cuidados prestados às pessoas idosas são efectuados por agências que contratualizam com os seguros e funcionam de acordo com os regulamentos e recomendações que são negociadas entre ambos (Alber, 1995:136). Contudo, as municipalidades têm também um esquema de assistência social, sendo menos intenso que esses seguros. Estas têm o seu orçamento limitado e pouca autonomia para aumentar os impostos locais.</p>
Tipo de suportes existentes	<p>As municipalidades desenvolvem suportes em casa com os serviços tradicionais, como higiene, alimentação, compras, entre outros. Além destes suportes são também desenvolvidos pelas municipalidades programas de prevenção na área gerontológica. O tipo de suportes existente a nível social e da saúde não é muito implícito, porque a saúde domina a área da prestação de cuidados. O seguro de saúde é o segundo financiador face à dependência das pessoas idosas. Este seguro protege os trabalhadores e os pensionistas das empresas que têm igualmente de efectuar a sua contribuição (Alber, 1995: 138). Isto na prática significa que existe uma segmentação e fragmentação complexas dos suportes, o que não favorece a sua coordenação nem a articulação entre a área social e da saúde (Alber, 1995: 139). Existem suportes residenciais com clara ênfase na questão da saúde. O seu acesso faz-se através de uma avaliação médica.</p>
Modo como se articulam e/ou completam	<p>A estrutura do suporte reflecte o princípio da subsidiariedade, sendo a maior parte dos suportes prestada pelo sector não lucrativo. O tipo de cuidados prestados na Alemanha é um “<i>Care mix</i>” em termos de financiamento, prestação, acesso e tipo de suporte prestado. Contudo, este <i>mix</i> não é articulado entre essas várias instâncias, havendo uma separação entre a saúde e o social, entre os cuidados residenciais e os outros, entre as pessoas cobertas pelos seguros e as que estão fora desses suportes (Meyer, 2004).</p>
Taxa de cobertura	
Papel da família na concretização dos suportes	<p>Os suportes dirigem-se predominantemente às pessoas idosas e dependentes e não às famílias. Contudo, existem suportes desenvolvidos sobretudo pelas associações de voluntários que apoiam informalmente as famílias, principalmente em termos de descanso e apoio psicossocial. A família é um dos cuidadores mais importantes (Meyer, 2004:8). E os principais cuidadores são mulheres - 73%, sendo que 27% são homens. Estas têm na sua maioria (54%) entre 40 a 64 anos (Meyer, 2004:18), e prestam cuidados a tempo inteiro, ou porque não têm alternativa ou por factores decorrentes da cultura e normas morais do dever de cuidar.</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Um dos principais problemas prende-se com o suporte em termos de cuidados às famílias cuidadoras (Meyer, 2004:8), designadamente em tempo de descanso, formação específica e informação adequada, assim como poucos suportes a nível de problemas emergentes, como as demências. A não existência desses suportes favorece a negligência e a violência sobre os idosos. Outro problema prende-se com o facto de as organizações não lucrativas, que são subsidiadas pelo estado, terem alguma resistência relativamente à regulação das mesmas. Como estas têm autonomia e não podem ter lucro, têm pouca capacidade de inovar e de criar novos suportes (Alber, 1995:139). Isto significa que existem poucos incentivos para construir novos suportes. Existe um outro problema que é a descoordenação dos suportes e a avaliação da sua qualidade (Meyer, 2004:8). O sector da saúde e os profissionais têm um papel central no</p>

	<p>acesso aos cuidados, sendo necessário ter alguma patologia para se ter acesso ao suporte, assim como não ter recursos econômicos e existir uma situação de indisponibilidade familiar. A área da saúde reduziu a estadia dos utilizadores para quatro dias, o que na prática proporciona a retirada dos idosos dos hospitais para a sua casa ou lares sem haver nenhuma articulação entre os dois tipos de suporte (Meyer, 2004). Os <i>policy makers</i> estão preocupados com os custos dos suportes e as consequências são a contenção dos custos e, como tal, o desinvestimento nesta área. Contudo, um dos maiores problemas identificados é o suporte financeiro do seguro de dependência, que não favorece o desenvolvimento de suportes de cuidados. Nestes últimos anos têm sido desenvolvidas algumas boas práticas que se prendem com a criação de redes de suporte e articulação e complementaridade de suportes entre instituições.</p>
--	---

Pais	Áustria 11
População e percentagem de pessoas idosas	A Áustria tinha em 2000 cerca de 8,079,9 milhões de habitantes, com tendência para a diminuição da população em 2050. Nesta data, prevê-se que a população Austríaca seja de 6,452,0 milhões de pessoas. WHO. ¹⁵ Cerca de 2/3 dessas pessoas necessitam de cuidados.
À religião professada	A religião dos Austríacos é predominantemente a católica, mas existe também a protestante, cujos valores influenciam o papel da família nos cuidados às pessoas idosas e dependentes (Leichsenring, 2001:119). Na Áustria a família constitui-se como a principal cuidadora (Hori, 2004: 12).
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político é de tipo parlamentarista e descentralizado. O governo central cria legislação e financia os suportes, quer sejam pensões ou cuidados. O segundo nível de governação é desenvolvido pelas 9 províncias e o terceiro pelas municipalidades. Estes dois níveis articulam-se no sentido de organizar suportes que são prestados por uma variedade de organizações não lucrativas (Hori, 2004:8).
Emprego feminino e a sua evolução	A Áustria tem um mercado centrado nos serviços e a taxa de emprego feminino era em 2001 de 60,5% e a masculina de 79,55%.
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social era de 29,1% do PIB em 2002, sendo a maior parte desse valor gasto com pessoas idosas e em subsídios e pensões (Hori, 2004:62).

¹⁵ Falta a % de pessoas com 65 e mais anos

<p>Modo de organizar a protecção social na velhice</p>	<p>A protecção na velhice na Áustria baseia-se num sistema de segurança social sob a forma de seguros sociais obrigatórios do tipo Bismarckiano (Leichsenring, 2001:119), dividida pelo sistema de segurança social e assistência social. A segurança social é financiada pelas contribuições dos empregados e empregadores e a assistência pelos impostos, através de transferências financeiras do orçamento de estado, o qual financia os orçamentos das províncias (Horl, 2004:41). As responsabilidades da saúde são dos seguros de saúde, que prestam cuidados em caso de doença.</p> <p>Existe um seguro de dependência que cobre as despesas nessas situações, assim como os custos com os cuidados, sejam eles prestados em residências, em casa ou pelo cuidador familiar. A despesa com estes suportes é financiada por esse seguro (Horl, 2004) 14. Para se ter acesso a este suporte financeiro é necessário efectuar uma avaliação médica, que determina a necessidade de cuidados decorrente do grau de dependência. Esta necessidade deve traduzir-se em mais de 50 horas por mês e o suporte é organizado em vários níveis, que vão do 1 ao 7, sendo este o mais elevado e o mais financiado. Este é dirigido a todas as pessoas dependentes e deficientes e não apenas a pessoas idosas (Horl, 2004; Leichsenring, 2001). A introdução deste suporte financeiro em 1993 não favoreceu o desenvolvimento dos suportes sociais.</p>
<p>Evolução desses suportes</p>	<p>As respostas para estes grupos eram até à década de 80 predominantemente residenciais, passando nos anos 90 a privilegiar os cuidados no domicílio.</p>
<p>Responsabilidade pela sua concretização</p>	<p>Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das províncias e das municipalidades. Os suportes dirigem-se às pessoas idosas e não às famílias cuidadoras. O estado central financia as províncias para a organização dos cuidados e formação de cuidadores formais. Estas têm também a responsabilidade de organizar suportes às pessoas idosas, crianças e deficientes não cobertos pelos sistemas de seguros (Leichsenring, 2001:119).</p> <p>A política de cuidados prosseguida é a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio o mais tempo possível independente e os cuidados orientam-se nesse sentido, excepto em casos de grande dependência, para os quais a solução são as residências de longo termo. Os custos destes suportes são divididos entre as autarquias e os utilizadores. No caso das residências, a família é chamada a contribuir para o seu pagamento. Não existe muita articulação entre os suportes existentes a nível social e da saúde, devido à complexidade de lei austríaca a nível de seguros protectores nesta última área, quer em relação às residências quer aos suportes no domicílio.</p>
<p>Tipo de suportes existentes</p>	<p>Existem suportes de cuidados em residências, residências assistidas e cuidados no domicílio, os quais são prestados de uma forma clássica - higiene pessoal e alimentação, limpeza, companhia e lavanderia.</p>
<p>Modo como se articulam e/ou completam</p>	<p>As municipalidades gerem esses suportes definindo os critérios de acesso. Relativamente aos cuidados de longa duração, é efectuada uma avaliação de necessidades sob o ponto de vista médico e de enfermagem e cuidados sociais. Contudo, esta avaliação não é articulada e na prática pode não favorecer o acesso aos suportes, para os quais as listas de espera aumentam (Leichsenring, 2001:119). As municipalidades contratualizam a prestação de cuidados com associações não lucrativas, de carácter religioso e agências especializadas (Walker, 2001). Estas organizações são desenvolvidas por voluntários e os cuidados são financiados pelas municipalidades e pela contribuição dos utilizadores.</p>

Taxa de cobertura	<p>A taxa de cobertura varia entre as províncias e municipalidades. Para os suportes formais, quer financeiros quer em cuidados, a taxa de cobertura pode ir de 34% a 84% para as pessoas com 65 e mais anos. Desde a introdução do subsídio de dependência que um terço das pessoas recebe benefícios financeiros e não suporte (Horl, 2004:56).</p>
<p>Papel da família na concretização dos suportes</p>	<p>A família tem um papel muito importante na prestação de cuidados às pessoas idosas e dependentes - 1 em cada 15 adultos pode considerar-se um cuidador (Horl, 2004:7). A lei Austríaca considera que os esposos têm a obrigação de alimentos, mas os filhos só são obrigados em certas condições, designadamente na contribuição para os custos dos suportes formais comunitários, especialmente a nível dos cuidados residenciais (Horl, 2004:40). A nível dos suportes domiciliários, verifica-se que as mulheres, esposas e filhas são as principais cuidadoras e têm um nível baixo de escolaridade. Estas prestam cuidados por obrigação e gratidão, pelo aspecto financeiro que advém da herança da pessoa a necessitar de cuidados, assim como pelo facto de o cuidar de alguém ser socialmente e moralmente aceite e valorizado (Horl, 2004:13). A proximidade do familiar a necessitar de cuidados é uma das características que predomina, já que nem todos os cuidadores vivem na mesma casa (84,9%), sendo que apenas 15% partilham a mesma residência.</p>
<p>Fragilidade Potencialidades</p>	<p>Alguns dos problemas identificados prendem-se com a excessiva responsabilidade da família em cuidar das pessoas idosas e dependentes. Como a maioria das pessoas trabalha, sobretudo por parte das mulheres existe uma dificuldade acrescida em prestar cuidados com qualidade e sucesso (Horl, 2004:7). Os suportes existentes para apoiar as famílias cuidadoras são limitados, sobretudo na área dos cuidados de dia, descanso às famílias, cuidados de curta duração e paliativos. A integração de cuidados sociais e de saúde e a articulação entre os cuidados formais e informais é escassa (Leichsenring, 2001) . É necessário melhorar os suportes, como por exemplo a nível de informação, formação e respostas específicas para problemas de demências e a nível da prevenção do abuso e negligência e criar legislação que elimine as barreiras burocráticas de acesso aos serviços (Horl, 2004:8), assim como existir mais coordenação, não só entre áreas, mas entre os sectores formais e informais e introduzir medidas de apoio a este último quer em termos de suportes sociais quer financeiros. Outro problema identificado é a heterogeneidade dos serviços que são prestados pelas diferentes municipalidades, quer no tipo de suporte quer no acesso e no custo (Leichsenring, 2001; Horl, 2004: 9; Walker, 2001). Se existem diferenças, existem também problemas comuns, como os casos de demência que ainda não tiveram a atenção devida e por isso não existem suportes específicos para as pessoas com estes problemas.</p>

País	Itália 12
População e percentagem de pessoas idosas	A Itália tinha em 2000 cerca de 57,530,0 milhões de habitantes e a tendência até 2050 é para a diminuição da população geral. Nesta data, prevê-se que a população italiana se situe em cerca de 42,962,2 milhões de habitantes. A taxa de envelhecimento da população italiana é uma das mais altas da Europa, sendo actualmente um dos países mais envelhecidos da Europa, com 18,6% de pessoas com 65 e mais anos do total da população (Polverini, et al., 2004:7).
A religião professada	A religião professada pelos Italianos é a católica romana.
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político italiano é uma democracia de tipo parlamentarista. O estado central tem a função de subsidiar os suportes para a velhice, pensões e complementos, serviços sociais e de saúde e de criar legislação. O país encontra-se dividido por regiões com responsabilidades na área da gestão hospitalar e de cuidados de saúde primários, incluindo cuidados de longo termo. As municipalidades são responsáveis pela prestação de cuidados sociais e de saúde, articulando os serviços existentes, designadamente os cuidados residenciais e no domicílio (Polverini et al., 2004:8).
Emprego feminino e a sua evolução	O sistema económico tem estado em crise nestes últimos anos, tendo o desemprego subido alguns pontos percentuais. Contudo, a taxa de emprego feminina tem aumentado, situando-se actualmente nos 36%. A maioria das mulheres que trabalha situa-se na faixa etária dos 15 aos 35 anos e neste grupo a taxa de emprego feminina era de 43,1% e a taxa de emprego masculina, 69,7% (Polverini et al., 2004:18).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de 16% do PIB, dos quais 89% são gastos com pensões e o restante com outros subsídios e complementos, 1,41% do PIB é gasto com cuidados sociais e 5,1% do PIB com a saúde (Polverini et al., 2004: 55).
Modo de organizar a protecção social na velhice	O suporte às pessoas idosas efectiva-se essencialmente através de transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, doença e morte. Existem outras medidas, como as pensões de invalidez, as pensões sociais e os <i>vouchers</i> , que incluem benefícios económicos para pessoa carenciadas e cuidados hospitalares e sociais (Polverini et al., 2004: 28), assim como subsídios de dependência, como forma de aumentar o rendimento da família cuidadora.
Evolução desses suportes	
Responsabilidade pela sua concretização	Os cuidados sociais e alguns cuidados de saúde prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das autarquias, tanto em termos de financiamento, como de organização e prestação, e articulam a área da saúde e do social, potenciando alguns serviços para as pessoas idosas, quer em suportes tipo residências quer em serviços prestados no domicílio. As municipalidades contratualizam com as organizações do sector não lucrativo e público para a sua concretização. O seu acesso faz-se através de uma avaliação das necessidades das pessoas idosas e dependentes, tendo em conta o grau de dependência, a disponibilidade familiar e o rendimento do idoso e da sua família.
Tipo de suportes existentes	Os suportes dirigem-se essencialmente às pessoas idosas e dependentes e não às famílias cuidadoras, existindo basicamente três tipos: as residenciais, os centros de dia e os suportes domiciliários
Modo como se articulam e/ou	Os suportes existentes intervêm a nível social e da saúde. A nível da saúde, as pessoas idosas podem contar com o serviço nacional de saúde gratuito e com

completam	<p>cuidados sociais desenvolvidos pelas municipalidades. Os serviços residenciais e no domicílio estão organizados por entidades de saúde local e são financiados pelos fundos regionais (Walker, 2001) e também pelos utilizadores. Como a família tem responsabilidades legais na subsistência das pessoas idosas, os serviços das municipalidades intervêm unicamente quando existem necessidades explícitas (Polverini et al., 2004:29), designadamente quando a família não tem condições para prestar cuidados nem disponibilidade económica</p>
Taxa de cobertura	<p>. A taxa de cobertura dos suportes é escassa, o que faz com que cerca de 75% a 80% das pessoas que necessitam de cuidados acedam aos mesmos através da rede informal (Polverini et al., 2004: 23). A rede de suporte domiciliária existente beneficia uma minoria, que é cerca de 1% das pessoas com 65 e mais anos (Polverini et al., 2004:41). A percentagem de pessoas no total da população que residia em lares era de 2% em 2000. Contudo, este número tem aumentado e, relativamente às pessoas idosas, ronda os 6-7% das pessoas com 65 e mais anos (Polverini et al., 2004: 47).</p>
Papel da família na concretização dos suportes	<p>A família na Itália tem obrigação de cuidar dos seus membros dependentes até ao 2º grau. Esse facto obriga-as a cuidar dos seus dependentes e/ou a suportar economicamente os suportes prestados pelas municipalidades. Neste sentido, o papel da família enquanto cuidadora é não só socialmente aceite, mas tido pela família como uma obrigação e um dever (Polverini et al, 2004: 8). Segundo o autor, estima-se que em Itália 11 % das pessoas com 50 e mais anos prestam cuidados às pessoas idosas e a média de idades é de 61 anos. Dois terços dos cuidados são prestados por mulheres, predominantemente esposas, filhas e noras. Contudo, a maioria dos cuidadores são as filhas, seguindo-se as esposas e outros familiares. A maioria dos cuidadores vive na mesma casa com a pessoa que necessita de cuidados, predominando nesta situação as esposas e não as filhas, sendo que estas vivem na mesma localidade. Num terço dos casos, os cuidados duram 24 horas por dia. As tarefas efectuadas são na sua maioria (60%) actividades da vida diária e o mais frequente é a higiene pessoal, refeições, companhia, compras e trabalho de casa. Os homens cuidadores, ainda que em menor número, fazem actividades de reparação e transporte e suportes burocráticos. A ideologia que predomina dentro das próprias famílias é o dever e a obrigação de cuidar da pessoa idosa e dependente, sentindo-se moralmente responsáveis por ela (Polverini et al, 2004:23).</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Dadas as mudanças na família em consequência da baixa natalidade, aumento do trabalho feminino, aumento do divórcio e das famílias uninucleares, é necessário reconfigurar os cuidados no sentido de estes prestarem mais atenção à família que se propõe cuidar da pessoa idosa e dependente, sendo difícil fazer distinções entre as necessidades das pessoas idosas e das famílias cuidadoras (Polverini et al, 2004:19). Neste sentido Polverini et al, (2004:9) propõe que se criem serviços de aconselhamento, grupos de auto-ajuda, serviços integrados de saúde, avaliação dos suportes e se integre pessoas utilizadoras na participação e decisão face aos suportes mais adequados, promovendo a conciliação do trabalho formal e informal e que este seja valorizado através de prestações financeiras, assim como introduzir suportes complementares, transportes, ajudas técnicas e outros suportes que possibilitem tempos de descanso para as famílias cuidadoras. Os serviços existentes exigem mais coordenação, mais personalização dos suportes atentos a novas realidades, como as demências e a questão do abuso e negligências. O aumento da procura dos serviços sociais na área da saúde e social tem proporcionado o crescimento do mercado de serviços. Estes estão incluídos na política pública, já que podem ser financiados pelo estado, reduzindo assim a responsabilidade do estado pela criação de novos suportes. A nível da saúde existem por vezes faltas de camas e muitas vezes os doentes têm alta sem haver preparação da continuidade de</p>

	<p>cuidados adequados, por não existirem estruturas suficientes e adequadas, assim como só recentemente foram concretizadas medidas em relação aos cuidados paliativos (Polverini et al, 2004:30). Em relação aos cuidados aos idosos, a política italiana centra-se mais nas transferências financeiras do que nos suportes sociais (Polverini et al, 2004:32) e existem diferenças substantivas relativamente ao tipo de suportes existentes e a taxa de cobertura entre as várias regiões italianas, mais visível no sul (Walker, 2001). Dada a escassez de recursos formais, os familiares recorrem aos imigrantes ilegais para efectuarem os trabalhos domésticos e de cuidados.</p>
--	---

Pais	Espanha 13
População e percentagem de pessoas idosas	Espanha tinha em 2001 cerca de 41,120 milhões de habitantes, existindo uma tendência para a diminuição da população em 2050. Nesta data prevê-se que a população seja de 31,281,7 milhões. WHO. Destas, 1/% correspondem a pessoas com 65 e mais anos. A taxa de envelhecimento da população nesta data será uma das mais altas da Europa logo a seguir à Itália (Jauregi, 2004:8). Nestes últimos anos tem-se verificado um aumento das pessoas que vivem sós, que em 2001 representavam 20,1% de pessoas com 65 e mais anos.
A religião professada	A religião professada pelos Espanhóis é a católica romana
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político espanhol organizou-se segundo um regime ditatorial de 1939 a 1975 (Johansson & Moss, 2004). Foi a partir desta data que se instituiu um regime democrático parlamentar e monárquico de tipo parlamentarista, descentralizado pelas regiões. Em Estanha existem 17 regiões autónomas e são estas que têm a responsabilidade de desenvolver os serviços sociais e de saúde.
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado competitivo e centrado nos serviços, e a taxa de desemprego era de 24,41 %, sendo elevada face ao padrão europeu. A taxa de emprego feminino é de 37,59% e a masculina é de 62,41 %. A maioria do trabalho feminino é a tempo integral (Jauregi, 2004:16).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de... ¹⁶

¹⁶ Falta dados

<p>Modo de organizar a protecção social na velhice</p>	<p>Relativamente à protecção na velhice, esta baseia-se no sistema de segurança social público de base ocupacional com prestações sociais como reformas, subsídios e outros complementos de base contributiva. O suporte faz-se essencialmente através de transferências financeiras decorrentes das pensões de velhice, invalidez e morte.</p> <p>O sistema protector em Espanha desenvolveu-se em vários períodos. Antes de 1975 a Espanha era dominada por Franco, que iniciou em 1960 um sistema de segurança social corporativo. Os complementos para a dependência dependeriam da contribuição para esse sistema que podiam incluir ou não prestação de apoios.</p>
<p>Evolução desses apoios</p>	<p>Relativamente aos cuidados estes eram prestados no âmbito voluntário mas depois de 1975, esse grupo de pessoas que prestava apoio aos idosos, foi integrado nos quadros do estado espanhol, passando a constituir uma fonte de trabalho importante para as mulheres, apesar de a maioria destes prestadores serem pessoas sem formação específica e com baixo grau de escolaridade (Johansson & Moss (Eds), 2004). Antes de 1972 não existia nenhuma política na área dos cuidados e entre 1973 e 1979 as políticas de resposta às pessoas idosas e dependentes centraram-se nas residências (Walker, 2001). ó na década de 80 foi possível concretizar uma série de políticas nesta área, sobretudo a nível da universalidade de acesso à saúde. A descentralização administrativa nesta época não permitiu a uniformização dos apoios sociais como um direito, já que cada região tem poder de decisão nessa área. Contudo, existem alguns apoios coordenados pelas municipalidades e prestados essencialmente por organizações não lucrativas, existindo, no entanto, uma grande heterogeneidade face ao tipo e ao modo como os apoios são concretizados (Johansson & Moss, 2004). De um modo geral, são as pessoas sem recursos financeiros nem disponibilidade familiar que deles beneficiam. No período de 1986 a 1989 foram introduzidas novas políticas associadas à descentralização dos serviços sociais e depois de 1993 houve uma restrição aos desenvolvimentos dos apoios, sobretudo na área das pensões (Cousins, 2005:143). Nestes últimos anos tem sido efectuado um esforço de uniformidade e o governo central tem criado planos gerontológicos e noutras áreas associadas (Escobedo & Fernandez, 2002) e prepara-se para criar uma lei da dependência que proteja as pessoas idosas e defina os critérios de acesso aos cuidados.</p>
<p>Responsabilidade pela sua concretização</p>	<p>Os cuidados prestados às pessoas idosas são da responsabilidade das autarquias, tanto em termos de financiamento como de organização e prestação, e articulam múltiplas áreas, como a educação, na área das crianças e jovens, maternidade e múltiplos serviços para as pessoas idosas, quer em apoios tipo residências quer em serviços prestados no domicílio (Escobedo et al, 2002:18). Os serviços de saúde são prestados pela administração pública regional e são universais e gratuitos para certos grupos (Jauregi, 2004:9). A taxa de cobertura é de 99,7 %, existindo contudo a possibilidade de existirem seguros de saúde. Já os serviços sociais desenvolvidos pelas regiões e municipalidades são um misto de público e privado, não existindo muita coordenação entre a área social e da saúde, estando contudo a ser efectuado um esforço nesse sentido. O seu acesso é definido por leis desenvolvidas pelas regiões autónomas e o objectivo é a manutenção do idoso o maior tempo possível em casa, sendo para isso criados apoios domiciliários, residenciais e cuidados de dia (Jauregi, 2004:32).</p>
<p>Tipo de apoios existentes</p>	<p>Os apoios dirigem-se sobretudo às pessoas idosas e dependentes pobres e não tanto às famílias cuidadoras. No geral, existem três tipos de apoios (Escobedo & Fernandez, 2002): residências, centros de dia e cuidados domiciliários. Complementarmente, há ainda a tele-assistência, as ajudas técnicas e os transportes adaptados. Por exemplo no País Basco e Catalunha as residências são classificadas em vários tipos, como apartamentos protegidos com serviços colectivos</p>

	<p>para pessoas que não requerem serviços intensivos, sobretudo demências; existem ainda serviços comunitários em casa e residências permanentes, onde se articulam cuidados de saúde e sociais e a taxa de cobertura é de 3,45% de pessoas com 65 e mais anos (Jauregi, 2004: 33). O critério de acesso inclui, além de outros factores já explicados, uma avaliação médica e a maioria dos utilizadores são mulheres.</p> <p>Já na Galiza os suportes são essencialmente concretizados em termos de transferências financeiras, havendo cheques para apoiar as despesas das famílias em apoio no domicílio, em lar, em reabilitação, entre outros (Jauregi, 2004: 24).</p>
<p>Modo como se articulam e/ou completam</p>	<p>Existem diferenças substantivas entre as regiões, algumas como a Catalunha e o País Basco têm os suportes articulados e integrados e onde a família pode aceder a suportes sociais substantivos, outras não.</p>
<p>Taxa de cobertura</p>	<p>Contudo, em Espanha, os suportes no domicílio aumentaram nestes últimos anos e a taxa de cobertura em 2003 era de 2,8% de pessoas com 65 e mais anos. A maioria das pessoas que recebe este serviço vive só, confirmando o que se referiu há pouco face ao critério de acesso.</p>
<p>Papel da família na concretização dos suportes</p>	<p>A família tem um papel muito importante no processo de cuidar, já que este é ainda contextualizado como um fenómeno da esfera privada. A família é a maior cuidadora das pessoas idosas, e esta realidade é influenciada pelo tipo de política prosseguida pelas municipalidades e pelo governo central (Escobedo & Fernandes, 2002:1). Os suportes existentes funcionam como uma forma de subsidiariedade face à incapacidade da família em cuidar (Jauregi, 2004). Da pesquisa efectuada pelo autor verifica-se que os cuidados prestados pelos familiares são sobretudo prestados por mulheres, desempregadas, de baixo rendimento e escolaridade baixa e com idades associadas ao ciclo de vida da velhice (Jauregi, 2004:13). Apesar de a Espanha ter ainda como característica a existência de famílias alargadas, os cuidados são prestados predominantemente só por uma pessoa. Destas, a esposa ocupa o primeiro lugar, seguido da filha e outros familiares. A maioria dos cuidadores está envolvida a tempo inteiro, 24 horas, no processo de cuidar.</p>
<p>Fragilidade Potencialidades</p>	<p>Os suportes sociais não são um direito universal, o seu acesso está condicionado às necessidades da pessoa a nível físico, cognitivo e económico e à indisponibilidade familiar. Contudo, a qualidade dos suportes não é muito elevada, havendo uma desconfiança generalizada face aos mesmos, sobretudo nas residências, porque colocar a pessoa idosa numa residência reflecte, ainda, a ineficácia da família (Jauregi, 2004:20). Alguns estudos de avaliação dos suportes demonstram que as pessoas em Espanha preferem receber benefícios financeiros (57%) do que suportes sociais (20%) (Jauregi, 2004:20). Estes dados remetem para o aspecto cultural de que os cuidados devem ser efectuados em casa e para a resistência face à intervenção do estado na esfera privada.</p> <p>A não existência de direitos específicos para os cuidadores familiares nem suportes orientados para os apoiar proporciona o aumento do stress do cuidador, a diminuição do tempo de lazer, a deteioração rápida da saúde, problemas financeiros e conflitos conjugais, propiciando o aumento da violência e negligência sobre as pessoas idosas (Jauregi, 2004:18). Existem alguns problemas em introduzir os serviços sociais como direito individual, sobretudo a nível das barreiras burocráticas entre as regiões, desigualdades regionais e necessidades específicas (Jauregi, 2004: 24). A maioria dos suportes não é articulada entre o social e a saúde, sendo necessário a coordenação territorial, investimento público e a promoção do sector não lucrativo (Escobedo & Fernandez, 2002). Prevê-se para os próximos anos o aumento do trabalho feminino, sendo necessária a existência de políticas de conciliação entre o trabalho pago e não pago</p>

	(Escobedo & Fernandez, 2002).
--	-------------------------------

Pais	Grécia 14
População e percentagem de pessoas idosas	A Grécia tinha em 2001 cerca de 10,964,20 milhões de habitantes, dos quais cerca de 16,7% correspondiam a pessoas com 65 e mais anos (Mesthenes et al, 2004). A tendência da população grega é para a diminuição até 2050, prevendo-se nesta data que existiam cerca de 8,983,3 milhões de habitantes, aumentando contudo o número de pessoas idosas, decorrente do aumento do número de anos de sobrevivência na velhice. Na actualidade, o número de pessoas com 60 e mais anos com dependências de nível 6 e 7 é de 248,8 mil pessoas, o que corresponde a cerca de 5% da população total.
À religião professada	A religião professada pelos gregos é predominantemente a católica ortodoxa
Sistema político e a sua forma organizativa	O sistema político democrático implantou-se em 1976, sendo relativamente recente face a outros países europeus e é de tipo parlamentarista.
Emprego feminino e a sua evolução	A taxa de emprego feminino em 1992 era de 42,3% e em 2002 de 50,2% (Mesthenes et al., 2004).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de ¹⁷ .
Modo de organizar a protecção social na velhice	A protecção na velhice na Grécia é relativamente recente em relação à assunção de responsabilidades por parte do estado. Em relação ao suporte financeiro, as pensões e os complementos por dependência são organizados através de fundos de seguros privados associados a corporações profissionais. Os mais importantes são o IKA – <i>Urban Workers Insurance Fund</i> – e o dos trabalhadores agrícolas – OGA. Este último tem sido financiado pelo estado, mas actualmente pode ser efectuado através de contribuições voluntárias. Existem outros fundos para o caso dos funcionários públicos. Estes têm normas próprias e benefícios especiais. Contudo, seja qual for o fundo, estes têm autonomia para definir as normas de acesso à reforma, o seu valor, as contribuições,

¹⁷ Faltam dados

	<p>protegendo os seus beneficiários em caso de velhice, doença, morte e invalidez. No caso desta última, está sujeita a uma verificação da incapacidade por uma comissão de peritos que efectua essa avaliação. Relativamente ao acesso à reforma, esta é de 60 anos para as mulheres e de 65 para os homens, excepto no caso dos funcionários públicos (Mesthenes et al., 2004).</p>
Evolução desses suportes	<p>Na Grécia, só recentemente se desenvolveram os suportes sociais para as pessoas idosas a partir de um sistema comunitário baseado em Kapi – centros comunitários descentralizados (Walker, 2001). A prestação dos cuidados é da responsabilidade quer dos fundos de seguros quer do estado ou da família, com clara prevalência desta última. Os fundos efectuem transferências financeiras em situações de dependência, denominadas de pensões suplementares em casos de incapacidade ou dependência, o que no caso das pessoas idosas correspondem a cerca de 50 % da pensão de reforma.</p>
Responsabilidade pela sua concretização	<p>Quanto aos serviços sociais, a nível dos cuidados não existe uma política clara de âmbito nacional. Existem várias formas de suporte desenvolvidas pelas municipalidades. A forma de suporte mais comum são os serviços comunitários desenvolvidos pelos KAPI desde 1998 – <i>Open Care Community Centres for Older People</i>. Contudo, a sua distribuição não é uniforme em todo o país, variando de região para região. Estes são organizados pelas autoridades locais e/ou pelas associações não lucrativas, como as organizações religiosas, que sempre tiveram um papel importante na organização deste tipo de suportes aos idosos, assim como a Cruz Vermelha. Esta última mais centrada na organização de voluntários e formação especializada nesta área. Estas instituições prestam cuidados às pessoas idosas no domicílio e no próprio equipamento com centro de dia, cuidados de saúde primários, mas estes dirigem-se preferencialmente a pessoas em situação de abandono familiar, insuficiência de recursos económicos e necessidade de continuidade de cuidados (Mesthenes et al., 2004)</p>
Tipo de suportes existentes	<p>A articulação dos sectores da saúde e social é efectuado em algumas municipalidades. Estes serviços são desenvolvidos pelos KAPI que articulam com as IKA – clínicas de continuidade de cuidados de saúde – em caso de doenças crónicas, sobretudo a nível do acompanhamento e monitorização da doença. Contudo, estas não incluem reabilitação. Existe um défice deste tipo de suporte a nível público e por isso a maioria das pessoas idosas efectua a reabilitação no hospital e em casa pela própria família (Mesthenes et al., 2004). Por isso, e segundo as autoras, se a família optar por serviços privados na área da reabilitação e tratamento pode ser reembolsada se o fundo de seguro cobrir essa despesa</p>
Taxa de cobertura	<p>Existem cerca de 607 KAPI pelo país, sendo uma metade gerida pelas municipalidades e a outra metade pelas organizações não lucrativas e/ou de carácter religioso. No entanto, o número de pessoas que deles beneficia é muito baixo, cerca de 2 % das pessoas com 65 e mais anos. Relativamente aos suportes residenciais existem várias deficiências quer em número quer em qualidade dos serviços prestados, tanto nas residências públicas como privadas. Nas públicas, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos é de 1%, estando remetidas para as pessoas mais carenciadas e sem família. Para as privadas não existe uma lei clara e muitas, segundo as autoras, funcionam com licença de hotel privado, sobretudo nas áreas urbanas.</p>
Papel da família na concretização dos suportes	<p>A família constitui-se como a principal cuidadora em todos os tipos de cuidados, de sobrevivência, afectivos, e de integração social. Estes são preferencialmente efectuados por mulheres, esposas, filhas e noras respectivamente. Na área do suporte à família os cuidados são inexistentes, as famílias não estão organizadas, não se constituindo como um grupo de pressão nesta área da política (Mesthenes et al., 2004). O défice de participação das famílias e a</p>

	<p>insensibilidade dos profissionais na área social e da saúde, sobrecarrega-as e promove o aumento quer do número de idosos “abandonados nos hospitais” quer do número de dias de internamento, por não existirem recursos de suporte às famílias e, conseqüentemente, os cuidadores familiares sofrem também de stress e de doenças mentais. As famílias com mais possibilidades financeiras recorrem aos suportes domésticos pagos – empregadas domésticas. Outras com menos recursos recorrem a estratégias de contribuição familiar para suportar essa despesa. Estas despesas não são comparticipadas pelos suportes formais. Existe legislação no sentido de apoiar o familiar cuidador que trabalha, o qual tem direito a retirar 6 dias por ano para tratar dos dependentes doentes e outros assuntos particulares.</p>
<p>Fragilidade Potencialidades</p>	<p>Os principais problemas identificados relativamente ao suporte às pessoas idosas estão relacionados, segundo Mestheneso et al. (2004), com o facto de a política governamental nesta área não ser clara. Este aspecto prende-se com as mudanças de governo, mas também com o aspecto cultural que remete para a família a responsabilidade pelos cuidados aos idosos. Na Grécia existe um deficit de cuidados quer em relação à protecção da pessoa idosa quer relativamente aos familiares cuidadores. As deficiências desta política são identificadas por Mestheneso et al. (2004) e devem-se sobretudo à inexistência de informação face aos direitos e deveres dos familiares cuidadores, incluindo modos de cuidar implícitos nos suportes formativos, assim como outros serviços de apoio, centros de dia, serviços domiciliários, lares com suportes sociais e de saúde, no sentido da continuidade de cuidados. Estes deficits traduzem-se na escassez de pessoas que beneficia dos suportes existentes, cuja consequência é o aumento do trabalho feminino informal. Neste sentido, é necessário valorizar esse tipo de trabalho através de políticas adequadas que o fortaleçam face ao trabalho formal, efectuando o seu pagamento, assim como aumentar o número de suportes para as famílias cuidadoras de idosos e dependentes. Estes têm que ser articulados entre o social e a saúde e integrados em vários serviços, centros de dia, de noite, residências de recuperação e reabilitação de curto e longo termo, actividades lúdicas e culturais, transportes adequados, ajudas técnicas, entre outros.</p>

<p>Pais</p>	<p>Portugal 15</p>
<p>População e percentagem de pessoas idosas</p>	<p>Portugal tinha em 2000 cerca de 10.015,5 milhões de habitantes, mas a tendência é para a sua diminuição. Em 2050, a população será de 9,005,8 milhões de habitantes. WHO. O número de pessoas com 65 e mais anos aumentou exponencialmente nos últimos 30 anos, reflexo da melhoria de condições de vida. O Censo 2001 considera a existência de cerca de 16,45 % de pessoas idosas com 65 e mais anos e a tendência é para o seu aumento.</p>

A religião professada	A religião professada pelos portugueses é maioritariamente a católica romana
Sistema político e a sua forma organizativa	Desde 1974 que o sistema político é de tipo parlamentarista e presidencialista, consubstanciado pela assembleia constituinte de 1976. O governo toma as decisões a nível nacional e estas são prosseguidas a nível regional e local, não tendo estes dois níveis autonomia de decisão.
Emprego feminino e a sua evolução	Tem um mercado fraco centrado ainda na indústria, ainda, manufactureira, apesar de existirem zonas mais cosmopolitas onde predominam os serviços, sobretudo Lisboa e Porto. A taxa de desemprego é de cerca de 7% (dados de 2006) e a taxa de emprego feminino é de cerca de 60 % (Direcção -Geral de Estudos Estatística e Planeamento, 2006).
Despesa do estado com o PIB na área social e da saúde	A despesa do orçamento de estado na área social é de ¹⁸
Modo de organizar a protecção social na velhice	Relativamente à protecção na velhice, desde 1976 que o estado assumiu a organização de um sistema de protecção social universal – segurança social pública. Significa que protege tanto os que estão inseridos no mercado formal de emprego como os que estão fora, ainda que neste caso os benefícios e as contribuições sejam relativamente inferiores aos dos que se encontram inseridos no regime contributivo ou previdencial. Existem transferências financeiras em forma de pensões de velhice, invalidez, morte e outros complementos, sobretudo na área da dependência e subsídios de doença e de desemprego. Para aceder à pensão de velhice é necessário ter pelo menos 15 anos de contribuições e 65 anos de idade no caso dos homens e 62 no caso das mulheres. O valor da pensão decorre do número de anos da carreira e do valor da contribuição, com especial ênfase para os últimos 10 anos ¹⁹ . Para ter acesso à pensão por invalidez, a pessoa tem de ser sujeita a uma avaliação por peritos médicos que determinam o grau de invalidez. Também neste caso a pessoa terá de ter os denominados anos de garantia de contribuição para o sistema, sob pena de ter de se sujeitar ao subsistema solidário, não contributivo. Este tem em conta não apenas a dependência física e cognitiva mas também o aspecto económico do beneficiário. No entanto este último indicador de avaliação não é aplicado no caso de deficiências congénitas e em algumas incapacidades adquiridas previstas na lei. Além destes suportes e de outros já explicitados no capítulo I, em relação às transferências financeiras às pessoas idosas ou doentes dependentes e deficientes, poderá ser atribuído um complemento por dependência. Este tem dois escalões a que correspondem dois graus de incapacidade: uma incapacidade total e outra parcial.
Evolução desses suportes	A política de cuidados às pessoas idosas foi desenvolvida nesta última década com ênfase nos serviços de apoio domiciliário e/ou serviços de apoio domiciliário integrado (Walker, 2001). Relativamente ao suporte de cuidados às pessoas idosas e dependentes, estes são da responsabilidade do estado, do mercado, da sociedade civil e da família predominantemente. É financiado pela segurança social, pelo sector privado e pelos utilizadores dos suportes. Deste modo, ao estado cabe o co-financiamento e a criação de normas legislativas, regras de acesso, fiscalização; à sociedade civil e à família cabe organizar-se no sentido de prestar o referido suporte.

¹⁸ Faltam dados

¹⁹ Estas regras de acesso estão a ser alteradas actualmente no sentido de reconfigurar a segurança social

Responsabilidade pela sua concretização	Relativamente aos suportes na área dos idosos e dependentes, estes são predominantemente desenvolvidos no âmbito familiar e por organizações não lucrativas, quer sejam laicas ou religiosas. Estas são de vários tipos, preponderando as IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social, as quais têm uma relação de proximidade com o estado, sobretudo a nível da dependência financeira. Estes são sobretudo centros comunitários e sociais que desenvolvem suportes de dia e de noite, lares, apoios domiciliários, variando em número e taxa de cobertura conforme as regiões.
Tipo de suportes existentes	<p>Estas organizações prestam sobretudo cuidados sociais às pessoas idosas, quer nos equipamentos tipo lar quer no domicílio, que implicam a higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupa, compras, suporte emocional e social, entre outros. Além destes suportes, existem ainda os cuidados continuados desenvolvidos no âmbito da saúde e solidariedade, focalizados na continuidade de cuidados de saúde e sociais após a alta hospitalar. Estes são desenvolvidos pelos centros de saúde e hospitais em articulação com o sistema de segurança social, por equipas especializadas. Depois de efectuada a avaliação, os doentes podem ser encaminhados para o domicílio ou equipamentos tipo lares onde serão acompanhados no sentido da reabilitação, tratamento ou se, for o caso, cuidados paliativos. Para a prossecução deste projecto foram efectuados protocolos entre os Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Saúde e as IPSS no sentido de potenciar e melhorar os recursos existentes. Complementarmente a estes suportes, existem ainda as ajudas técnicas, a formação aos cuidadores informais, o telealarne, e vários programas específicos, como a segurança, a prevenção da violência institucional e a certificação da qualidades destes suportes para os idosos, sobretudo os lares, entre outros. Contudo, o número de pessoas que beneficia destes suportes é diminuto.</p> <p>Os suportes residenciais são utilizados predominantemente por pessoas com alguma autonomia e não por pessoas com grandes índices de dependência. Os utilizadores destes serviços, tanto dos suportes de dia, como domiciliários e lares são predominantemente pessoas sem suporte familiar, em situação de solidão e dependência, sobretudo financeira. Contudo, existem também outras formas de aceder a estes suportes, o que implica ser associado ou membro da irmandade, ou eventualmente ser testamentário dessa organização. Os suportes sociais não são gratuitos, são pagos pelos clientes consoante o valor da sua reforma ou rendimento. Nestes últimos anos têm também surgido suportes privados, principalmente ao nível do apoio domiciliário e das residências assistidas e/ou medicalizadas, sobretudo para as famílias com grandes possibilidades financeiras. As orientações da política vão no sentido da desresponsabilização do estado e da responsabilidade da família pelos cuidados aos idosos, reflectida em sistemáticos cortes orçamentais e desinvestimento desde 2000 a 2005. A lei de 2006 dos cuidados continuados constitui uma inovação e uma abertura face à intervenção do estado neste domínio. Esta centra-se na responsabilização de todos os actores sociais pelos cuidados, sobretudo em relação ao estado, a preocupação com a retirada dos doentes e pessoas idosas dos hospitais e a sua remissão para outros suportes de retaguarda no sentido da reabilitação e reinserção no seu domicílio, na qual estão implicados os serviços sociais e de saúde (Decreto-Lei nº 101, 2006).</p>
Modo como se articulam e/ou completam	Não existe uma coordenação destes serviços em termos regionais nem locais, porque o poder administrativo não está descentralizado para que estes suportes possam estar sob a competência do poder local, até porque estas organizações têm uma gestão autónoma.

Taxa de cobertura	
Papel da família na concretização dos suportes	<p>Dada a escassez dos recursos e a não clareza do seu acesso, a maioria das pessoas idosas ou dependentes fica sujeita ao suporte familiar porque não existem outras alternativas. Tal como na Grécia, as famílias com mais recursos financeiros recorrem ao mercado através das empregadas domésticas para cuidar dos seus idosos. As outras desenvolvem estratégias de suporte que podem passar por a pessoa idosa andar de casa em casa dos filhos, ou os filhos ficarem responsáveis por cuidarem dos pais na sua casa durante um certo período de tempo, ou mesmo, se for possível, pagarem através de colecta a um familiar para efectuar essas tarefas, ou por último ficar um dos filhos como o único responsável pelo cuidado aos seus idosos dependentes. Como se sabe e já se demonstrou no capítulo I, a maioria das pessoas idosas tem cuidadores da família, que são maioritariamente mulheres, sejam esposas, filhas ou noras. Sabe-se que em Portugal existe uma grande percentagem de mulheres trabalhadoras, o que confere às mesmas uma maior sobrecarga de trabalho. Estas mulheres cuidadoras não vêm o seu papel reconhecido. Não existe nenhuma medida de política que possibilite o pagamento do trabalho de cuidar informalmente, nem nenhum recurso disponível. A nível de apoios domiciliários, lares e outros, existe essa ajuda implícita à família cuidadora, designadamente em fins-de-semana e férias, ou eventualmente quando o cuidador se encontra doente, assim como medidas legislativas no sentido de retirar dias no trabalho para cuidar das pessoas idosas. A falta de suporte familiar pode ser explicada, quer pela lei que imputa esses cuidados à família em termos de subsistência dos seus membros dependentes, sejam ascendentes ou descendentes e também porque os serviços estão predominantemente direccionados para os que não têm suporte familiar (Sousa & Figueiredo, 2004).</p>
Fragilidade Potencialidades	<p>Alguns problemas identificados em Portugal relativamente aos cuidados prendem-se com a forte “ideologia de compromisso familiar” e, como tal, o estado prossegue uma política de baixo nível de provisão (Sousa & Figueiredo, 2004). Como o estado não dá resposta, as famílias foram garantindo estratégias de suporte às pessoas idosas e dependentes face às necessidades diagnosticadas. Contudo, as mudanças não afectaram unicamente o número e a complexidade das situações de doença e dependência das pessoas. As mudanças transformaram a organização da família, que agora não consegue prestar um apoio com qualidade, dada a multiplicidade de tarefas, nas quais estão envolvidos todos os seus membros, sobretudo, e neste caso particular, as mulheres. Como já se disse, Portugal tem uma taxa de trabalho feminino integral das mais altas da Europa e por isso poderia perguntar-se: Quem cuida dos idosos enquanto as mulheres trabalham? Existem contudo outros déficits igualmente gravosos, sobretudo na área da reabilitação física e cognitiva, de ajudas técnicas e de transportes adequados, designadamente ambulâncias para toda a população idosa e dependente (Sousa & Figueiredo, 2004). Se somarmos a isso os níveis de pobreza absoluta e relativa das pessoas idosas, pode-se induzir, uma vez que não existem dados que nos permitam demonstrar, que muitas pessoas idosas e dependentes não têm cuidados adequados à sua situação, fazem a reabilitação em casa, sem as mínimas condições de poderem ter uma velhice de e com qualidade.</p> <p>Por isso, espera-se que as pessoas nessa condição, assim como as famílias, possam vir a ganhar consciência das dificuldades e possam igualmente, depois de</p>

	informadas e organizadas, constituir-se como grupo de pressão para modificar as suas condições de vida, agindo nas orientações da política social a seu favor no que diz respeito ao suporte de cuidados.
--	---