

I Parte

Enquadramento teórico: o estado da arte

Capítulo I

Envelhecimento e cuidados na dependência: entre a sociedade, a família e o estado

“Mais de quarenta por cento da população, homens e mulheres, viverão um longo período de fragilidade e de doença endémica perto do final das suas vidas. No Estado-providência clássico presumia-se, e ainda hoje se aceita como garantido, que as mulheres mais jovens da família tomariam a seu cargo a maior parte da responsabilidade nos cuidados prestados aos mais velhos. Esta concepção entra em conflito com o facto de o trabalho e as responsabilidades destas mulheres para com a família não lhes deixar tempo para essas tarefas.

O Estado, o sector terciário e as organizações comerciais terão de desempenhar papéis importantes. A prestação de serviços aos agregados terá de ser organizada por via das parcerias, por exemplo, com o Estado a fornecer algum financiamento, bem como cuidados médicos directos, e com os sectores privados da sociedade civil a fornecer um misto de trabalho remunerado e não-remunerado.”

Antony Giddens (2007: 177),
A Europa na Era Global, Lisboa, Ed. Presença.

Neste capítulo, contextualiza-se o envelhecimento com dependência e o modo como esse facto influencia a dinâmica familiar relativamente à prestação de cuidados. Ponderamos os cuidados prestados na família, tendo em conta que estes variam com a posição dos clientes na estrutura de classes e com o sexo, e caracterizamos os cuidados informais prestados em Portugal, identificando os seus limites e potencialidades. A partir do posicionamento do problema social, o envelhecimento com dependência e as transformações familiares, situamos a questão de investigação: a política de cuidados domiciliários.

Para realizar esta análise, reportamo-nos à institucionalização dos direitos sociais no Estado-providência, efectuando um périplo pela política de velhice até à construção da política de cuidados. Esta constituiu-se após a segunda guerra mundial, quando o Estado “desmercadorizou” os cuidados, que passaram a ser um direito e um bem não dependente do poder aquisitivo das pessoas e das famílias. Contudo, estes cuidados eram prestados preferencialmente em instituições. O desenvolvimento dos cuidados domiciliários efectuou-se a par da “desinstitucionalização” dos recursos e do desenvolvimento dos *community care*. Nestes últimos anos, a expansão quantitativa e qualitativa dos cuidados domiciliários tornou-os uma alternativa aos cuidados residenciais, representando um dos meios essenciais para melhorar a qualidade de vida. São uma forma de manter a pessoa idosa por mais tempo no contexto em que reside, proporcionando-lhe mais autonomia e qualidade de vida, ainda que

o modo de organização e concretização dos cuidados apresente variações consoante o modelo de bem-estar de cada país.

1 – O envelhecimento: questão do presente e do futuro

O envelhecimento da população constitui uma das características das sociedades contemporâneas desenvolvidas. Sendo um fenómeno mundial, existem variações consoante os continentes e os países⁷. Segundo a OCDE, nestes últimos anos, assistiu-se a um crescimento acentuado da população de 62,53% nos países menos desenvolvidos e a um crescimento mais ligeiro nos países mais desenvolvidos, de 4,39% nos EUA e Japão. Nos países da União Europeia, essa taxa foi de 3,04% (OCDE, 2007). Quer nuns países, quer noutros, tem-se assistido ao aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos, também denominadas pessoas idosas⁸.

Nos países da OCDE, em 1960, uma em cada treze pessoas tinha 65 ou mais anos e em 2005 esse valor aumentou para uma pessoa em cada sete. A Itália e o Japão são os países mais envelhecidos dessa organização. A tendência é para o aumento da população com 65 ou mais anos e para a diminuição da população com menos de 14 anos, decorrente do aumento da longevidade e da diminuição da natalidade (Escobedo et al., 2002; OCDE, 2007). A partir dos 65 ou mais anos verifica-se uma diferença entre os sexos na estrutura das populações. Em 2005, cerca de 60% das pessoas com 65 ou mais anos eram mulheres (OCDE, 2007: 12).

As estimativas da OCDE (2007) demonstram que em 2030 o grupo de pessoas com mais de 65 anos crescerá substancialmente devido à chegada da geração do “*baby boom*” à idade da velhice, e uma em cada cinco pessoas terá 65 ou mais anos (OCDE, 2007: 11).

Os países da União Europeia (15) mais envelhecidos são a Itália (18,2%), a Dinamarca (17,5%), a Grécia (17,3%), a Suécia (17,2%) e a Espanha (17,1%) (INE, 2004).

⁷ Mundialmente, de 1900 até 1961, o rácio gerontológico (dependência das pessoas com 65 ou mais anos) e o rácio neontológico (dependência das pessoas entre os 0 e os 19 anos) caminhavam lado a lado, havendo uma correlação significativa entre a dependência dos mais novos e dos mais velhos, isto é, a dependência dos mais novos era idêntica à dependência dos mais velhos. A partir da década de 70, os valores caminharam em direcções opostas: o rácio da dependência gerontológica afastou-se do rácio da dependência dos mais novos, verificando-se uma tendência de aumento da dependência gerontológica nos vinte anos seguintes (Johnson, 1996).

⁸ Esta noção é aceite por organismos internacionais como a ONU (Organização das Nações Unidas), o Conselho Europeu e a Comissão Europeia, o Eurostat e a OCDE e organismos nacionais como o INE.

Em 2050, o número dessas pessoas na UE⁹ representará cerca de dois terços da população total (Comissão das Comunidades Europeias, 2003a), destacando-se o aumento do número de pessoas idosas (até 75 anos) e muito idosas (com 85 ou mais anos)¹⁰. É neste grupo de indivíduos que existe maior probabilidade de surgirem situações de dependência e necessidade de cuidados.

O envelhecimento em Portugal

A sociedade portuguesa assistiu, nos últimos trinta anos, ao envelhecimento da população em níveis idênticos aos dos restantes países da UE. Mas no nosso caso, o envelhecimento da população foi mais rápido (Barreto, 2003:32). A esperança de vida dos portugueses aumentou visivelmente desde a década de 70 até à actualidade¹¹ e evidenciou-se na década de 80 quer na base, quer no topo, verificando-se uma diminuição do número de nascimentos¹² e um aumento do número de indivíduos que sobrevive depois dos 65 anos¹³. Na década seguinte, entre 1991 e 2001, o índice de envelhecimento acentuou-se ainda mais (Carrilho, 2002). Em 2001¹⁴, a percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos já era maior do que a percentagem de jovens até aos 14 anos, aumentando significativamente nos grupos com 75 ou mais anos e 85 ou mais anos (INE, 2004). Desta alteração resulta também a predominância do sexo feminino sobre o masculino (INE, 2001 e Nunes, 2005).

⁹ Na União Europeia, o envelhecimento no topo está relacionado com o envelhecimento na base, resultante de perda ou manutenção em valores baixos da taxa de natalidade (Lanziery e Corsini, 2006), o que põe em causa a sustentabilidade da pirâmide etária nestes países.

¹⁰ O aumento da longevidade, medido pelo aumento de pessoas com 75 e mais anos é mais expressivo em países como a Espanha, Dinamarca, Reino Unido, França e Itália (Escobedo, et al., 2002).

¹¹ Uma das determinantes desta mudança foi a substituição de um modelo político autoritário por outro aberto e democrático. Esta alteração possibilitou o aumento do nível de escolaridade, o acesso aos cuidados de saúde, à segurança social, à habitação e a outros serviços sociais (Constituição da República Portuguesa, 2003), permitindo a melhoria do nível de vida e do bem-estar global da sociedade portuguesa. Um dos indicadores foi, sem dúvida, as melhores condições de acesso aos serviços de saúde e de protecção na maternidade, que proporcionaram a diminuição da mortalidade infantil (Barreto, 2000). A mudança qualitativa deste último indicador permitiu que Portugal se afastasse de índices idênticos aos dos países subdesenvolvidos e se aproximasse de índices idênticos aos dos países mais desenvolvidos. A taxa de mortalidade infantil desceu de 77,5 por mil nados vivos em 1960, para 20 por mil em 1980, 5 por mil em 1997 e 4,1 por mil em 2003 (Barreto, 2000; Botequilha, 2005).

¹² Na União Europeia, em 1980, o índice de fertilidade variava substancialmente de país para país, em especial nos casos da Irlanda, Portugal e Espanha, que apresentavam valores acima da média dos outros países europeus. A partir da década de 90, o índice de fertilidade tornou-se uniforme em todos os países da UE (12), sendo a média de 1,5 filhos por casal (Escobedo et al., 2002).

¹³ É nesta década que se verifica o fenómeno do envelhecimento demográfico em quase todas as regiões do espaço nacional (Rosa, 1996), ainda que existam algumas particularidades, se compararmos o índice de envelhecimento por regiões, sobretudo entre o Norte e o Sul e entre o litoral e o interior. A autora refere o exemplo de zonas como o Vale do Tâmega e do Cávado em 1991, com uma percentagem de jovens muito superior ao de pessoas idosas (10%). Contrastando com este indicador, encontrava-se a Beira Interior e o Pinhal Interior Sul, com uma percentagem de jovens inferior (15%) ao grupo de pessoas idosas (15,5%).

¹⁴ INE, Censo de 2001.

Nestes últimos anos, o número de óbitos tem decrescido, assim como o número de nados vivos (INE, 2005a). Estes valores acentuam a dependência dos idosos face às gerações mais novas¹⁵. Esta situação varia conforme a região do país (INE, 2004). Em 2004, o índice de envelhecimento por 100 indivíduos era mais acentuado nas regiões do Alentejo, Centro e Algarve e menos acentuado na Madeira e nos Açores. Os índices de envelhecimento e de dependência geracional também apresentam variações consoante o sexo (INE, 2005b). As mulheres têm um índice de envelhecimento e dependência maior do que os homens, sendo este mais acentuado nas regiões do Alentejo, Centro e Algarve.

As projecções do INE (2005a) demonstram, relativamente à população portuguesa, que o grupo etário dos 0 aos 14 anos se vai manter estável, com uma ligeira alteração de 15,8% em 2003 para 13,1% em 2050, mas o grupo dos mais velhos quase duplica nesse período, passando de 16,7% em 2003 para 31,8% em 2050. O aumento da população mais idosa traduz-se igualmente no aumento ligeiro da esperança de vida para homens e mulheres. Em 2003, a esperança de vida à nascença das mulheres era de 80,4 anos, em 2009 era de 81,74 anos (INE, 2009: 21) e em 2050 será de 84,7 anos. Nos homens, essa esperança de vida era em 2003 de 74 anos, em 2009 de 75,49 anos (INE, 2009:21) e em 2050 será de 79 anos (INE, 2005a). Também a esperança de vida aos 65 anos apresenta um ligeiro aumento para as mulheres em 19,61 anos e para os homens em 16,25 anos (INE, 2009: 21).

Relativamente aos agregados domésticos, se compararmos os dados do censo de 1991 e 2001, verifica-se que estes aumentaram de 3.147.286 para 3.650.757, e a dimensão média dos agregados diminuiu: em 1991 era de 3,1 pessoas por cada agregado e em 2001, de 2,8 (INE, 2002). Nesta década, destaca-se a diminuição dos agregados com mais de cinco familiares. Os agregados sem núcleo aumentaram de 16,6% em 1991 para 19,5% em 2001, assim como o número de agregados de pessoas sós, de 13,6% para 17,3% (INE, 2002). Os dados do censo de 2001 revelam que 77,5% das pessoas idosas viviam em famílias clássicas, 5,1% em instituições (lares e residências para pessoas idosas) e cerca de 17,3% viviam sós. Nos últimos anos, o grupo de famílias de idosos sós e de duas pessoas idosas aumentou. As projecções de 2009 comprovam a existência de 17,6 % de pessoas que vivem sós e de 29,6% de pessoas que vivem acompanhadas com o cônjuge ou companheiro (INE, 2009) A análise pormenorizada da evolução das famílias revela o aumento dos agregados com um ou três

¹⁵ O INE define o índice de dependência dos idosos como o quociente entre a população idosa (65 ou mais anos) e a população em idade activa (dos 15 aos 64). Já o índice de longevidade é definido como a relação entre a população de 75 e mais anos e a população de 65 ou mais anos.

idosos, predominando as famílias de dois idosos (Almeida, 2003). A percentagem de famílias com idosos a cargo aumentou ligeiramente de 30,8% em 1991 para 32,3% em 2001¹⁶.

Resumidamente, em Portugal as famílias só de pessoas idosas representavam no censo de 2001 cerca de 17,3% do total dos agregados, predominando o sexo feminino em todas as faixas etárias. Esta tendência acentua-se à medida que a idade avança (INE, 2001). Quanto ao estado civil, verifica-se que na faixa etária entre os 65 e os 74 anos, a maioria destas famílias é formada por idosos casados, com predomínio dos homens face às mulheres, existindo contudo um número significativo de viúvas. Na faixa etária seguinte, dos 75 aos 84 anos, a maioria dos membros, homens e mulheres, continua a ser casada, com claro predomínio dos homens nesta categoria. No caso das mulheres, o estado de viúva ultrapassa ligeiramente o de casada. No grupo de pessoas com mais de 85 anos, prevalece o estado de casado e viúvo nos homens e acentua-se o estado de viúva nas mulheres.

2 – O envelhecimento com dependência

A noção de “dependência” surge correntemente associada às pessoas idosas e muito idosas. Esta relação decorre da maior probabilidade de, a partir dos 65 anos, ocorrerem perdas físicas, psíquicas e intelectuais geradoras de dependência que afectam a sua capacidade de participação e decisão pessoal. Define-se, em geral, a dependência na velhice como “um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta e perda de autonomia física, psíquica, intelectual, têm necessidade de assistência e de outros recursos para realizar as actividades correntes da vida diária” (Cabrero, 2000: 25; Decreto-lei nº 265 de 1999; Johnson, 1996; Conselho da Europa, 1998a, Resolução 98).

A dependência remete para um limite de capacidades que o indivíduo manifesta para desempenhar o seu papel social, implicando uma certa desvantagem (Gough, 1998), ou, como foi definida pela nova classificação das incapacidades da OMS (2004), uma restrição na participação. Neste documento, que contém a Classificação Internacional da

¹⁶ Este indicador de individualização familiar é comum em toda a Europa. O número de pessoas que vive só aumentou depois da Segunda Guerra Mundial. No entanto, em Portugal, esse valor ganhou expressão entre o período 1991-2001 (INE, 2001).

Funcionalidade¹⁷ (CIF), a OMS considerou refazer a noção de incapacidade ligada a um défice de funcionalidade e propôs novas abordagens que potenciam as pessoas deficientes e dependentes na sociedade, assim em vez de “deficiência”¹⁸, “défice na funcionalidade”¹⁹; em vez de “incapacidade”, “restrição da actividade”²⁰; em vez de desvantagem, “restrição na participação”²¹

Nesta proposta da OMS (2004: 11), o “estado” de dependência é medido através de indicadores objectivos e subjectivos que determinam vários graus e tipos²². Os primeiros dizem respeito não só à funcionalidade do corpo e à restrição da capacidade de realizar as actividades de vida diária – AVD – e as actividades instrumentais da vida diária – AIVD – mas também à participação pessoal e social. Os segundos dizem respeito aos factores contextuais – ambientais e pessoais. Estes combinam “o índice das limitações pessoais e sociais para efectuar as actividades da vida diária e o índice das actividades instrumentais da vida diária” tendo em conta os preditores contextuais, pessoais e ambientais. As AVD incluem indicadores como a capacidade para efectuar a higiene pessoal, para se vestir, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, alimentar-se, mover-se no interior e exterior do domicílio e efectuar escolhas. As AIVD incluem indicadores como a capacidade de limpar e lavar a casa, preparar refeições, gerir os medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, os transportes públicos ou particulares, resolver assuntos administrativos e decidir sobre os assuntos quotidianos e futuros (cf. Cabral, 2003; OMS, 2004).

Esta tipologia relaciona as necessidades físicas, psíquicas e intelectuais, classificando níveis de dependência e necessidade de cuidados em diferentes categorias: a independente, a levemente dependente, a moderadamente dependente, a gravemente dependente e a completamente dependente. A categoria de independente é composta por pessoas com autonomia para todas as actividades da vida quotidiana, que se encontram com excelentes capacidades de participação de decisão pessoal e social. Representa, na Classificação

¹⁷ Este documento contém a classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: funções e estruturas do corpo e actividades de participação (OMS, 2004:16).

¹⁸ Deficiência significa problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004: 14).

¹⁹ A funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interacção ou relação complexa entre as condições de saúde e os factores contextuais – ambientais e pessoais (OMS, 2004: 20).

²⁰ Reporta-se às dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de actividades (OMS, 2004).

²¹ Representa os problemas que um indivíduo pode experimentar quando está envolvido em situações reais da vida (OMS, 2004).

²² Estamos a referir-nos a instrumentos de avaliação multidimensional dos idosos. Disso são exemplo o índice de Katz, Criceton, Bartel, Easy Care e outras técnicas.

Internacional da Funcionalidade (CIF), (0 a 4%) de restrição de capacidade. A categoria de levemente dependente é composta por pessoas que asseguram sozinhas as actividades no interior do domicílio, que se alimentam e vestem sozinhas, mas necessitam de supervisão para certas actividades, como confeccionar a alimentação e assegurar a higiene, assim como para a participação e a decisão. Representa (CIF) uma restrição de capacidade entre (5%) e (24%).

A categoria de moderadamente dependente é constituída por pessoas que conservam a sua autonomia mental e motora parcial. Necessitam de ajudas quotidianas importantes, não em permanência, mas várias vezes ao dia, sobretudo para apoio na higiene e confecção da alimentação. Inclui pessoas que não asseguram sozinhas actividades como levantar-se, deitar-se ou higiene pessoal, mas que, uma vez ajudadas, podem efectuar as actividades quotidianas no interior do domicílio. Estas pessoas têm a capacidade de participar e decidir ligeiramente prejudicada. Representa (CIF) uma restrição de capacidade entre (25%) e (49%).

A categoria de gravemente dependente é composta por pessoas com desvantagens severas que perderam a autonomia física e mental, corporal e social e que necessitam permanentemente da intervenção de uma terceira pessoa. Neste grupo, encontram-se pessoas acamadas cujas funções mentais não estão afectadas nem alteradas, ou pessoas cujas funções mentais se encontram alteradas devido a demências, mas cujas capacidades motoras se mantêm. Estas pessoas necessitam de ajuda para a maior parte dos actos da vida quotidiana, assim como para participarem e tomarem decisões. Representa (CIF) entre (50%) e (95%) de restrição da capacidade.

A categoria de completamente dependente é composta por pessoas com total restrição de capacidade, acamadas ou com demências, que não mantêm capacidade intelectual nem motora. Também estão incluídas nesta categoria as pessoas em fim de vida. Estes indivíduos estão totalmente dependentes nas AVD e AIVD e também no que diz respeito ao processo de decisão. Representa (CIF) uma restrição da capacidade de (96%) a (100%).

O estado de dependência pode ser temporário ou permanente, o processo pode ser progressivo, regressivo ou estável, mas também intermitente e contínuo, impedindo durante esse período o exercício dos direitos de cidadania (Cabrero, 2000). A palavra cidadania deriva da noção de cidadão e está relacionada com o desenvolvimento e o exercício de direitos cívicos, políticos e sociais, enquanto direitos humanos fundamentais. Pode ser

definida como a pertença a uma sociedade comum, mas esta pertença implica participação e escolha, condições essenciais para a satisfação das necessidades e melhoria da qualidade de vida (cf. Barbalet, 1989).

A participação representa o envolvimento de um indivíduo numa situação real da vida (OMS, 2004:16) e a qualidade de vida representa “a percepção que cada pessoa tem da sua posição face ao contexto cultural, sistema de valores, relacionados com os seus objectivos de vida e expectativas face à sua concretização. A qualidade de vida das pessoas idosas é largamente determinada pela habilidade de manter a independência e a autonomia” (Alber et al., 2004:1; OMS, 2002a e 2002b). A independência é usualmente percebida como a habilidade de efectuar as actividades da vida diária em termos funcionais, isto é, a capacidade de viver independente sem a ajuda de outros.

Já a noção de autonomia é mais abrangente. Significa a “capacidade de controlar, enfrentar e apreender por iniciativa própria decisões pessoais acerca do modo de vida de acordo com as normas e referências próprias, assim como desenvolver as actividades básicas da vida diária” (Lei 39/2006: 299, de Promoción de la Autonomia Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (em Espanha); OMS, 2002a e 2002b). Segundo a CIF (OMS, 2004), a capacidade é um construto que indica como qualificador o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir num dado momento, num dado domínio e refere-se às actividades e à participação.

Nas pessoas idosas e em situação de dependência, a autonomia enquanto capacidade diz respeito, assim, à participação e escolha do modo de vida que se quer prosseguir, mas também às actividades que se podem realizar. Para tal, é fundamental existirem pré-condições na sociedade para o seu exercício. No caso destas pessoas idosas dependentes, tais condições só podem provir das organizações da sociedade, do sistema judicial, legislativo e executivo, isto é, da estrutura da sociedade. Significa que é necessário que a sociedade produza condições para os indivíduos poderem exercer a autonomia enquanto participação e escolha, ainda que com restrições de capacidade.

Dependência como restrição de capacidade

A falta de informações estatísticas objectivas e comparativas relativamente à situação de dependência física, intelectual e cognitiva em Portugal impede-nos de analisar com mais precisão esta questão: saber quantas pessoas existem nessas circunstâncias e quais

as suas capacidades. Apesar de tudo, podemos analisar alguns dados a partir das estimativas apresentadas por Cabral (2003), Campos (2008) e (INE, 2010).

A nível da saúde em 2004, existiam 163.000 pessoas idosas com pluripatologia e dependência, entre 160.000 e 250.000 com demência e mais de 16.000 doentes terminais (Campos, 2008: 10). Dados recentes do INE (2010: 32) revelam que existiam em 2008 cerca de 144.615 pensionistas a usufruir do complemento de dependência. Podemos pois inferir que o número de pessoas em situação de dependência em Portugal se situa em 144.615 como valor mais baixo (pois nem todas as pessoas dependentes terão acesso a esta prestação) e em 250.000 como valor mais elevado (Campos, 2008) relativamente a doentes com demência (estatísticas da saúde).

A partir dos dados do censo de 2001, Cabral (2003) verificou que as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional, embora menos elevadas, assumem valores significativos na população portuguesa a partir dos 50 anos, com especial incidência nas mulheres. Neste grupo destaca-se o subgrupo de 85 e mais anos com 19,45%, seguindo-se o subgrupo entre os 75 aos 84 anos, com 14,2% e, por último, o subgrupo dos 65 aos 74 anos, com 10,8% (cf. Cabral, 2003). Todavia, uma análise global aos dados demográficos relativos ao aumento da esperança de vida, aos índices de mortalidade e de morbilidade, correlacionados com alguns tipos de incapacidade física e funcional, permite perceber que a esperança de vida sem incapacidade da população portuguesa aumentou quer para homens, quer para mulheres (Cabral, 2003), apesar de as mulheres deterem um maior índice de incapacidade e, como tal, de dependência.

Um estudo efectuado pela OCDE (2007: 4) com o objectivo de definir a evolução dos factores que determinam a incapacidade nas pessoas mais idosas e, conseqüentemente, a necessidade de cuidados de longo termo em vários países²³ conclui que existe uma ligeira diminuição da dependência das pessoas idosas em cinco países, a saber, Dinamarca, Finlândia, Itália, Holanda e EUA. Na Bélgica, Japão e Suécia, verificou-se um aumento ligeiro da dependência nos idosos. Na Austrália e Canadá, esse valor estabilizou e na França e Reino Unido não foi possível chegar a uma conclusão, por inexistência de dados.

O estudo provou o que se tem vindo a demonstrar, ou seja, que a dependência associada a situações de doença é mais comum na população com mais de 65 anos de idade, com clara prevalência para os mais idosos, a partir dos 75 anos, mas também que a

²³ O estudo foi efectuado em 12 países dessa organização: Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Itália, Japão, Holanda, Suécia, Reino Unido e EUA.

dependência está associada ao grau de escolaridade e aos recursos sociais e de saúde disponíveis em cada país. Também as doenças crónicas²⁴ como artrite, problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e obesidade são um dos principais factores que condicionam a autonomia nas pessoas idosas. Mas quanto maior for o grau de escolaridade, menor é a dependência e vice-versa, assim como quanto maior for o investimento dos países em recursos adequados e com qualidade, mais tende a diminuir a dependência.

Além dos recursos disponíveis, do tipo de doenças e do nível de escolaridade, existem ainda outras variáveis que interferem positiva ou negativamente no processo de dependência e ou restrição de capacidade e que podem condicionar a autonomia das pessoas idosas. São elas: o tipo de profissão exercida e a situação na profissão; o nível de pobreza e exclusão associada quer à escassez de rendimento, quer ao sentimento de solidão e índice de isolamento social; o estilo de vida pessoal e o acesso aos serviços de saúde e de protecção social.

Um nível de escolaridade mais elevado representa uma maior probabilidade de exercer uma profissão qualificada e bem remunerada, assim como de efectuar escolhas informadas centradas na autonomia e independência. Em Portugal, se compararmos o nível de instrução das pessoas idosas com o dos outros grupos etários, verificamos que o grau de escolaridade é menor no grupo dos mais velhos. Quanto à situação na profissão e proveniência do rendimento, a maioria das pessoas com mais de 65 anos é reformada, existindo cerca de 4,2% que segundo o censo de 2001 dependem, ainda, do rendimento da família²⁵.

Relativamente à situação na profissão, na categoria de reformado, verifica-se que existe uma diferença entre os sexos (INE, 2002c: 195) que prejudica as mulheres em favor dos homens. Nesta categoria, existem 97% de homens e 76,9% de mulheres, o que significa que as restantes mulheres nesta faixa etária não se encontram reformadas – por dependerem das reformas do cônjuge, por terem entrado mais tarde no mundo do trabalho ou ainda por não terem suficientes anos de participações para garantirem uma reforma do sistema contributivo. Este facto prejudica negativamente o acesso das mulheres a um rendimento²⁶.

²⁴ As doenças, no caso dos idosos, ganham importâncias distintas consoante os países, sendo de referir que as que prevalecem com mais frequência em quase todos os países estudados são a hipertensão e a artrite (OCDE, 2007: 7).

²⁵ Na faixa etária dos 55 aos 64 anos, existe uma percentagem significativa de pessoas em situação de reforma – cerca de 35,6%. É também nesta faixa etária que cerca de 14,7% dependem da família.

²⁶ Os dados demográficos demonstram também que as mulheres iniciam o processo de reforma mais cedo do que os homens. Enquanto as mulheres se reformam em média entre os 45 e os 49 anos, os homens reformam-se

Em Portugal, a população idosa ainda exerce algumas actividades, representando os activos 19% do total da população idosa com 65 ou mais anos. Cerca de 70% de homens e 75,5% de mulheres exercem actividade na agricultura, na produção animal, na caça e silvicultura, e 11% de homens e 8,6% de mulheres trabalham no comércio por grosso e retalho.

A diminuição do rendimento, o baixo nível de escolaridade, as más condições habitacionais, o deficitário acesso aos recursos sociais ou a sua inexistência, a maior probabilidade de se encontrarem dependentes, isoladas e em solidão são factores que determinam que as pessoas idosas tenham mais probabilidade de viver em situação de pobreza. Em 2005, existiam na União Europeia cerca de 68 milhões de pobres, representando cerca de 15% da população residente (European Communities, 2005). O risco de pobreza, segundo a mesma fonte, afectava sobretudo os desempregados, os pais e mães solteiros (as) (com valores especialmente altos neste último grupo), as pessoas idosas, sobretudo as que vivem sós, com maior risco para as mulheres e famílias com pessoas dependentes (deficientes e outros doentes com necessidade de cuidados) (European Communities, 2005)²⁷.

A pobreza em Portugal está associada ao modo como o desenvolvimento social, político e económico se desenrolou, existindo uma “correlação entre esse processo de desenvolvimento e a desigualdade” (PNAI, 2006a). Dados do Eurostat e do PNAI (2006a) revelam que cerca de 30% dos idosos em Portugal vivem abaixo do limiar da pobreza monetária, associada à “dificuldade de acesso a bens e serviços básicos”, tornando esta população extremamente vulnerável (PNAI, 2006a). Porém, os indicadores de pobreza em relação às pessoas idosas apresentaram uma melhoria significativa nos últimos cinco anos. A taxa de risco de pobreza em Portugal nas pessoas com 65 ou mais anos é de 26% (REAPN: 4) e a taxa de pobreza segundo a condição perante o trabalho no caso dos reformados era de 20%. Comparativamente com os homens (18%) este risco é superior nas mulheres (22%) (REAPN, 2009: 11).

As pessoas idosas, designadamente as que vivem em situação de pobreza, são mais vulneráveis à solidão provocada pelo isolamento social. Atentemos na distinção entre os

dez anos mais tarde (INE, 2002c: 195-1996). Ainda segundo a mesma fonte, na década anterior, entre 1992 e 2001, o número de mulheres trabalhadoras aumentou, o que as pode posicionar positivamente no futuro quanto ao acesso à reforma.

²⁷ As crianças e os jovens sempre constituíram um grupo exposto a situações de pobreza. Mas só actualmente existe uma verdadeira preocupação com este grupo centrada preferencialmente no acesso aos serviços de cuidados de saúde, no abandono escolar precoce e no acesso ao mercado de trabalho em idades muito jovens, sobretudo em áreas não qualificadas e informais (European Communities, 2005), "Joint report on social protection and social inclusion", Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities).

termos “solidão” e “isolamento”. A solidão é “uma condição emocional” e representa “a falta de alguma relação necessária” ao ser humano para manter a proximidade de outros (Paúl, 1997:83). Já o isolamento significa tanto o distanciamento das redes sociais quer formais quer informais, como as dificuldades que as pessoas revelam na movimentação e na integração nessas redes.

Porém, quando falamos de pessoas com 65 ou mais anos, estes dois conceitos andam lado a lado²⁸, pois a maior parte das pessoas idosas não está sozinha por opção sua, mas sim por imposições internas e externas à própria família. A imposição interna está associada à perda de familiares e amigos próximos, a situações de doenças incapacitantes, à necessidade de cuidados e à consequente diminuição de relacionamentos pessoais e sociais gratificantes. A imposição externa está associada à inexistência de equipamentos sociais adequados às necessidades das pessoas nessas condições e ao desconhecimento dos recursos existentes por parte das pessoas idosas²⁹.

Em suma as causas da dependência podem ser imprevisíveis e previsíveis (OCDE, 2007: 6). As imprevisíveis englobam factores naturais, acidentes ou doenças crónicas e incapacitantes e as que podemos prever, estão aliadas a determinados indicadores de risco tais como o aumento da idade, o nível de escolaridade, o rendimento, o isolamento, os hábitos de vida e os recursos sociais. São estas últimas variáveis que a política pública e social pode modificar, interferindo positivamente, no processo de envelhecimento através de políticas. Com isso, aumentam os anos de vida sem dependência e, consequentemente, a autonomia e a capacidade para o desempenho de uma vida com mais qualidade.

²⁸ É comum associar-se estes dois conceitos quando se fala de pessoas idosas. A partir dos 65 anos, os relacionamentos sociais vão diminuindo com a morte de amigos e do cônjuge, num momento da vida em que a rede de suporte informal é determinante para a sua sobrevivência.

²⁹ Segundo o INE, em Portugal, mais de 68% das pessoas com 65 ou mais anos conversam com vizinhos diariamente e 90% uma ou duas vezes por semana (INE, 2002c: 199). Contudo, quando nos referimos aos contactos mais longos, com amigos e familiares, o afastamento é maior. Neste grupo, só 36% tem esse tipo de contacto diariamente e 33% uma ou duas vezes por semana (INE, 2002c: 199). Os dados mostram ainda que cerca de 14% dos homens e 16% das mulheres consideram que no ano anterior não tiveram nenhum tipo de convívio mais prolongado com amigos ou família. As actividades culturais também são escassas, predominando o visionamento de televisão para 98% dos homens e 94% das mulheres.

3 – A família e o envelhecimento

Os cuidados familiares

A palavra “cuidados” está associada ao verbo “cuidar”, que remete para a ideia de “atenção e olhar ao outro” (Guilligan, 1997) e implica a concretização de um processo tanto de “prestar” como de “receber cuidados”. Os cuidados representam um valor negativo, associado à necessidade de cuidar e um valor positivo, que remete para a atenção ao outro e solicitude (Moss e Cameron, 2002: 5). O processo de cuidar esteve, durante muito tempo, associado ao cuidado informal prestado dentro do grupo familiar³⁰, ao “*self care*”, ao dar e receber que implicam as ideias de reciprocidade (Mauss, 2001), protecção, apoio e sentido de responsabilidade. Dar e receber cuidados envolvia uma determinada necessidade e o desenvolvimento de um processo de socialização, prevenção, protecção dos riscos e promoção da autonomia e independência, efectuado na esfera familiar, sobretudo pelos membros femininos da família, de carácter informal.

Quando identificamos o suporte informal, queremos evidenciar a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência por parte da família, amigos e vizinhos (Lage, 2005: 205-206). Este termo é também utilizado por Land, (2003) para caracterizar uma grande variedade de relações entre os membros da família, dentro ou fora do núcleo familiar, nomeadamente entre esposas e esposos, pais e crianças e outros parentes.

O apoio familiar traduz-se na prestação de serviços domésticos e financeiros ou instrumentais, afectivos e emocionais ou expressivos e informativos ou estratégicos (Déchaux, 1996; Rodríguez, 2006:27). Os serviços domésticos e financeiros ou instrumentais são entendidos como actividades positivas que operam sobre as realidades tangíveis necessárias à subsistência do indivíduo. Os serviços afectivos e emocionais ou expressivos colocam em prática a relação com o outro, medeiam a relação entre o indivíduo e a vida social. Os serviços informativos e estratégicos dizem respeito ao apoio para a resolução de questões do quotidiano como, por exemplo, o tratamento de determinado problema de saúde.

³⁰ Esta actividade, associada ao trabalho feminino, tem sido objecto de estudo da literatura feminista e dos *Women Study* desde a década de 60. Pretendiam desmistificar a ideia do cuidar como categoria que caracterizava negativamente a condição de vida das mulheres (Daly e Lewis, 2000), colocando em evidência a relevância do trabalho “doméstico” como parte integrante da produção económica e da política social, no sentido de reivindicar igualdade entre homens e mulheres.

Estes serviços prestados pelos familiares “têm características multiformes e desiguais ao longo do ciclo de vida” e seguem motivações múltiplas: a lógica das necessidades, da obrigatoriedade, do interesse, da reciprocidade e da complementaridade e do compromisso (cf. Pimentel, 2006). A primeira lógica, a das necessidades, refere-se aos apoios que são prestados aos membros da família que estão em dificuldade temporária e que têm um carácter urgente, como é o caso de doenças agudas; a segunda lógica, a da obrigatoriedade, está associada ao dever de cuidar enquanto obrigação, como acontece nos casos em que a pessoa cuida porque não tem alternativa; a terceira lógica, a do interesse, implica um proveito associado à prestação dos cuidados como, por exemplo, beneficiar de uma herança ou de um pagamento, mas igualmente beneficiar de estatuto social incorporado no “bem-fazer” ao “cuidar de alguém”; a quarta lógica, a da reciprocidade, pressupõe não só uma contra-dádiva resultante do pagamento de uma dívida, ou seja, de uma dádiva recebida anteriormente, como a de pais para filhos; a quinta lógica refere-se à complementaridade e está relacionada com um regime de prestação de apoio recebido pelo sistema do Estado-providência ou com outro suporte formal existente; e por último, a lógica do “compromisso” associa-se ao apoio que é prestado a alguém quando existe um sentimento profundo de afecto para com a pessoa que necessita de cuidados (Finch e Mason, 1993; Fernandes, 2001).

O estudo de Finch e Mason (1993) ao suporte informal familiar contraria a ideia de que este é “imposto” ou “fixo”. Pelo contrário, o suporte informal é complexo e imprevisível. Para esta imprevisibilidade concorrem factores como a questão demográfica, as orientações do Estado, o trabalho longe dos familiares, sobretudo das mulheres, e a (in)disponibilidade familiar. Estes factores não são os únicos que determinam o suporte familiar, existindo outros como o percurso geracional associado ao ciclo de vida, a posição económica, o género e a etnicidade. Mas segundo os autores, a variável determinante para a prestação de suporte familiar às pessoas idosas é, sem dúvida, o tipo de relacionamento familiar, enquanto compromisso afectivo construído ao longo dos anos. Nalguns casos a relação entre as pessoas baseada no amor e no afecto sobrepõe-se aos princípios e valores morais implícitos na ideia de dever de cuidar enquanto “obrigação” e dádiva – dever. Esta é também a conclusão a que chega Mesthenes e Triantaffillou (2005: 3) no projecto Eurofamcare³¹. Este revela que os laços afectivos são o principal motivo para cuidar,

³¹ Conclusões de um estudo efectuado em 2004 a 6000 agregados familiares que cuidam de idosos dependentes em 6 países europeus: Alemanha, Grécia, Itália, Polónia, Suécia e Reino Unido.

representando 57%, seguidos do dever em 15%, da obrigação em 13% e dos familiares que referem não ter outra alternativa com 3%.

Características dos cuidadores e dos cuidados

A maioria dos cuidados prestados às pessoas idosas é assegurada por cuidadores familiares (Escobedo et al., 2002; Johansson e Cameron, 2002; Kröger, 2003; Moss e Cameron, 2002; Phillipson, 2002; Saraceno e Naldini, 2003; Trifiletti et al., 2003) e Portugal não é excepção (Quaresma, 1996). No nosso país, a ideia de que as famílias são responsáveis pelos seus familiares idosos ainda é comumente aceite e assumida como um “processo natural”, justificado cultural e socialmente (Sousa e Figueiredo, 2004), e quando surgem determinadas necessidades, espera-se apoio recíproco dos seus membros e da sua rede de relacionamentos.

Mas quando falamos de cuidadores familiares é necessário situarmo-nos relativamente ao tipo de cuidador e de cuidados que são prestados. Atendamos primeiro ao tipo de cuidador. Estes podem ser primários e secundários. Os primeiros são “quem realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa idosa dependente”, que inclui, por exemplo, “tidas domésticas, preparação de comida, lavagem de roupa, cuidados pessoais, suporte financeiro, transportes, entre outros” (Martin, 2005: 184). Os segundos, os cuidadores secundários, são pessoas “que não têm a responsabilidade principal de cuidar do dependente, mas complementam os cuidados básicos com outras actividades de suporte” (Martin, 2005: 193) como, por exemplo, a supervisão dos cuidados que a pessoa idosa presta a si própria – auto-cuidado –, passear ou tratar de assuntos administrativos.

Se tivermos em conta a tipologia dos cuidadores, primários e secundários, deparamo-nos com alguns dilemas decorrentes da inexistência de bases de dados adequadas que permitam efectuar a análise do tipo de cuidados prestados pela família em Portugal. Acresce ainda um défice de conhecimento efectivo relativamente ao número de pessoas que cuidam dos seus familiares idosos, o tipo de cuidados que prestam e a respectiva duração. Apesar de tudo, nas últimas décadas foram efectuados alguns estudos aos cuidados informais que nos ajudam, ainda que de uma forma global, a definir algumas características gerais quer dos cuidadores, quer do tipo de cuidados que são prestados.

Um dos primeiros estudos efectuados comparou os cuidados em alguns países europeus (Jani Le Bris, 1994; Quaresma, 1996). Outros identificaram alguns elementos que levaram a compreender o tipo de suporte prestado pela família e a sua relação com os

recursos formais (Sousa e Figueiredo, 2004; Sousa et al., 2004a; Torres (Coord.), 2004; Wall et al., 2001b). Também os relatórios³² de avaliação do PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos – permitiram perceber as características dos cuidados que são prestados pelos familiares aos idosos em situação de dependência. Estudos mais recentes analisam a carga dos cuidadores familiares (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

Os cuidados familiares são efectuados maioritariamente por um elemento da rede familiar ou de amigos, decorrente da proximidade residencial. No caso da pessoa totalmente dependente, a maioria dos cuidadores vive debaixo do mesmo tecto, identificando-se os cônjuges ou os filhos(as). Os primeiros estudos de Jani Le Bris (1994) e Quaresma (1996) demonstram que os cuidados femininos correspondiam a 75% e os masculinos a 25%.

Os cuidadores femininos são predominantemente as esposas, em cerca de 20% dos cuidadores informais, assim como as filhas e noras, que representavam cerca de 64,3% dos cuidadores. Estas tinham uma média de idades entre os 45 e os 55 anos. No que diz respeito às esposas estas encontram-se na senescência com idades entre os 64 e os 75 anos. Muitas estão também incapacitadas, têm a sua vida limitada e associam-se a situações de perda de recursos financeiros e de amigos. (Jani Le Bris, 1994; Quaresma, 1996; Sousa e Figueiredo, 2004; Sousa et al., 2004a) .

A hierarquia dos cuidadores apresentava em primeiro lugar as esposas, seguida dos maridos, das filhas e das noras. Em quarto e em quinto lugar surgiam as sobrinhas e os irmãos. Actualmente, esta hierarquia (Jani Le Bris, 1994) tem algumas modificações no caso português, já que, quando o estudo foi realizado (1994), era raros os homens serem cuidadores. Contudo, nos relatórios do PAII³³ verifica-se uma presença substantiva de cuidadores masculinos, sobretudo esposos. A idade dos mesmos situa-se entre os 75 e os 84 anos.

O tipo de cuidados prestados pelos familiares intercala os expressivos e os instrumentais. Nestes últimos incluem-se o trabalho doméstico, e higiene pessoal e do domicílio, a alimentação e o transporte. Os cuidados expressivos incluem suporte social, relacional, emocional e companhia. Estes dois tipos de cuidados são mais frequentes no caso

³² Ministério da Saúde e Instituto da Segurança Social, 2003; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social da Família e da Criança, 2002; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001; Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998; Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000.

³³Ministério da Saúde e Instituto da Segurança Social, 2003; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social da Família e da Criança, 2002; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001.

dos cuidadores femininos, nomeadamente as filhas (Jani Le Bris, 1994). No caso dos filhos, o suporte prestado é predominantemente a nível do lazer e da gestão dos bens associados aos cuidados estratégicos. Pode então dizer-se que os cuidados primários são prestados predominantemente pelas filhas e os cuidados secundários predominantemente pelos filhos, existindo uma correlação de género quanto ao tipo de apoio prestado. Na análise dos cuidados prestados, verifica-se também que as próprias pessoas idosas se apoiam a si mesmas – auto-cuidado – (Phillipson, 2002), quer vivam acompanhadas, quer vivam sós.

Ao efectuamos uma análise mais pormenorizada ao tipo de pessoas que cuidam de idosos em situação de dependência, verifica-se que os níveis de escolaridade predominantes não são superiores ao actual primeiro ciclo do ensino básico. Segue-se a não existência de nenhum grau de escolaridade, do 6º ano, do 9º ano, do 11º ano, do 12º ano e do grau médio e superior de ensino respectivamente (Sousa e Figueiredo, 2004). Na situação profissional verifica-se também uma diferença: enquanto os homens cuidadores são predominantemente reformados, as mulheres são domésticas e trabalhadoras no activo e, neste caso, predominam as filhas. A maioria do rendimento dos cuidadores provém da reforma. No caso de casais reformados, verifica-se que o rendimento dos cuidadores masculinos é superior ao rendimento das cuidadoras femininas (Sousa e Figueiredo, 2004).

No estudo Jani Le Bris (1994) os cuidadores informais iniciam a sua função por necessidade, quando acontece um problema de doença. No caso dos (das) esposos(as), a prestação de cuidados torna-se “natural” e integrada nos hábitos quotidianos. Quanto à duração dos cuidados diários, a maioria dos cuidadores familiares gasta, em média, cerca de 4 horas por dia. Contudo, como já referimos anteriormente, os cuidados variam consoante o grau de dependência, o tipo de cuidados necessários, a disponibilidade do cuidador familiar e o relacionamento entre o cuidador e a pessoa que necessita de cuidados, aumentando o número de horas com a intimidade³⁴. Estes cuidados são prestados predominantemente de forma contínua e durante um período de 1 e 10 anos, em média. Vejamos de seguida quais as potencialidades e limites deste tipo de cuidados.

Potencialidades e limites dos cuidados familiares

A posição económica e as interacções dentro da família, a coesão do grupo e fora da família, nomeadamente o grau de integração com o exterior (Kellerhals, 1987; Segalen, 1999) determinam o tipo de cuidados prestados e recebidos. Kellerhals (op. cit.) desenvolveu

³⁴ Neste estudo, intimidade significa viver em conjunto na mesma casa.

um modelo de análise que permite considerar vários tipos de dinâmicas e de relações entre os membros da família a partir dos eixos referidos anteriormente: a coesão e a integração. Cruzando essas duas categorias de análise, chegou a quatro tipos de família: a família paralela, a família bastião, a família companheirismo e a família associação³⁵. Esta análise revela que nem todas as famílias têm o mesmo padrão de interação e organização, assim como a existência de vários padrões de ajuda entre os seus membros, associados à classe social e à posição da família na divisão social do trabalho.

O suporte informal relacional e até o sentimento da obrigação mútua varia claramente com o meio social. Nos meios populares domina, sobretudo, o dever de solidariedade e de entreatajuda. Por exemplo, as famílias operárias em contexto de privação de recursos têm um tipo de reprodução social específico (Bertaux, 1978; Hoggart, 1973). Os autores demonstram que estas famílias investem pouco em si, relacionam-se pouco entre si e investem pouco na transmissão da memória familiar, organizando o seu dia-a-dia para a sobrevivência³⁶. Na maioria dessas famílias “o cuidar constituiu uma obrigação (...) que tem como contrapartida não contrariar as normas em vigor nesse meio” (Martin, 1995). Esta obrigação está implícita no dever moral associado à autoridade, aos princípios e valores que organizavam a sociedade tradicional, onde a comunidade, a solidariedade e a identidade têm subjacentes esses princípios. A moral determina assim “o que devo fazer” ou “o que é preciso” relativamente à prestação de cuidados.

Esta é também a conclusão a que chegou Hespanha (1993), que identificou a existência desses valores numa comunidade rural perto de Coimbra. O cuidado prestado aos idosos por parte dos familiares tinha a particularidade de obrigar o filho (ou filhos) que vivia na casa dos pais a ser responsável pela sua sobrevivência. No entanto, essa obrigação no meio rural passou a ter outros contornos, pois já é “raro” os filhos viverem na casa dos pais após o casamento. Neste contexto, logo que os pais ficavam dependentes, os filhos assumiam a obrigação de os levar para sua casa (Hespanha, 1993). Essa obrigação era

³⁵ A família paralela é fechada e autónoma. Os papéis dos seus membros são diferenciados e os domínios de interesse não se cruzam. A família bastião caracteriza-se por ser recolhida sobre si, ter poucos contactos com o exterior e tender a partilhar o máximo de opiniões e de actividades. Na família companheirismo existe uma fusão em determinados assuntos e, simultaneamente, autonomia dos seus membros. Por último, na família associação existe abertura e autonomia dos seus membros.

³⁶ É também esta a conclusão a que se chega Torres, Coord. (2004) relativamente ao suporte familiar em Portugal: as famílias com menos recursos são as mais sobrecarregadas. As famílias com rendimentos mais baixos, com menores níveis de escolaridade e emprego desqualificado são aquelas onde existem menos trocas entre as gerações (Aboim e Wall, 2002; Vasconcelos, 2002), sendo o seu modo de vida de pobreza reproduzido através das gerações.

partilhada por todos os filhos, pelo que as pessoas idosas muitas vezes “rodavam” pelas casas dos filhos, permanecendo temporariamente em diferentes locais.

As classes populares solicitam mais suporte formal no âmbito da solidariedade social, a nível de cuidados domiciliários, institucionais, temporários ou permanentes, de dia ou de noite. Quando este não existe, é inacessível ou insuficiente, a família define então estratégias de partilha das tarefas de cuidar quer seja em casa do idoso, quer em termos de circulação pela casa dos filhos (Hespanha, 1993; Jani Le Bris, 1994). As famílias com rendimentos suficientes para fazer face à dependência tendem a adquirir os cuidados necessários no mercado, nomeadamente através de empregadas domésticas (Sousa e Figueiredo, 2004) ou de serviços organizados por empresas privadas.

Nas famílias de “meios culturalmente mais abastados (...) as formas de solidariedade são distintas. A regra que não deve infringir-se é a da autonomia” (Martin, 1995). O autor considera que “quanto maior for a posição social, tanto mais probabilidades de obter ajuda no seu círculo de relações”, implicando, não um dever moral, mas uma responsabilidade associada à emancipação social (Martin, 1995). As famílias de estratos sociais mais baixos consideram que o centro desse *contrato social* é o dever que têm para com os seus membros, e os estratos sociais mais altos definem-no como escolha (Attias-Donfut (Ed.), 1995; Pitrou, 1995). Nestes casos, a entrada nesse *contrato* de troca de solidariedade é uma decisão individual, uma escolha reflectida e, nos primeiros, uma imposição.

Em Portugal, nestes últimos anos, foram introduzidas medidas legislativas que valorizam a igualdade e a paridade entre os sexos na esfera pública e privada. Por exemplo, na revisão da Constituição de 1997, foi introduzido o princípio da igualdade e o princípio da não discriminação entre homens e mulheres no trabalho, promovendo para ambos os sexos a conciliação entre a vida profissional e familiar e implicando uma maior partilha de cuidados domésticos. Estas orientações legislativas ainda não se revelam nas práticas, designadamente no reconhecimento desses princípios como direitos por parte das entidades empregadoras (Torres (Coord.), 2004). Torres, Coord (op. cit) dá o exemplo dos cuidados às pessoas idosas: apesar de os serviços institucionais terem sido alargados, abrangendo um maior número de pessoas, ainda não são reconhecidos na esfera pública os serviços que são prestados no contexto da rede familiar.

Em famílias com pessoas idosas a cargo, as estratégias familiares de conciliação da vida profissional com a vida pessoal passam sobretudo pela responsabilidade da mulher em

cuidar dos dependentes e traduzem-se numa sobrecarga de trabalho. Esta gere a sua vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades sociais dos idosos a cargo e da restante família, marido e filhos. A sobrecarga de trabalho feminino pode ser causadora de stress físico e psíquico tanto para quem cuidada como para quem recebe os cuidados. Verifica-se que as pessoas que prestam cuidados são menos resistentes e mais frágeis física e psicologicamente (Figueiredo, 2007; Jani Le Bris, 1994; Sequeira, 2007).

O stress e as dificuldades objectivas resultantes da responsabilidade pelos cuidados aos idosos podem ser causadoras de violência sobre os mesmos (Sousa e Figueiredo, 2004), mas também afectam negativamente a dinâmica familiar do cuidador, sobretudo quando existe alteração da habitação ou privações de tempo e de atenção a outros membros da família (Jani Le Bris, 1994). Contudo, cuidar de uma pessoa idosa dependente também pode trazer benefícios à relação familiar, em particular se existirem contrapartidas financeiras, seja trabalho pago ou heranças.

Apesar de a família ainda se constituir como principal cuidadora, é necessário questionar o tipo e o modo de prestar cuidados em situações complexas que exigem acção profissional, formação e apoio a cuidadores cada vez mais envelhecidos. Cuidar no âmbito informal requer a integração e articulação com os cuidados formais e a responsabilização do Estado pela concepção destas medidas. Assim colocado o problema, vejamos como o Estado-providência responde a uma questão que se vem impondo: o aumento das necessidades de cuidados a pessoas idosas dependentes.

4 – O Estado-providência: da política de velhice à política de cuidados

O Estado-providência decorre do próprio movimento do Estado-nação moderno, revelando, porém, uma forma distinta de conceber a política do Estado protector clássico³⁷ (Rosanvallon, 1991: 18-19). Segundo o autor, o Estado-providência³⁸ introduz alterações substantivas no Estado clássico, de onde deriva, nomeadamente em relação à redistribuição

³⁷ O Estado clássico foi concebido para ter uma dupla tarefa: produzir segurança e reduzir a incerteza, centrado na defesa dos direitos naturais (direito à vida) e na defesa dos direitos civis (direito à propriedade).

³⁸ O Estado-providência pode ser analisado segundo várias perspectivas. Pela lógica da industrialização, onde o Estado tinha a função de responder às diferentes necessidades da sociedade industrial; como resposta às necessidades do capitalismo; como produto da modernização; pelas regras políticas e ideológicas e das classes sociais; pela influência da organização social da produção; pela acção da estrutura de interesses do Estado e das políticas. Os recentes desenvolvimentos no que se refere à teoria do Estado, ao género e suas tipologias favoreceram o aparecimento de outras abordagens, que têm em conta a globalização, a desindustrialização e as novas políticas de bem-estar (Cousins, 28-39).

de rendimentos, à regulação das relações sociais e à responsabilidade por certos serviços sociais colectivos.

A sociedade passa a ser organizada segundo as regras do mercado e a protecção social estatal substitui ou complementa a providência religiosa e/ou altruísta para fazer face às disfunções da sociedade industrial (Rosanvallon, 1991: 23). O Estado, até então defensor do território e dos direitos cívicos, emerge agora como protector dos direitos políticos e sociais, tendo como base a diferenciação e a regulação das relações sociais e constituindo-se como resposta aos desafios do desenvolvimento das sociedades modernas³⁹ (Mozzicafreddo, 2000: 6).

Historicamente podemos situar a emergência da política social e o aparecimento dos sistemas de seguro e de segurança social no final do século XIX com a institucionalização dos direitos sociais nos países industrializados do Centro e Norte da Europa. A fundação dos direitos sociais tinha como objectivo “a protecção dos indivíduos atingidos por ocorrências que provocam a redução ou a perda dos meios de sustentação, gerada por uma actividade profissional ou um acréscimo anormal dos seus encargos, ocasionando uma redução do seu nível de vida” (Carreira, 1996: 37).

O Estado-providência surgiu na sociedade industrial precisamente para garantir um rendimento aos operários e para manter a fidelidade, estabilidade e qualidade da mão-de-obra (cf. Esping-Andersen e Palier, 2009: 28), diminuindo o risco e promovendo o bem-estar sob a forma de direitos sociais. Estes expressam segundo Mozzicafreddo (2000: 181), o direito à “participação e à distribuição de recursos materiais e a condições sociais para a realização de um nível de vida que possibilite a integração dos indivíduos” na sociedade, independentemente da sua actividade socioprofissional.

³⁹ Neste contexto de mudança, o Estado assumiu as seguintes funções: mínimas, intermédias e activas. Estas funções, enunciadas pelo Banco Mundial, foram tomadas como referência na análise da construção dos Estados em Fukuyama (2006). O autor definiu algumas dimensões importantes que os Estados assumem com maior ou menor intensidade, em função do desenvolvimento dos países, da sua história, cultura e valores. As funções mínimas estão ligadas às falhas do mercado e visam promover a igualdade, fornecendo bens públicos essenciais a nível da defesa, da segurança, dos direitos de propriedade, da gestão macroeconómica e da saúde pública. As funções intermédias estão associadas às externalidades, fornecendo educação e protecção ambiental, pela regulação de monopólios, regulação financeira, regulação de fornecimento de serviços públicos essenciais e protecção do consumidor. Visam igualmente fornecer segurança social através das pensões redistributivas, dos abonos de família e subsídios de desemprego. As funções activas estão ligadas à actividade privada, pelo incentivo aos mercados e iniciativas de concentração sectorial cujo objectivo seja a redistribuição de activos (cf. Fukuyama, 2006: 21).

As primeiras medidas exemplares deste processo surgiram na Alemanha de Bismarck, sob a forma de seguros sociais obrigatórios⁴⁰. Ao contrário do que se possa pensar, as políticas de protecção social não se dirigiam às “pessoas idosas”, mas à protecção do risco social dos indivíduos inseridos no mercado de trabalho. Estes riscos eram a invalidez resultante dos acidentes de trabalho, as doenças involuntárias e a morte. Esta forma de protecção social, baseada nos seguros, responsabilizava os empregadores, os próprios trabalhadores e as instituições autónomas pela sua concretização. Tais medidas inovadoras para a época possibilitaram, segundo Mozzicafreddo (2000: 7) tanto “compensar as disfuncionalidades do mercado, como responder à mobilização social e sindical da época”.

O Estado assumiu assim, pela primeira vez, um papel de regulação e de diferenciação, pois os seguros protegiam determinadas corporações profissionais, conferindo, deste modo, um direito que era “condicionado ao pagamento de contribuições” (Marshall, 1967b: 81). Este tipo de protecção, baseado nos seguros, generalizou-se a outros países. Porém a intervenção do Estado na área social nunca foi consensual nem unívoca. A ideia de que o Estado deveria ter um papel mais interventivo na sociedade era geradora de debates que ainda hoje se mantêm, sobretudo na questão do dever do Estado intervir ou não em determinadas áreas, bem como de saber se “quem não pagava tinha direito a ter auxílio” (Marshall, 1967b: 81). Deveria caber ao Estado ou às organizações voluntárias esse papel? A resposta a estas questões neste contexto sócio-histórico era geradora de polémica, prevalecendo ainda a ideia de que seria suficiente a assistência baseada no voluntariado por contraponto à ideia de que o Estado deveria assumir essas funções.

No que se refere aos cuidados, não existiam dúvidas, estes eram frequentemente assegurados e prestados por entidades voluntárias em função do desenvolvimento psicossocial das crianças e pessoas doentes e não das pessoas idosas, porque, até aí, “a questão social dos idosos” ainda não se colocava tal como hoje é concebida. A assistência institucional e a domiciliária baseavam-se na solidariedade e nos valores religiosos,

⁴⁰ A primeira lei foi instituída em 1883, o seguro de doença obrigatório para os operários da indústria (2/3 das quotas eram dos empregadores e 1/3 dos operários). Os seguros eram geridos por instituições autónomas que se administravam a si mesmas sob controlo do Estado. A segunda lei foi instituída em 1884, a lei sobre os acidentes de trabalho. Os patrões eram obrigados a quotizar-se em caixas corporativas para cobrir as formas de invalidez permanente resultantes de acidentes de trabalho. Em caso de incapacidade total, deveria ser pago ao operário 66% do salário em forma de renda. Em caso de morte, a viúva recebia uma renda de 20%, mais 15% pelos filhos a cargo. A terceira lei, de 1899, sobre seguro de velhice e invalidez, instituiu um primeiro sistema obrigatório de reformas. Estas três leis foram codificadas e generalizadas pelo código dos seguros sociais de 1911, sendo este o primeiro modelo histórico do género (Rosanvallon, 1991).

assumindo uma forma de evangelização. A finalidade da intervenção era a prevenção das doenças e a normalização da conduta social. A maioria das intervenções era voluntária e não profissionalizada.

Até à Segunda Guerra Mundial os cuidados eram remetidos para a família e, caso não existisse, para a institucionalização em asilos, residências, hospícios ou casas dos pobres. Os cuidados prestados no domicílio pelas entidades voluntárias eram efectuados, em caso de restrições alimentares, sobretudo em famílias cujos maridos tinham emigrado para as cidades, estavam ausentes ou tinham falecido (Ewijk et al., 2002). Quer os cuidados residenciais, quer os cuidados domiciliários estavam a cargo de associações laicas e religiosas que apoiavam sobretudo as famílias identificadas como pobres.

Exigência dos cuidados no âmbito da política de velhice

Depois da Segunda Guerra Mundial, emergiu na Europa um contexto social, político e económico favorável à intervenção do Estado nas áreas sociais e económicas. O Estado começou a ter um papel activo na “libertação da sociedade das necessidades”, através da criação de um sistema de segurança social, em resposta aos “imperativos do processo de produção capitalista” (Offe, 1984: 33). Neste contexto, foi implementado o plano Beveridge nos países da Europa Central e do Norte. O sistema beveridgiano agrupava-se em três tópicos: “o plano deve ser de seguro contributivo, compensatório e universal; as contribuições e benefícios devem ser de valor fixo para todos os beneficiários, sendo fixados segundo o nível de subsistência, e os benefícios instituídos devem ser suplementados por poupança voluntária que deve ser estimulada por medidas positivas” (Marshall, 1967b: 100).

As bases destes princípios estavam associadas ao “crescimento económico e à expansão das políticas sociais. As políticas de regulação económica não eram dimensões relacionadas, mas elementos que se condicionam reciprocamente” (Mozzicafreddo, 2000: 8), nas quais o Estado tinha um papel fundamental, designadamente no fornecimento de serviços, na cobertura de riscos sociais, na produção de riqueza e na redistribuição de rendimentos.

Este sistema de segurança social público tinha como função não só prestar serviços sociais, mas também criar um “sistema de transferências de benefício monetário de dimensões diversas como por exemplo, abonos de família e outros subsídios; um sistema de assistência e de acção social, para apoiar algumas categorias de cidadãos socialmente necessitados em sectores desprotegidos da terceira idade; um sistema específico não

estrutural de atribuição de benefícios sociais e monetários indirectos, a exemplo as deduções fiscais” (Mozzicafreddo, 2000:10-12). Segundo o autor, o sistema tinha como finalidade regular e estimular a actividade económica, nomeadamente as políticas de orientação e dinamização macroeconómica e as políticas de investimento público no sentido de aumentar a procura. Fazia-o, quer impondo, quer negociando, com medidas destinadas à criação de infra-estruturas e serviços de apoio às actividades económicas. O objectivo da sua intervenção era proteger, complementar, substituir e compensar, de modo a compatibilizar lógicas e interesses diferentes com base em parâmetros do desenvolvimento económico e social.

O sistema beveridgiano e o sistema bismarkiano consolidaram-se nos países desenvolvidos e, independentemente da modalidade de acção, proporcionaram melhorias substantivas na vida das pessoas, visíveis em indicadores sociodemográficos como a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da natalidade, os anos de sobrevivência na velhice, assim como a promoção do acesso à saúde, à escolaridade e a determinados bens e serviços sociais. Neste contexto de bem-estar, generalizou-se a ideia de protecção da velhice e configurou-se uma nova noção de velhice, associada à acção do Estado, “a velhice pensionada”. Esta nova noção surge como um modelo que alterou as relações entre a velhice e a sociedade industrial. Neste âmbito, a política de velhice assumiu-se como “um conjunto de intervenções públicas que estruturam de forma explícita e implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (Guillemard, 1986: 22). O Estado tomou a seu cargo a protecção social do risco decorrente da idade, promovendo recursos sob a forma não só de transferências financeiras, mas também de serviços de integração e de coesão social.

No que se refere aos cuidados às pessoas idosas, foi a partir do período do pós-guerra que se verificou o aumento dos serviços de cariz voluntário no domicílio, organizados para o acompanhamento dos doentes e inválidos de guerra (Johansson e Moss (Eds.), 2004: 18). A profissionalização deste tipo de serviço está relacionada não com alterações demográficas associadas ao envelhecimento, mas com o aumento de situações de incapacidade física e psíquica no pós-guerra e com o investimento do Estado nesta área (cf. Ena, 1993). Mas assim que o Estado começou a intervir nesta questão, os cuidados informais voluntários foram substituídos pelos cuidados formais (Daatland, 2001). Este processo foi mais expressivo em países como a Grã-Bretanha, França e Suécia.

Por exemplo, na Grã-Bretanha foi criado em 1952 o Instituto de Organizadores do Serviço de Apoio Domiciliário, que formava assistentes de domicílio com o objectivo de

profissionalizar o serviço (Ena, 1993: 17). Ainda segundo a autora, em 1959, nesse país, a lei de saúde mental promoveu a “desinstitucionalização” dos asilos e das casas dos pobres e os serviços domiciliários começaram a ter funções pedagógicas na intervenção com os beneficiários. Porém, só em 1968 foi estabelecido que as administrações locais tinham a obrigação de proporcionar ajuda domiciliária a doentes, mães grávidas, pessoas idosas, deficiente e doentes, através da lei dos *community services*.

Também em França existiam organizações de cariz religioso que proporcionavam este serviço de forma voluntária, centrado sobretudo no apoio à família, e cujo objectivo era o sustento ou manutenção da mesma. Neste país, durante a guerra surgiram também associações laicas para apoiar sobretudo as famílias com prisioneiros de guerra. Estas organizações eram suportadas pelo Estado através de financiamento, assistindo-se a partir daí a uma tendência de profissionalização do serviço.

A Suécia do pós-guerra procurou uma interligação dos cuidados entre a área da saúde e a área social construindo *Nursing Tasks*⁴¹ e *Household Tasks*⁴² (Johansson e Moss (Eds.), 2004: 18-19). A intervenção nesta área proporcionou, por um lado, uma avaliação mais rigorosa, a adaptação da resposta às necessidades das pessoas e a diversificação dos serviços e, por outro lado, uma maior especialização e formação profissional, o que possibilitou a racionalização do suporte domiciliário e a criação de novas profissões (Ena, 1993: 22). Foi na década de 60 que surgiram algumas ideias pioneiras neste âmbito que ainda hoje são uma referência quando se fala em cuidados às pessoas idosas. O Reino Unido e a Suécia foram dois dos países pioneiros a assumir os cuidados pessoais no âmbito da política sob a forma de *community care* (Johansson e Moss (Eds.), 2004: 19-21; cf. Walker, 2001).

A França também ensaiou algumas medidas inovadoras relativamente aos cuidados com o Relatório Laroque (Leal, 1998). Este relatório propunha a criação de medidas legislativas de apoio às pessoas mais idosas, regulamentando a especialização dos serviços (Ena, 1993: 22). O documento foi um dos pilares da construção da política para as pessoas idosas e em situação de dependência neste país (Jani Le Bris, 2004: 32). Nele se considerava a necessidade de integrar as pessoas idosas na sociedade, fornecendo-lhes os meios para manterem o mais tempo possível uma vida independente, a partir da construção de equipamentos adaptados e adequados à dependência, e também se avançava com a

⁴¹ *Nursing Task* – prestavam cuidados médicos, de enfermagem, medicamentosos e sociais no domicílio quando necessário.

⁴² *Household Tasks* – prestavam cuidados sociais para manutenção das pessoas no domicílio, ajudando na higiene, alimentação, gestão do quotidiano e compras, entre outros.

necessidade dos serviços de apoio domiciliários, Porém, estes foram secundarizados em relação aos primeiros (Sánchez e Latty, 2003: 7). Este relatório admitia que os cuidados se dirigiram preferencialmente aos idosos, mas não consideravam o apoio ao familiar cuidador. Até à década de setenta estes modelos de cuidados alargaram-se a outros países europeus.

Reconfiguração da acção do Estado e dos cuidados

A partir da década de 70 a intervenção do Estado sofreu algumas alterações resultantes de transformações aliadas à crise económica, ao aumento do desemprego e da procura de bens sociais, sobretudo para as crianças, deficientes e pessoas idosas. Estas transformações modificaram o papel do Estado na política social e deram lugar a discussões cujo tema era a crise do Estado-providência (Rosanvallon, 1991, 1995). Tais discussões e transformações concederam espaço a um “novo” posicionamento do Estado. Este, segundo Mozzicafreddo (2000:16), “consolidou e reconfigurou a sua acção, assistindo-se a uma prática de forte intervencionismo na sociedade (...) através de grupos sociais e económicos intermediários” na área da economia social e da sociedade civil solidária. Esta acção baseava-se na regulação do Estado (Eberleim, 1999), ou seja, na imposição de regras públicas a esta área da economia.

A matriz do Estado-providência foi sendo alterada pela “realização de um sistema institucional redistributivo e com tendência a instituir esquemas complementares de protecção privados” (cf. Mozzicafreddo, 2000: 17) quer lucrativos, quer não lucrativos. Estes esquemas organizados substituíram a intervenção directa do Estado na prestação de bens e serviços sociais e introduziram alternativas à protecção social pública. Estas modalidades variavam entre a total privatização e a responsabilização do mercado até à responsabilidade partilhada com o sector não lucrativo solidário numa lógica de *welfare mix*.

Um dos primeiros países a proceder a este processo de privatização foi o Reino Unido, que privilegiou o sector privado lucrativo. A filosofia de concepção da política de cuidados orientada para a comunidade foi reforçada, tendo como princípio a ideia da manutenção da pessoa no seu meio e no seu espaço independente o mais tempo possível, passando esta a constituir a preocupação central da política dos cuidados de saúde e sociais.

Mas a grande transformação na prestação de cuidados aos idosos dependentes teve início nas décadas de 80 e 90 do século XX. Em 1982, a ONU efectuou uma assembleia-

geral⁴³ para analisar as consequências do envelhecimento. Desta assembleia surgiram algumas recomendações com impacto no desenvolvimento da política de cuidados aos idosos. Uma dessas recomendações era a de que os países deveriam desenvolver serviços de apoio no domicílio (Recomendação, nº 13).

A partir desta data, verificou-se uma tentativa de diversificar e especializar os recursos para situações de dependência crónica, física, psíquica e intelectual, em especial para as doenças degenerativas (Declercq e Audenhove, 2004: 14). Surgiram diversas respostas nomeadamente as residências temporárias (de curto e de longo termo) de reabilitação e de manutenção, os centros de dia, de convívio e de apoio domiciliário. Mas também uma alteração na forma organizativa, que passou a estar centrada em unidades mais pequenas, direccionadas para as necessidades de cada indivíduo (cf. Rodríguez, 2005: 118).

Esta especialização remeteu os cuidados residenciais para uma abordagem paramédica (Jani Le Bris, 2004: 10) centrada na saúde, por vezes em detrimento dos cuidados sociais. Alguns países⁴⁴ reorientaram esta área da política para a melhoria dos recursos, criando leis que determinavam o modo como estes recursos deveriam ser organizados e como as pessoas poderiam aceder aos mesmos. Apesar desse desenvolvimento, outros países, como os do Sul da Europa⁴⁵ (Walker, 2001) só nas décadas de oitenta e noventa começaram a prestar atenção a este tipo de cuidados, com destaque para os de âmbito social, organizando serviços, em especial centros de convívio, centros de dia e apoios domiciliários.

O envelhecimento activo: os cuidados como direitos

A ideia de que a função do Estado-providência era a de criar serviços, sobrepondo-se aos interesses das pessoas que os utilizavam, foi entretanto alterada. Actualmente, as políticas exigem que os sujeitos se emancipem (Giddens, 2007). Esta orientação requer, como nos dizem Esping-Andersen e Palier (2009: 32), que se passe de uma perspectiva “estática” que se contenta com o alívio das dificuldades imediatas dos indivíduos, para uma perspectiva “dinâmica” que pensa os problemas em termos de trajectória de vida.

Trata-se, segundo os autores, de transformar as políticas reparadoras e compensadoras numa estratégia preventiva fundada numa lógica de investimento social. Na

⁴³ Assembleia-geral que decorreu em Viena.

⁴⁴ A Holanda, com o *Welfare local act* em 1988, que integrava o *long term care schema*, a Suécia com a lei dos serviços sociais e de saúde na década de 80 e a Inglaterra em 1993.

⁴⁵ Espanha, Grécia e Portugal.

prática, a ideia é conceber as despesas sociais não como um custo mas também como um investimento que sustenta a transição para a economia do conhecimento. Actualmente as políticas do Estado-providência colocam as expectativas dos clientes na base do “contrato”, no sentido de personalizar os serviços. O Estado orienta as políticas para os problemas de transição nas vidas das pessoas tendo como objectivo investir nas suas capacidades, mesmo quando existam “limitações” substantivas, como é o caso da deficiência profunda ou dependência permanente, com restrição de capacidades, através de transferências financeiras e prestação de cuidados.

As políticas de cuidados são hoje em dia uma exigência societária, assumidas como um eixo fundamental que orienta as relações entre o Estado e a família, “afectando as relações entre homens e mulheres e entre classes sociais” (Kröger, 2001). Por isso, e tal como nos dizem Anttonen e Sipilä (1996: 89), elas constituem um dos meios privilegiados para a promoção da autonomia e independência dos indivíduos, quer dos que prestam cuidados, quer dos que recebem esses cuidados.

O “cuidar” remete para um processo multidimensional que “faz parte da vida das pessoas e envolve tarefas de prestar e de receber cuidados integrando relações e sentimentos, reciprocidade, interdependência e custos” (Moss e Cameron, 2002: 6). Esta actividade envolve relações que incluem cuidados físicos, emocionais e relacionais, efectuados segundo normas e quadros sociais quer dos que recebem como dos que prestam cuidados (Rodríguez, 2005: 112), e pressupõe acções de política, assistência e apoio a grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas adultas idosas dependentes e deficientes, nas actividades da vida diária necessárias ao seu bem-estar, realizado por trabalho pago ou não pago, profissional (formal) ou não profissional (informal) e desenvolvido na esfera privada ou pública (cf. Daly e Lewis, 2000; cf. Kröger, 2001).

Nestes últimos vinte anos, alguns países europeus reforçaram a prestação de cuidados aos idosos⁴⁶, orientado-a para a autonomia e para uma acção personalizada centrada na comunidade que incluía prestações financeiras⁴⁷ e cuidados residenciais temporários e de longo prazo, de reabilitação e paliativos (Jani Le Bris, 2004; Johansson e Moss (Eds.), 2004: 2; Sánchez, 2001; Sotelo, 2005). Estas respostas dirigiam-se tanto às pessoas que

⁴⁶ Alguns países criaram leis da dependência. A França tem desde 1997 uma lei da dependência; a Alemanha, desde 1995 – Seguro de dependência; a Inglaterra, desde 1993 – *Social Service Act*; a Espanha, desde 2006 – Lei da dependência.

⁴⁷ As prestações financeiras referem-se a complementos de dependência, mas também compensações para o trabalho efectuado pelos membros da família. Nalguns países foi introduzida uma prestação financeira para apoiar o cuidador denominada *Cash for Care* (Nolan et al., 2004:37).

necessitavam de cuidados, como àqueles que os prestavam, fossem formais e informais e baseavam-se no princípio de complementaridade entre os cuidados familiares e institucionais.

A grande viragem conceptual nos cuidados a prestar às pessoas idosas deu-se com a proclamação do Ano Internacional das Pessoas Idosas em 1999 (OMS e ONU, 2002). Durante esse ano ocorreram várias iniciativas a nível mundial alertando para a fragilidade das pessoas idosas e para a responsabilidade dos Estados face a esse problema. A questão fundamental era a de que estes deveriam tomar medidas políticas tendo em conta o desenvolvimento social e individual durante toda a vida, o investimento nas relações intergeracionais e a relação entre o envelhecimento e o desenvolvimento social das pessoas mais idosas. Foi também a partir destes princípios que se difundiu a ideia de uma sociedade para todas as idades.

Na sequência destes eventos, na segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento, em Madrid, em 2002, foi aprovado o plano internacional sobre o envelhecimento (ONU, 2002). Enunciava uma série de objectivos fundamentais incentivando os Estados a construírem políticas de velhice que permitam que todas as pessoas envelheçam com segurança e dignidade e continuem a participar na sociedade, da qual fazem parte, como membros de pleno direito. Este plano identificou algumas medidas que deviam ser tomadas, tendo em conta: a importância da habitação e das condições de vida; a assistência e apoio às pessoas que prestam assistência aos idosos e pessoas em situação de dependência; o abandono, maus-tratos e violência e as imagens negativas e estereótipos sociais acerca das pessoas idosas. Relativamente aos cuidados, este plano enfatizou a ideia de que as pessoas idosas que necessitam de ajuda podem permanecer integradas na sua comunidade e que o apoio familiar deve ser um complemento e não um substituto da ajuda profissional (Rodríguez, 2005: 123).

Outra das organizações internacionais que contribuíram para a consciencialização e valorização das pessoas idosas e dos cuidadores na sociedade foi a OMS. Esta organização propôs que o plano anterior integrasse a noção de envelhecimento activo, “um processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas” (OMS; ONU, 2002). Para além destes três pilares – a participação, a saúde e a segurança – recomendou também a adopção de estilos de vida saudáveis, pelo investimento na informação e formação.

Ainda na década de 90, também a OCDE avançou com uma série de medidas para responder ao problema das pessoas em situação de dependência, propondo, em primeiro lugar, o desenvolvimento dos serviços comunitários de proximidade, articulados e integrados, em segundo lugar, o apoio aos cuidados informais e, por último, a melhoria da qualidade do serviço prestado às pessoas que residam em lares e ou que beneficiem de outras respostas institucionais (cf. Rodríguez, 2005).

Por sua vez, a UE tem manifestado preocupação com esta questão. Em 1993, foi comemorado o Ano Europeu da Terceira Idade e da Solidariedade entre as gerações e a partir dessa data surgiram várias recomendações que os países devem prosseguir. Um desses exemplos é a recomendação 98. 9, que define a noção de dependência e enuncia algumas medidas que os Estados deveriam tomar para a reduzir, designadamente: adaptação das prestações sociais ao nível de dependência; autonomia e liberdade de escolha e informação das pessoas em situação de dependência, no sentido de garantir o seu respeito e autodeterminação; a prevenção e a reabilitação como aspectos fundamentais na questão da dependência; criação de instrumentos apropriados e com equipas multidisciplinares para avaliação das necessidades das pessoas; atribuição de prioridade à atenção domiciliária; garantia da qualidade dos cuidados, com investimento na formação e exigência de padrões de qualidade às entidades prestadoras de cuidados; e investimento em investigações e publicações, assim como intercâmbio de experiências inovadoras.

Na mesma linha de orientação, foi considerado importante o apoio jurídico às pessoas idosas, em situações de dependência e incapacitadas de fazer as suas próprias escolhas. A recomendação 99. 4 destaca alguns princípios que os países devem prosseguir na defesa dos direitos destas pessoas: respeito pelos direitos humanos; flexibilidade de respostas jurídicas; máxima preservação das capacidades das pessoas; divulgação; necessidade e subsidiariedade; proporcionalidade; equidade e eficácia do procedimento; prevalência dos interesses da pessoa e respeito pelos seus desejos e sentimentos.

Posteriormente foram definidas pela Comissão das Comunidades Europeias (2002; 2003a; 2004b; 2005a; 2005b), pelo Conselho e Comissão Europeia (2003) e pelo Conselho Europeu (2006) orientações estratégicas para reconfigurar os sistemas de protecção social face aos desafios orçamentais e ainda reforçar os recursos sociais e de saúde nesta área. Estas orientações visam potenciar o método aberto de coordenação, no sentido de reconfigurar novas formas de acção e de financiamento nesta área; aumentar a participação das mulheres no mercado de trabalho, sobretudo na área dos cuidados, mas também

promover serviços de apoio à família cuidadora; fomentar a formação para qualificar os serviços; aumentar a duração dos cuidados a prestar às pessoas idosas e aos familiares cuidadores.

Existem outras questões que também se colocam: optimização dos recursos existentes e criar novas modalidades, incluindo o pagamento dos cuidados familiares prestados; integração de serviços de suporte psicológico e informativo às famílias; investimento em centros especializados de apoio a pessoas com demências e a adopção de metas de avaliação e monitorização da prestação dos serviços por meio de *standards* de qualidade. A análise da política de cuidados nesta perspectiva (Kröger, 2001:7) permite compreendê-la não só como suporte para grupos de pessoas sem o qual não poderiam efectuar a sua vida quotidiana, mas também como processo de integração na comunidade, que implica a promoção de mecanismos de bem-estar social e de qualidade de vida.

Tipologia de cuidados na velhice

Da revisão bibliográfica do tema verificou-se que, nos últimos anos, se realizaram vários estudos internacionais sobre cuidados prestados às pessoas idosas. Alguns deles foram financiados pela Comissão Europeia, como o *Soccare*, o *Eurofamcare* e o *Care Work*. O primeiro projecto, o *Soccare*, sob a direcção de Kröger (2001; 2003), apresentou várias abordagens à política de cuidados, contribuindo para uma análise do estado da arte nessa área. Considerou grupos de pessoas idosas, crianças, jovens e deficientes em vários países, enfatizando o modo como em cada um deles a política social promove a autonomia e a independência das famílias (Larsen e Hadlow, 2003; Martin e Vion, 2002; Trifiletti et al., 2003; Wall et al., 2001a e b).

O segundo projecto, o *Eurofamcare*, coordenado pela Universidade de Hamburgo, teve como objectivo estudar os serviços de apoio às famílias cuidadoras de pessoas idosas e dependentes na Europa, identificando as suas características, cobertura e utilização. Estes estudos incluíam a análise do perfil do cuidador familiar, das políticas para as famílias cuidadoras de pessoas idosas, dos serviços existentes para essas famílias, assim como da forma de organização das áreas sociais, de saúde e dos recursos para as pessoas dependentes e seus cuidadores familiares.

Incluiu autores como Declercq e Audenhove (2004), Ferring e Weber (2005), Hörl (2004), Ingebretsen e Eriksen (2004), Jani Le Bris (2004), Jauregi e Larizgoitia (2004), Johansson (2004), Leeson (2004), McMahon e Barron (2004), Mestheneso et al. (2004),

Mestheneso e Triantafyllou (2005), Meyer (2004), Nolan et al. (2004), Parkatti e Eskola (2004), Polverini et al., (2004), Sousa e Figueiredo (2004), Stuckelberger e Wanner (2005) e Visser-Jansen e Knipscheer (2004).

O último projecto, o *Care Work*, realizado por Escobedo et al., (2002), Escobedo e Fernandez (2002), Ewijk et al. (2002), Jensen e Hansen (2002), Johansson (2004), Johansson e Cameron (2002), Johansson e Moss (Eds.), (2004), Johansson e Norén (2001), Moss e Cameron (2001) e Moss e Cameron (2002), visava efectuar um mapeamento da força de trabalho na área dos cuidados às pessoas dependentes em vários países da União Europeia. Deste estudo resultou uma análise comparativa dos cuidados às pessoas dependentes, incluindo as pessoas idosas, em quatro países europeus, Espanha, Reino Unido, Itália e Alemanha (Johansson e Moss (Eds.), 2004).

Além destes estudos, nestes últimos anos tem sido produzida alguma literatura de conceptualização dos cuidados no âmbito da política, por autores como Alber (1995), Anttonen e Sipilä (1996), Daly e Lewis (2000), Kröger (2001) e Walker (2001; 2004). Estas abordagens foram correlacionadas com os “modelos de *welfare*” apresentados por Esping-Andersen (1990): o conservador ou continental; o liberal; o social-democrata; e o modelo dos países da Europa do Sul proposto por Ferrera et al. (2000). Estas configurações constituíram o *mainstream* da análise dos Estados-providência durante a década de noventa e anos subsequentes.

Neste âmbito foi também considerada a análise comparativa realizada por Anttonen e Sipilä (1996: 92-93) aos serviços quer para os idosos, quer para as crianças existentes em vários países europeus. Os autores identificaram i) países⁴⁸ com serviços abundantes ou desenvolvidos para idosos e para crianças, ii) países⁴⁹ com serviços abundantes ou desenvolvidos para idosos e escassos para crianças, iii) países⁵⁰ com serviços escassos ou parcialmente desenvolvidos para idosos e abundantes para crianças e por último, iv) países⁵¹ com escassez de serviços ou parcialmente desenvolvidos para idosos e para crianças.

Assim, partimos do contributo destes estudos para compreender o modo como os cuidados recebidos e prestados se integram hoje no âmbito da política pública, sobretudo no que diz respeito aos cuidados no domicílio. Verificamos que os países europeus têm “formas distintas de configurar esses cuidados. Estes remetem para um misto de benefícios

⁴⁸ Dinamarca Suécia e Finlândia.

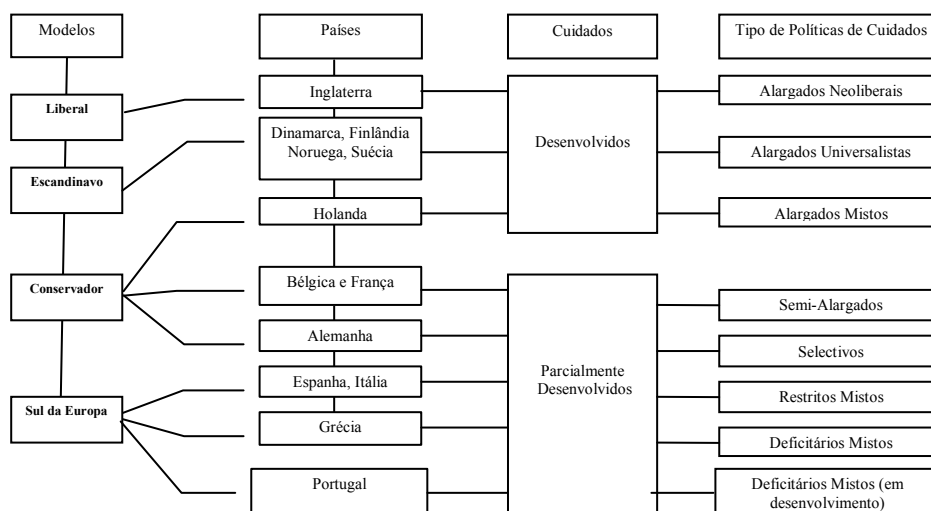
⁴⁹ Holanda, Noruega e Reino Unido.

⁵⁰ Bélgica, França e Itália.

⁵¹ Portugal, Grécia, Espanha e Alemanha.

financeiros, fiscais, serviços sociais e outros complementos, assim como incentivos à criação de emprego na área dos serviços e de conciliação da vida familiar com o trabalho” (Escobedo et al., 2002: 50). Deste modo, foi possível identificar algumas regularidades consubstanciadas em dois padrões de política de cuidados: países com recursos para os idosos desenvolvidos e países com recursos para os idosos parcialmente desenvolvidos. Além disso, cada país tem, decorrente da sua história, valores e tradições e algumas singularidades que permitem construir vários subpadrões dentro das regularidades identificadas – Figura 1.1.

Figura 1.1 – Padrões da política de cuidados



Fonte: Esquema elaborado a partir da bibliografia consultada – Apêndice III

Países com cuidados “desenvolvidos”

Os países com cuidados desenvolvidos⁵² têm algumas características em comum. São países pioneiros na construção de um sistema de bem-estar da responsabilidade do Estado e na intervenção na área das pessoas idosas e dependentes. A religião dominante é a protestante e a anglicana e o sistema político é descentralizado pelas regiões e municípios. Actualmente estes países têm altas taxas de envelhecimento da população, a taxa de emprego feminino é elevada e a família não tem a obrigação legal de cuidar dos seus membros dependentes.

⁵² Países como Dinamarca, Suécia, Finlândia, Holanda, Noruega e Reino Unido.

Os municípios organizam os recursos sociais e de saúde com base numa lei que se denomina *social service act*. Não são leis específicas para idosos, pois integram todo o tipo de respostas para os grupos mais vulneráveis, como crianças, deficientes ou idosos dependentes. A maioria dos recursos desenvolvidos pelos municípios articulam a área social e a da saúde, e os serviços para os idosos são diversos e variados. Nestes países existe uma multiplicidade de serviços, como os cuidados de reabilitação de longo ou curto prazo e residências específicas quer temporárias, quer protegidas e específicas para demências.

O foco da política de cuidados é a permanência da pessoa idosa no seu domicílio. Nos casos em que a pessoa opta por esta solução, a família constitui-se como um complemento do suporte, se for esse o seu desejo, e é integrada na planificação dos cuidados. Muitas vezes a família torna-se também objecto de cuidados, sendo-lhe facultado tempo de lazer, descanso ou pagamento pelos cuidados que presta. Neste modelo de prestação de cuidados a família também é a principal cuidadora, mas os cuidados são sobretudo a nível emocional – fazer companhia, conversar – e não tanto instrumental – cuidar da higiene ou administrar a refeição.

A política de cuidados aos idosos dependentes está muito consolidada, tendo-se investido mais no desenvolvimento dos serviços do que nas transferências financeiras. A preocupação actual é com a contenção dos custos e a participação e escolha dos recursos pelas pessoas que os utilizam, assim como o prosseguimento de padrões de qualidade de serviço para a melhoria da qualidade de vida. A política de cuidados orienta-se para a promoção da autonomia das pessoas idosas e da família. Os serviços são supervisionados e avaliados periodicamente pelos municípios e por agências nacionais recentemente organizadas para o efeito.

Apesar das semelhanças, este modelo de cuidados, desenvolvido, apresenta também algumas singularidades decorrentes de princípios e valores substancialmente diferentes, que determinam as orientações nos vários países: a liberal (Reino Unido), a escandinava (países nórdicos) e a conservadora (Holanda). Estes países desenvolvem respostas que podemos denominar alargados, dado o modo como são distribuídos os bens sociais envolvidos, identificando-se três subpadrões: alargados neoliberais, alargados universalistas e alargados mistos.

Os primeiros, alargados neoliberais, são característicos do Reino Unido e têm como singularidade o facto de os cuidados serem da responsabilidade das *local authorities*, que contratualizam com as organizações privadas e privadas não lucrativas a sua prestação.

Segundo Walker (2001) a lei inglesa dos *community care* considera que os cuidados prestados respondem com flexibilidade e sustentabilidade às pessoas e seus cuidadores e defende que os serviços não devem ser prestados para lá do necessário, pois importa fomentar a independência e permitir uma variedade de opções que tenham em conta as necessidades dos clientes.

Os cuidados centram-se na avaliação profissional denominada *Assesment in Needs*. Este processo permite determinar o tipo de cuidados a prestar, tornando o processo mais tecnocrático e racional. A função destas directrizes é avaliar as necessidades dos utilizadores, elaborar um plano de cuidados, supervisionar e avaliar os cuidados (cf. Johansson e Moss (Eds.), 2004). Verifica-se que, apesar da virtualidade do modelo, a articulação dos serviços de saúde com a área social é difícil, existindo uma descoordenação e conflito entre os profissionais destas áreas (cf. Nolan et al., 2004; Walker, 2001). A Inglaterra é um dos países onde foi introduzida a possibilidade de os cuidados serem pagos à família cuidadora através do programa *Cash for Care*. Embora as orientações da política privilegiem a introdução das famílias no plano de cuidados, nem todas têm acesso aos serviços, por falta de informação ou por existência de lista de espera.

A política de cuidados alargados universalista é característica de países como a Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e Holanda. Apesar de a universalidade do modelo tem sofrido nestes últimos anos algumas alterações, com restrições no acesso a determinados cuidados sobretudo de saúde, apresenta singularidades específicas relativamente a outros países com cuidados desenvolvidos. Na Dinamarca, por exemplo, os cuidados sociais são gratuitos, mas os de saúde começaram a ser pagos e tem-se verificado uma diminuição do número de funcionários das autarquias de que resulta a diminuição de horas nos serviços prestados (Leeson, 2004). Na Finlândia, foi introduzido, nestes últimos anos, o critério da idade para acesso aos cuidados residenciais. Salvo em casos de grandes dependências, as pessoas idosas só poderão aceder a esses serviços a partir dos 75 anos (Parkatti e Eskola, 2004: 10). Os recursos também começaram a ser pagos: 70% pela autarquia e 30% por quem os utiliza. Na Noruega, começaram a surgir algumas instituições de voluntariado que complementam os recursos públicos (Ingebretsen e Eriksen, 2004).

A Holanda é um caso *sui generis*, pois os seus cuidados alargados são da responsabilidade de seguros privados, do Estado e de associações não lucrativas, podendo o seu modelo ser classificado como alargado misto. Combina o modelo democrático de acesso com o tipo de organização do modelo conservador familiarista. Segundo Cousins (2005),

este pode ser considerado um modelo “híbrido” de responsabilidades, pois a prestação de cuidados é realizada por agências privadas, lucrativas e não lucrativas, que são financiadas tanto pelos seguros como pelo Estado.

Países com cuidados “parcialmente desenvolvidos”

Nos países⁵³ com serviços parcialmente desenvolvidos, existem múltiplas formas de organizar os cuidados que abrangem o mercado, o Estado e o sector lucrativo e não lucrativo, seja ele religioso ou laico. Predomina a religião católica romana e é grande o seu peso na concretização deste tipo de recursos sociais. O sistema político é maioritariamente descentralizado, mas os municípios têm pouco poder de concretização deste tipo de suporte, pois estão sujeitos às orientações do poder central. Actualmente, estes países também têm altas taxas de envelhecimento da população e a taxa de emprego feminino não é tão elevada como nos países com políticas desenvolvidas.

A família tem a obrigação legal de cuidar dos seus membros dependentes. Os recursos são desenvolvidos pelo Estado ou pelas organizações de solidariedade social, no âmbito da economia social e solidária, e não pelas autarquias. Os serviços existentes ainda têm muita dificuldade em articular os recursos sociais e os de saúde. Neste padrão de cuidados parcialmente alargados, existem três países que têm leis específicas para as questões da dependência, a França a Alemanha e a Espanha. Os outros países funcionam com os sistemas de protecção social existentes, sem leis específicas. Nestes últimos anos os recursos para os idosos começaram a ser variados integrando também uma variedade de respostas. Apesar de a ideia subjacente ser a da manutenção da pessoa idosa no domicílio predomina a política da institucionalização.

Como existe escassez de serviços, as pessoas não podem optar por ter cuidados no domicílio ou noutra local qualquer. Geralmente, a política de orientação para a prestação de suporte social às situações de fragilidade social, associadas à solidão e isolamento, é dirigida às pessoas que não têm família, ou cuja família se encontra indisponível. Quando existe, a família é um substituto do suporte e não há serviços extensivos para a apoiar em descanso, lazer ou mesmo pagamento do serviço. Também aqui a família é a principal cuidadora, sobretudo nos cuidados instrumentais, como higiene pessoal e refeição.

A política de cuidados aos idosos dependentes ainda não está consolidada. Apesar de nestes últimos anos se terem diversificado os serviços existentes, estes países ainda apostam

⁵³ França, Bélgica, Alemanha, Espanha, Itália, Grécia e Portugal.

nas transferências financeiras para a protecção na dependência. A preocupação actual é também a contenção dos custos e o prosseguimento de padrões de qualidade de serviço para melhoria da qualidade de vida. A política de cuidados é orientada não para a promoção da autonomia das pessoas idosas e da família, enquanto escolha informada, mas antes para a autonomia das pessoas idosas numa situação de dependência quando esta já está instalada, ou seja, esta é exclusivamente centrada na autonomia como independência. Os serviços são pouco avaliados e supervisionados pela entidade central que os tutela.

Apesar das semelhanças, estes países apresentam também algumas singularidades decorrentes de princípios e valores prosseguidos, que determinam as orientações da política. Desenvolveram serviços que podemos denominar parcialmente alargados, mas a diferente forma de distribuição do bem social originou quatro subpadrões: semialargado, selectivo, restrito misto e deficitário misto. O primeiro, ou seja, o semialargado, é característico de países como a Bélgica e a França e tem singularidades relativamente aos outros países com cuidados parcialmente alargados.

Vejamos algumas especificidades: em França, existe uma lei da dependência que define os direitos dessas pessoas, materializados através do tipo de serviços e financiamento a que podem aceder. A responsabilidade pelos cuidados aos idosos é partilhada pela família, Estado e municípios. Esta configuração dos cuidados centra-se na dependência, na diminuição da solidão, isolamento e exclusão das pessoas idosas. A avaliação das necessidades das pessoas idosas é efectuada através de uma grelha que determina a sua condição e nível de dependência e o tipo de serviço que deve ser prestado. Estes serviços podem ser prestados em residências específicas ou no domicílio, existindo um número máximo que cada pessoa pode utilizar.

Na Bélgica, a prestação de cuidados é similar à da França, com algumas especificidades que se prendem com a diferença de concretização dos recursos na zona francesa e flamenga. Na primeira, estão mais desenvolvidas as respostas sociais em serviços enquanto na segunda estão mais desenvolvidas as transferências financeiras relativamente à dependência das pessoas idosas. A prestação dos cuidados cabe às organizações de solidariedade não lucrativas, as quais, quando financiadas pelo Estado, têm de seguir padrões de qualidade rígidos (Declercq e Audenhove, 2004). A família é também co-financiadora dos cuidados residenciais.

Na Alemanha, esta área da política pode ser denominada de selectiva. A protecção social organiza-se através de seguros sociais obrigatórios e de cuidados às pessoas idosas. A

concretização dos cuidados é efectuada por meio de um seguro de apoio à dependência, concedido após uma avaliação médica baseada em três categorias: cuidados amplos de 24 horas para as pessoas que necessitam de cuidados de longa duração, de média duração e de alguma duração, pelo menos uma hora e meia por dia. Tal classificação acarreta, para muitas pessoas idosas, com necessidade de apoio a nível afectivo ou de outros serviços, como ir às compras ou integração na comunidade, a sua exclusão deste suporte.

Apesar de existir um seguro público específico para a dependência, a família é responsável legalmente pelos cuidados. Para esta, existem direitos específicos, como o pagamento do serviço prestado e quatro semanas de férias. A filosofia da política de cuidados assenta na ideia restrita de dependência física e psíquica, ficando de fora algumas dimensões sociais e psicossociais. Existe igualmente uma diferença de cobertura dos serviços consoante as regiões.

Países como a Itália e a Espanha têm cuidados restritos mistos, com as diversas singularidades. Estes países construíram legislação para os cuidados através do Estado central, apesar de estas serem concretizadas localmente. O Estado desenvolve uma política de transferências financeiras para a área da dependência e financia os serviços organizados pelos municípios e prestados por entidades predominantemente não lucrativas. Os serviços centram-se no grupo de idosos e muito idosos e privilegiam os cuidados de saúde, prestados em equipamentos sociais ou no domicílio. Neles os cuidados não são um direito universal. Para aceder aos mesmos, há que provar a carência ou a necessidade muitas vezes associada à indisponibilidade familiar.

Neste padrão de política de cuidados, a família tem responsabilidade, estando os serviços direccionados para as pessoas isoladas e “sem família”. Os serviços estão desigualmente desenvolvidos consoante as regiões. Por exemplo, em Espanha, é na Catalunha e no País Basco que a política de cuidados às pessoas idosas está mais desenvolvida, privilegiando-se a articulação entre os serviços de saúde e sociais, assim como os serviços complementares, designadamente a eliminação das barreiras arquitectónicas, o TeleAlarme e o transporte adaptado. As regiões investem nos serviços prestados no domicílio, assim como na formação e qualidade dos serviços. Para uniformizar este modo de actuação, o governo central espanhol criou em 2006 uma lei da dependência para as pessoas idosas, tornando-o universal, numa tentativa de melhorar o acesso e qualificar as respostas.

Na Grécia, os cuidados podem ser denominados deficitários dentro do modelo parcialmente desenvolvido e existem também singularidades relativamente aos outros países

com cuidados parcialmente alargados. Os cuidados são organizados sobretudo pelas organizações privadas lucrativas e não lucrativas, e por isso são denominados mistos. A distribuição de recursos pelo território não é uniforme e o público a quem se dirige é formado sobretudo por pessoas idosas dependentes mas em situação de pobreza e exclusão. A família, quando existe, é chamada à responsabilidade e não é incluída nos cuidados como beneficiária dos mesmos. Portugal insere-se na linha dos cuidados parcialmente desenvolvidos com características deficitárias mistas mas em desenvolvimento. Destas características falaremos no capítulo 2.

5 – Orientações da política de cuidados domiciliários na Europa: uma visão de síntese

A ideia de que os países constroem medidas que promovam a participação, a saúde e a segurança das pessoas idosas tem como objectivo “contrariar o processo de despersonalização que afecta os idosos de maneiras diferenciadas” (Viegas e Gomes, 2007: 39). Este desafio proporciona novas formas de emancipar o indivíduo pela valorização das suas capacidades, colocando-os em arenas sociais significativas, como o trabalho, o voluntariado, o activismo ou a participação social. Este modelo requer novos conceitos como o de agência, autonomia, envolvimento e participação (Viegas e Gomes, 2007: 40). A ideia é transformar o destino do envelhecimento: “em vez de recolhimento, activação e em vez de adscrever àquele destino inexorável de declínio e morte, interpelá-lo como um processo de desenvolvimento em aberto” (Viegas e Gomes, 2007:41). As políticas centram-se na adopção de medidas de acção, tais como a discriminação positiva e a atenção às diferentes necessidades, a prevenção da violência e abuso, assim como a melhoria dos recursos, o prosseguimento de *standards* de qualidade de serviços e a atenção às famílias cuidadoras (Sotelo, 2005).

Porém, é possível identificar posições teóricas distintas no modo como a política responde à promoção da autonomia, à protecção, à saúde e à participação das pessoas idosas o maior número de anos possível (Moss e Cameron, 2002). A política de cuidados tomou duas direcções paradigmáticas (Anttonen e Sipilä, 1996: 86). Tendo como referência a autonomia os autores definem-na enquanto melhoria da participação, e enquanto melhoria da funcionalidade.

A primeira perspectiva, orientada para a participação, remete para a capacidade de as pessoas idosas escolherem o modo de vida que querem prosseguir nessa fase da vida e melhorarem a funcionalidade com os cuidados que recebem. Considera as capacidades individuais e a necessidade de cuidados substantivos de carácter compreensivo para promover a qualidade de vida a todos os níveis das pessoas idosas e dependentes e seus familiares cuidadores. O Estado desenvolve uma política descentralizada e tem um papel fundamental na prossecução dessa política, mantendo a autonomia e a individualidade do ser humano. Desenvolve políticas preventivas de reabilitação, de tratamento e manutenção, de acordo com as necessidades e vontades individuais.

A orientação para a autonomia nesta área da política é mais frequente nos países do Norte da Europa, onde existe um grande número de serviços e subcategorias de cuidados caracterizados pelo seu acesso universal, apesar do aumento das necessidades actuais ter criado uma tendência para racionalizar o acesso. Os serviços são avaliados e prestados consoante as necessidades relativamente à dependência física, psíquica e cognitiva. A tendência é para a inovação e satisfação integral das necessidades das pessoas idosas e dependentes e suas famílias. Uma das modalidades é a responsabilidade territorial das decisões (Alber, 1995: 144), através de uma coordenação integrada, a nível da saúde e social, que permite desenvolver acções preventivas, de reabilitação e manutenção.

A segunda perspectiva, orienta-se também para a autonomia, mas exclusivamente para a melhoria da funcionalidade. A política centra-se na diferenciação, utiliza palavras como “suporte” e “ajuda” e não “complementaridade”. A dependência é concebida como incapacidade física, psíquica e cognitiva e engloba igualmente factores como a solidão, o isolamento, a indisponibilidade familiar e outros indicadores associados a padrões de pobreza. A noção de dependência nesta perspectiva é definida pelo tipo e número de recursos (escassos) existentes para as pessoas nessas condições e seus familiares cuidadores. Neste contexto, a dependência está associada ao paradigma da diferença (Anttonen e Sipilä, 1996: 89-90; Moss e Cameron, 2002: 5) e as políticas nesta área visam atenuar ou reduzir a necessidade de cuidados das pessoas idosas e dependentes. O crescimento dos serviços nestas áreas é baseado nesta visão estrita da dependência (Walker, 2001).

O Estado e as organizações de solidariedade social têm um papel fundamental nestes casos, na concretização dos direitos sociais das pessoas idosas nestas condições e promoção da igualdade de oportunidades. Apesar disso, o crescimento dos serviços fundamenta-se nesta visão estrita da dependência (Walker, 2001). O Estado intervém essencialmente em

situações em que essas necessidades já estão instaladas, actuando no tratamento e na manutenção das pessoas a partir de *standards* “mínimos” de subsistência e não tanto na reabilitação e prevenção desses factores. Também nesta perspectiva, o suporte familiar é entendido como um substituto dos recursos formais e não como complementar a estes, e daí a inexistência de recursos específicos para promover o familiar cuidador.

Na política de cuidados, a ideia de autonomia associada à funcionalidade consubstancia-se com mais frequência nos países do centro e sul da Europa, no modelo de cuidados parcialmente desenvolvidos e nas suas subcategorias de cuidados restritos e deficitários. Os recursos nestes países são maiores na área social do que na área da saúde (Anttonen e Sipilä, 1996: 96). Na maioria dos casos, não existe uma articulação explícita entre esses recursos formais nessas duas áreas (apesar de nestes últimos anos ter sido realizado um esforço nesse sentido). Os cuidados são predominantemente desenvolvidos pelas organizações não lucrativas e financiadas pelo Estado. A fragmentação das estruturas e das responsabilidades torna difícil a coordenação, sobretudo quando se pretende articular a saúde e o social, com claro prejuízo para este último (Alber, 1995: 144). A centralidade das decisões impede a participação dos utilizadores e, como tal, muitas medidas não têm em consideração as necessidades emergentes, como é o caso das demências ou dos cuidados paliativos.

Em síntese, se, por lado, o aumento do número de pessoas muito idosas é consequência da melhoria das condições de vida e dos índices de desenvolvimento social, por outro, continua a verificar-se uma certa fragilidade das sociedades no que diz respeito à capacidade de agirem em conformidade com essa questão. O facto de as pessoas viverem mais tempo é, decerto, uma das conquistas civilizacionais mais importantes que, no final do século XX e início do século XXI, se estendeu à generalidade dos países desenvolvidos. Contudo, ainda não fomos capazes de responder qualitativamente a esta questão: como viver mais tempo com qualidade?

Num contexto de desenvolvimento industrial, as famílias representavam uma das respostas essenciais de cuidados aos mais velhos, sobretudo através dos membros femininos. As sociedades europeias construíram um sistema de protecção social na velhice que incidia sobretudo em transferências financeiras para assegurar um rendimento e uma qualidade de vida em níveis razoáveis. A assunção de direitos iguais entre homens e mulheres e a entrada da mulher no mundo do trabalho configurou o cuidar já não como um dever feminino, mas como um compromisso que pode ser, ou não, assumido, e que se baseia tendencialmente

numa escolha e não numa obrigação. Face a estas alterações, foi necessário reconfigurar o sistema de protecção social e incluir como direitos os cuidados às pessoas idosas e a disponibilidade de recursos para os familiares que podem ou optam por ser cuidadores. Nas sociedades pós-industriais, a estratégia para o desenvolvimento de cuidados de qualidade é aliar os cuidados formais e informais, no sentido de criar redes de suporte de protecção abrangentes que respondam às múltiplas necessidades das pessoas idosas e das suas famílias.

Com a convicção de que ainda existe muito a fazer para a construção do conceito de cuidados e sua operacionalidade no âmbito das políticas, no que respeita à capacidade de as mesmas promoverem o envelhecimento bem sucedido, tentámos neste capítulo efectuar uma análise das perspectivas existentes para, de seguida, entendermos melhor como em Portugal se organizam os cuidados, tendo em conta a política de velhice prosseguida e desenvolvida nos últimos anos.