



Direcção-Geral da Acção Social

Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

Maria de Lurdes Quaresma

Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas

Documento que constitui o Working Paper nº WP 93/24/PT, da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, elaborado em 1993

Lisboa, Dezembro de 1996

Ficha Técnica

Autor:

Maria de Lurdes Quaresma

Editor:

Direcção-Geral da Acção Social
Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

Colecção:

Documentos Temáticos, Nº 5

Plano gráfico e capa:

David de Carvalho

Impressão:

Nova Oficina Gráfica, Lda
Rua do Galvão, 34-A 1400 Lisboa

Tiragem:

500 exemplares

Dezembro/96
ISBN 972 - 95777 - 1 - 4
Depósito Legal nº106074

ÍNDICE

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	7
1 - População Idosa com 75 e + Anos: Análises e Perspectivas	9
1.1 - BREVE ENQUADRAMENTO SOCIO-DEMOGRÁFICO	9
1.2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE	11
1.3 - EQUIPAMENTO E SERVIÇOS	12
2 - Familiares Prestadores de Cuidados	17
2.1 - ESTRUTURAS DE APOIO FORMAL E INFORMAL AOS PRESTADORES DE CUIDADOS	20
2.2 - OS CUSTOS DOS CUIDADOS INTRA-FAMILIARES	21
2.3 - OS FAMILIARES PRESTADORES DE CUIDADOS - QUE PERSPECTIVAS PARA O FUTURO	22
2.4 - A SITUAÇÃO ACTUAL - PROBLEMAS E PERSPECTIVAS DE EVOLUÇÃO	22
3 - Os Familiares Prestadores de Cuidados: Entrevistas	24
3.1 - SELECÇÃO DOS CASOS ENTREVISTADOS	24
3.2 - QUEM PRESTA OS CUIDADOS	24
3.3 - BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS	25
3.4 - COMO E PORQUÊ SER PRESTADOR DE CUIDADOS	26
3.5 - FREQUÊNCIA E TIPO DE CUIDADOS PRESTADOS	27
3.6 - ESTRUTURAS DE APOIO	28
3.7 - O PRESTADOR DE CUIDADOS E AS NECESSIDADES EXPRESSAS	29

4 - Breve Análise das Entrevistas Efectuadas como Forma de Controle	31
5 - Algumas Considerações sobre os Resultados da Abordagem Relativa a uma Eventual “Profissionalização” dos Familiares Prestadores de Cuidados	33
6 - Centros de Dia	34
7 - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DE DOENTES DE ALZHEIMER	38
8 - Considerações Finais	40
QUADROS	43
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXO - População Idosa / Política Social	77

RESUMO

A problemática do envelhecimento da população conduz, no momento actual, à análise e tratamento de algumas questões prioritárias entre as quais se situam as relativas à rápida progressão do número de indivíduos de idade avançada.

No caso português os dados disponíveis referentes ao grupo da população acima mencionado, designadamente do grupo com 75 e mais anos permitem obter uma avaliação sumária das respectivas condições de vida bem como dos sistemas de cobertura em equipamentos e serviços, visando a satisfação de necessidades específicas.

Em síntese podemos afirmar que, apesar dos progressos verificados em todas as componentes relativas às condições de vida da população portuguesa, os indivíduos cujas idades se situam nos escalões superiores da nossa pirâmide etária apresentam ainda alguns déficits significativos em termos de rendimentos. Estes, não sendo alheios à capacidade de acesso a níveis de bem-estar favoráveis a uma melhor inserção socio-económica, têm certamente repercussões sobre a sua situação de saúde condicionando, pois, a pressão sobre o consumo de cuidados de saúde bem como de serviços de apoio comunitário.

Por outro lado, e embora se verifique uma certa aceleração do processo de urbanização do envelhecimento, assiste-se ainda à existência de uma grande percentagem de idosos residentes em pequenas localidades, o que constitui um indicador importante designadamente para a análise de acessibilidade a equipamentos e serviços.

Neste contexto, assumem especial relevo as questões relativas à inserção sócio-familiar das pessoas deste grupo de idades, bem como aos papéis desempenhados pelos respectivos familiares enquanto suportes efectivos dos seus parentes mais idosos.

O presente trabalho tem, pois, como objectivo principal obter o diagnóstico possível da situação portuguesa em termos de cuidados intrafamiliares às pessoas muito idosas.

Nesta perspectiva, procedeu-se:

- ao levantamento das diferentes componentes relativas aos cuidados intrafamiliares baseado essencialmente em informações recolhidas junto de profissionais de Saúde e da Acção Social.
- a selecção de 24 casos para efeitos de entrevista em diferentes regiões do país, cuja análise possibilitou a confrontação entre os dados acima referidos e os dados do quotidiano vivido por familiares que assumiram a prestação do apoio integral ou parcial aos seus parentes mais idosos em situação de dependência.

Os resultados obtidos, embora os consideremos de interesse relevante não podem ser considerados como representativos destas situações em geral dado que não trabalhamos numa amostra significativa e ainda porque não existem outros trabalhos disponíveis sobre a problemática em apreço o que não permite efectuar a indispensável análise comparativa.

No entanto, os dados constantes do estudo realizado ao apontarem para a existência de algumas tendências inequívocas levam-nos a admitir que a questão se porá, essencialmente, ao nível do desconhecimento da real dimensão do número de casos similares e por conseguinte, dos papéis que efectivamente são desempenhados pelas famílias das pessoas muito idosas.

Esquemáticamente estes papéis referem-se a:

- suporte integral do familiar idoso
- apoio parcial, complementar dos apoios prestados por serviços de comunidade - situação mais frequente nas coabitações à distância, em meio urbano.

Em qualquer das formas referidas, é clara a falta ou o insuficiente apoio dos Serviços da comunidade o que penalisa o quotidiano dos que decidiram pela manutenção da pessoa idosa no seu meio familiar.

Estas razões, associadas ao facto de se tratar de famílias de pequenos e médios recursos, justificam a ênfase dada aos problemas económicos, designadamente a nível das necessidades expressas.

Globalmente e em termos de síntese conclusiva diremos que:

- As famílias constituem um real potencial na área da prestação dos cuidados às pessoas muito idosas
- A eficácia dos cuidados prestados exige o seu correcto enquadramento no sistema de serviços de apoio à população idosa
- Os factores culturais que legitimam e estão subjacentes às decisões dos familiares prestadores de cuidados não serão suficientes, para encorajar este tipo de opção num futuro próximo, dados os constrangimentos a que conduzirão as mudanças socio-económicas e culturais, em curso na sociedade portuguesa
- A adopção de medidas de política conducentes à garantia dos direitos destes prestadores de cuidados, no contexto dos direitos das pessoas idosas, é tarefa urgente no âmbito da política social
- O Anexo B da Recomendação nº R (91) 2 do Comité dos Ministros dos Estados Membros relativas à Segurança Social dos trabalhadores sem estatuto profissional, contempla o tratamento da situação dos “que assumem as responsabilidades familiares relativamente às crianças, aos deficientes ou às pessoas idosas”. (6)

As orientações de princípio contidas neste Documento constituem uma base de reflexão importante para a formulação de algumas das medidas de Política Social acima referidas.

INTRODUÇÃO

A rápida progressão do número de pessoas de idade avançada, no contexto das profundas mudanças sociais, económicas e culturais em curso na sociedade portuguesa, exige uma análise rigorosa sobre a adequação do sistema de cuidados às necessidades dos indivíduos deste grupo etário e respectivas famílias.

No âmbito destas questões, o presente trabalho tem como objectivo principal abordar a problemática dos familiares responsáveis pelos cuidados intrafamiliares aos seus membros mais idosos.

Trata-se pois, de um primeiro levantamento dos problemas e das iniciativas locais através do qual se pretende fazer emergir a importância dos cuidados intrafamiliares e por conseguinte, a necessidade de proceder a sua integração num sistema de cuidados, coerente em termos de política social e eficaz enquanto rentabilizador das potencialidades das famílias e das comunidades.

Assim, a possibilidade de realização deste trabalho no âmbito de um projecto que engloba os diferentes países da Comunidade Europeia constituiu uma oportunidade extremamente enriquecedora pois permitiu o acesso à discussão e à informação sobre as questões atrás referidas no contexto da realidade socio-económica e cultural dos países representados.

Por outro lado, a análise efectuada relativamente à situação portuguesa permitiu detectar lacunas de informação sobre a problemática em apreço, evidenciando assim a necessidade de aprofundar o seu conhecimento através da realização de trabalhos de investigação.

Neste sentido, o presente trabalho insere-se no âmbito dos esforços em curso na área do estudo das questões relativas ao envelhecimento da população portuguesa, designadamente das que se referem ao sistema de cuidados informais entre os quais se situam os cuidados intrafamiliares.

Espera-se assim que os resultados do estudo realizado contribuam para a reflexão indispensável à formulação de medidas de política tendentes à diversificação das formas de resposta adequadas à resolução dos problemas da população idosa, designadamente dos que decorrem da garantia da prestação dos cuidados intrafamiliares.

1 População idosa com 75 e mais anos: análise e perspectivas

1.1 - Breve enquadramento socio-demográfico

A problemática do envelhecimento demográfico é indissociável das transformações económicas, sociais e culturais operadas nas sociedades contemporâneas.

As alterações verificadas na estrutura etária da população portuguesa traduzem pois, mudanças de comportamento demográfico resultantes do processo de desenvolvimento socio-económico, no qual se inscreve a dinâmica dos movimentos migratórios, constituindo estes factor determinante das assimetrias espaciais observadas.

A leitura do quadro 1 põe em evidência essas assimetrias. De facto, o desenvolvimento socio-económico das regiões do litoral constitui factor de atracção de fluxos migratórios conducentes ao despovoamento do interior do país, designadamente da sua população jovem activa.

Assim, e como diz o demógrafo Nazareth J. (1988) “As regiões de maior crescimento são em geral as menos envelhecidas no topo. Ora como sabemos que a repulsão populacional provoca um envelhecimento no topo e que a atracção populacional provoca um rejuvenescimento, não é difícil concluir que o litoral tem predominantemente crescido à custa do interior, provocando nesta última região um acentuar do envelhecimento causado pelo declínio da fecundidade”.

Neste contexto, Portugal apresenta hoje, à semelhança dos outros países da Europa comunitária, um acentuado declínio das taxas de fecundidade e de natalidade (quadro 2) o qual, associado à baixa das taxas de mortalidade, está na base do actual processo de envelhecimento demográfico (quadros 2 e 3).

A análise da evolução da situação do grupo 75 e mais anos (quadros 4 e 5) a partir do enquadramento global atrás referido, evidencia pois um acréscimo fortemente acentuado dos efectivos deste grupo etário, especialmente relevante na década de 80. Relativamente à feminização deste grupo, e tal como seria de esperar, mantém-se a forte feminização dos diferentes escalões etários embora pareça estarmos perante uma ligeira desaceleração desta tendência (o que referimos com cautela dado que os dados de 1987 decorrem de estimativas da população, devendo pois aguardar-se os resultados do recenseamento que teve lugar durante o ano em curso).

No que se refere a distribuição espacial dos indivíduos do grupo em apreço, a análise do quadro 6 permite admitir que menos de um terço vive em meio urbano o que, no entanto, deverá ser considerado com a necessária prudência não só pelo facto de estarem estes dados datados do Recenseamento da População de 1981 mas também porque a dimensão dos lugares é um indicador precário quando desinserido da análise regional para a qual não existem dados disponíveis no momento actual.

Em síntese podemos afirmar que a situação portuguesa se caracteriza por:

- um aumento significativo do número de pessoas com 65 e mais anos nos distritos do litoral;
- uma acentuada tendência para a urbanização do envelhecimento; (aumento da percentagem das pessoas de 65 e mais anos vivendo em meio urbano);
- o agravamento do duplo envelhecimento de algumas zonas do interior (zonas de repulsão da população);
- o aumento significativo dos efectivos do grupo de 75 e mais anos.

Em termos prospectivos, e considerando a evolução dos rácios de dependência dos jovens, de dependência dos velhos e de dependência total, é possível admitir a generalização do duplo envelhecimento das estruturas demográficas das diferentes regiões portuguesas.

Globalmente e segundo Nazareth J. (1), a população de 65 e mais anos aumentará de 1 125 458 habitantes em 1980 para 1 548 825 habitantes no final do século, passando de 11,4% da população total para 13,6%.

No entanto, no que se refere ao grupo etário com 75 e mais anos, haverá uma progressão acentuada em termos absolutos (+40% para o período 1980-2000) a qual corresponderá a uma evolução percentual relativamente à população total de 3,6% para 4,3%.

Situação económica

A situação económica dos velhos portugueses apresenta mudanças radicais a partir de 1974, produzidas pela evolução verificada nos níveis de cobertura alcançados através do sistema de Segurança Social.

A leitura do quadro 7 é elucidativa da evolução referida.

Com efeito, as mudanças ocorridas nos níveis de rendimento da população idosa decorrem, no essencial, da evolução verificada nos níveis de cobertura alcançados através do sistema de Segurança Social.

No entanto, os problemas de financiamento inerentes às alterações produzidas constituíram uma condicionante fortemente restritiva dos aumentos dos montantes das pensões dos diferentes regimes, o que, no contexto de uma conjuntura fortemente marcada por elevadas taxas de inflação num passado ainda recente, não permitiu a promoção de melhorias mais significativas das condições da vida de população idosa portuguesa.

Assim, os dados referentes à evolução da estrutura das despesas e dos níveis de rendimentos das famílias cujo representante se situa na categoria dos não activos ou no grupo dos indivíduos com 65 e mais anos (quadro 8 a 10) são indicativos desta situação.

Neste contexto, o resultado da análise efectuada sobre o grupo dos indivíduos com 75 e mais anos, revela necessariamente o impacto dos problemas referidos sobre as actuais gerações mais idosas para as quais as mudanças atrás mencionadas não produziram as correcções necessárias à garantia de rendimentos mínimos adequados à satisfação das necessidades básicas deste grupo da população.

A leitura do quadro 11 evidencia a situação descrita:

- em 1988 apenas cerca de 40% dos indivíduos com 75 e mais anos estavam abrangidos por uma pensão do Regime Geral de Segurança Social, o mais favorável dos regimes, representando os que recebiam pensão através dos regimes não contributivos cerca de 28% dos pensionistas com 75 e mais anos;
- no escalão etário 80 e mais anos, as percentagens relativas aos pensionistas do Regime Geral e dos regimes não contributivos são respectivamente de 31% e 43%, o que obviamente reflecte a situação dos rendimentos da população feminina mais idosa (71% das pessoas com mais de 85 anos são mulheres).

Estes factos explicam a situação verificada através de um estudo realizado em 1988 sobre a estrutura de consumo da população idosa da cidade de Lisboa (2). Neste trabalho é referido que, em 1981, no total das famílias urbanas, a percentagem das despesas com alimentação era de 29,5%. No entanto este valor era de 36% relativamente às pessoas do grupo 65-74, atingindo 38% para os que tinham 75 e mais anos. A mesma disparidade foi verificada no que respeita às despesas com saúde, ou seja, 2,9% para o total das famílias urbanas, 5,1% para o grupo 65-74 e 8,3% para o grupo 75 e mais anos.

Em síntese poderemos pois afirmar que, no contexto actual, existem problemas de precaridade económica que atingem a população em estudo, os quais apresentam uma maior incidência nas mulheres muito idosas.

1.2 - Situação de saúde

A abordagem da situação de saúde das pessoas de idade mais avançada remete-nos para algumas questões metodológicas dada a escassez de dados disponíveis.

Assim, podemos apenas reportar-nos a dados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1987, aos indicadores de consumo dos serviços hospitalares, às estatísticas da Segurança Social relativas aos beneficiários do suplemento de grande inválido (1) bem como aos resultados de alguns estudos efectuados nesta área.

Esquemáticamente, e tendo em conta a análise dos quadros 12 a 16 podemos afirmar que:

- uma percentagem significativa dos indivíduos com 65 e mais anos mantém um grau de aptidão considerável face às actividades da vida quotidiana;
- nos escalões etários mais elevados (75 e mais anos) a percentagem das pessoas com os níveis de aptidão acima referidos é substancialmente inferior;
- os indicadores de mobilidade apontam para uma situação de maior déficite em todos os escalões etários, com maior incidência no grupo 75 e mais anos;
- o consumo de cuidados de saúde diferenciados é claramente mais acentuado no grupo 75 e mais anos, o que poderá traduzir uma maior frequência de situações agudas e de situações de deterioração física e mental, nos indivíduos deste grupo etário.

Neste contexto, e se considerarmos que em 1989, 96 678 indivíduos com 65 e mais anos, (cerca de 7% dos efectivos deste grupo) - Quadro 17 - beneficiavam do suplemento de grande inválido, podemos admitir que eles se situavam maioritariamente nos escalões mais elevados, ou seja, no grupo que é objecto de estudo do presente trabalho. (2)

Aliás, os resultados de um trabalho realizado em 1988, junto de serviços de apoio a idosos na comunidade (quadro 18) parecem confirmar serem os problemas de saúde os que mais preocupam as do grupo etário em análise, sendo também evidente a maior incidência das situações de dependência nos escalões etários superiores - (quadro 19).

(1) Prestação Pecuniária mensal atribuída a pensionistas de velhice dos diferentes regimes da Segurança Social que comprovam a necessidade de assistência permanente de terceira pessoa.

(2) Não existem dados disponíveis sobre os beneficiários desta prestação, com mais de 74 anos.

Institucionalização

Os aspectos relativos à institucionalização das pessoas deste grupo de idade são apenas abordáveis através dos dados respeitantes aos residentes em Lares de idosos.

Com efeito, este tipo de equipamento é o único disponível para a “prise en charge” dos indivíduos em situação de maior dependência.

Assim, e pela leitura do quadro 20 verifica-se que, em 1989, 70% dos residentes em Lares tinham mais de 75 anos, correspondendo a 3,5% dos efectivos deste grupo, representando, no entanto, os residentes com 85 e mais anos, 7,3% dos indivíduos deste grupo de idades.

Estes dados, ainda que insuficientes para a análise da procura dos cuidados institucionais pelas pessoas deste grupo de idade e respectivas famílias, reflectem a realidade relatada pelos profissionais de saúde e da área da segurança social. Estes são unânimes em afirmar que existe uma forte pressão neste sentido sobretudo quando se verificam graves situações de dependência para as quais as comunidades não têm ainda respostas alternativas à entrada numa Instituição.

Aliás, os resultados de um inquérito efectuado em 1985 junto de residentes de Lares de Idosos, no Continente, revelaram que os problemas de saúde constituíam a principal causa de admissão neste tipo de estabelecimento.

Sendo assim, e considerando os dados já referidos neste trabalho, é legítimo admitir que esta pressão sobre a procura terá origem, maioritariamente, em situações que afectam as pessoas de idades mais avançadas, as quais constituem o objecto do nosso estudo.

1.3 - Equipamentos e serviços

As medidas de política social e de saúde relativas aos equipamentos e serviços na área da população idosa enquadram-se, respectivamente, ao nível dos programas de Acção Social do âmbito da Segurança Social (anexo 1) e ao nível de algumas acções desenvolvidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Os programas de Acção Social têm como objectivos:

- a prevenção das situações conducentes à degradação do processo de envelhecimento dos indivíduos e da sua marginalização;
- a promoção das condições favoráveis a integração socio-económica e cultural dos indivíduos deste grupo etário.

Estes equipamentos são essencialmente de dois tipos:

- alojamento colectivo;
- centros de dia.

Alojamento colectivo

Residências

Este tipo de equipamento, consistindo em pequenos apartamentos inseridos em edificios servidos por alguns serviços comuns, tem pouca expressão em Portugal dado o seu elevado custo, bem como a necessidade de canalizar o investimento público para programas que favoreçam a manutenção das pessoas idosas no seu meio natural de vida.

No entanto existem algumas experiências interessantes, designadamente os chamados Recolhimentos da Capital, em Lisboa, representando um bom exemplo deste tipo de equipamento pela qualidade do seu funcionamento nomeadamente dos Serviços de apoio em caso de situação de dependência dos residentes.

Uma outra experiência digna de menção são os mini-lares, os quais da adaptação de uma habitação cujo inquilino (pessoa idosa) decide partilhá-la com 2 ou 3 outras pessoas idosas da comunidade, no que poderíamos designar como pequenas comunidades de alojamento.

Lares

Portugal dispõe actualmente de 615 Lares (sem incluir os 186 lares de tipo lucrativo) dos quais 594 pertencem a Instituições Privadas de Solidariedade Social (3) e 21 são Instituições Oficiais (4).

Este tipo de equipamento cobre cerca de 2% e 3,5% respectivamente das pessoas com mais de 65 e de 75 anos.

No entanto, em termos de oferta de cuidados, apenas algumas das Instituições Oficiais acima mencionadas estão especialmente vocacionadas para acolher as situações em que se verifica um maior grau de dependência, dado que os estabelecimentos dependentes das IPSS não constituem um recurso disponível para o atendimento adequado dessas situações. Podemos pois afirmar que, no momento actual, os recursos disponíveis se afiguram claramente insuficientes, dada a forte pressão de procura do equipamento Lar como forma de resposta às situações de maior dependência.

Por estas razões, algumas experiências estão sendo ensaiadas nomeadamente no que respeita à criação de pequenas unidades de acolhimento a nível local (10 - 15 camas junto a Centros Dia) bem como no domínio da articulação entre os Serviços de Saúde e os estabelecimentos de Segurança Social (Lares), de forma a garantir a organização e prestação de cuidados de saúde nestes últimos, criando pois condições para que possam desempenhar um papel eficaz no atendimento das situações de maior dependência.

(3) Estas instituições funcionam no quadro de um estatuto jurídico específico que define os seus objectivos, a sua autonomia e os termos de intervenção do Estado. Esta intervenção situa-se ao nível da participação no financiamento quer da construção e/ou remodelação dos equipamentos quer do funcionamento de Serviços considerados de utilidade pública, bem como do respectivo apoio técnico.

(4) Algumas destas Instituições são antigos hospícios, hoje transformados em Lares que desempenham um papel essencial no acolhimento de pessoas idosas em situação de grande dependência, designadamente de perda de autonomia.

Centros de dia

Os centros de dia constituem uma experiência, iniciada em 1976, tendo como objectivo principal criar condições favoráveis à manutenção das pessoas idosas no seu domicílio.

Os centros de dia são pois estruturas que desenvolvem programas, acções e prestam serviços orientados para:

- O Acolhimento e a Informação;
- O desenvolvimento das relações interpessoais prevenindo as situações de isolamento;
- A oferta de serviços, no próprio centro ou no domicílio, que respondam de forma adequada às necessidades das pessoas idosas da comunidade;
- A identificação das necessidades e a prospecção dos recursos constituindo assim um polo dinamizador de iniciativas inovadoras nesta área.

O desenvolvimento rápido deste tipo de equipamento permite-nos afirmar que ele constitui hoje um dos eixos fundamentais da política de equipamentos e serviços do âmbito da população idosa. Aliás, importa referir o papel decisivo destes centros no desenvolvimento dos serviços de ajuda domiciliária, os quais assumem importância relevante como forma de apoio aos muitos idosos cuja problemática abordamos neste trabalho.

Na realidade, a criação destes centros decorreu da necessidade de diversificar as estruturas de apoio à população idosa dado que se tinha tornado evidente que o alojamento colectivo (Lar), além de exigir um forte investimento financeiro não respondia adequadamente às necessidades da maioria das pessoas deste grupo de idades.

É assim que o centro de dia foi criado como uma estrutura de apoio social, na óptica da prevenção (prevenção da degradação das condições de vida das pessoas idosas), fornecendo serviços que dão respostas imediatas às carências socio-económicas da sua clientela.

Com efeito, a organização de um espaço que favoreça o relacionamento social e ofereça o acolhimento individual, nomeadamente através do fornecimento de refeições, do desenvolvimento de acções de educação para a saúde, da prestação de serviços de apoio domiciliário e da oferta de toda uma gama de actividades sócio-culturais e recreativas, tem conduzido a que o centro de dia seja um ponto de referência essencial para a população idosa de uma comunidade.

Aliás, uma primeira avaliação feita sobre adequação entre os serviços fornecidos pelos centros de dia e as necessidades da sua clientela permitiu verificar que:

- os utentes exprimem um elevado grau de satisfação face à utilização deste tipo de equipamento;
- os que referem problemas de habitação, gostariam de poder habitar no centro de dia;
- os serviços reconhecidos como os mais úteis são as refeições, o apoio domiciliário e o serviço de lavandaria;
- o pessoal considera essencial ao bom funcionamento dos centros de dia a existência de transporte próprio;
- os utentes consideram importante a constituição de uma comissão de utentes que participe na gestão do centro, não exprimindo no entanto, com a mesma frequência, disponibilidade para fazer parte da mesma;
- em alguns casos, a imprensa local e diferentes organizações sócio-culturais interessam-se pelas actividades dos centros.

Além das estruturas que acabamos de enunciar, outras têm vindo a ser incrementadas, tais como, centros de convívio e colónias de férias, traduzindo a tendência para uma maior participação das pessoas idosas na vida sócio-cultural.

No entanto, não existem dados disponíveis sobre a distribuição etária dos seus utentes, o mesmo acontecendo no referente à população que frequenta os Centros de Dia, pelo que não é possível saber qual o impacto destes equipamentos e serviços junto dos idosos com 75 e mais anos. Sabemos apenas, conforme nos foi relatado por profissionais responsáveis por Centros de Dia, que a média de idades da respectiva clientela é bastante elevada.

Ora, se considerarmos que estes equipamentos se orientam preferencialmente para o atendimento dos idosos sós e isolados e se considerarmos também que estes se situam sobretudo nos escalões etários mais elevados, podemos admitir que a maioria dos utentes dos Centros de Dia são pessoas com idades superiores a 75 anos.

Finalmente, importa referir algumas das questões relativas ao pessoal que assegura o funcionamento dos equipamentos e serviços que acabamos de descrever.

Assim, a maioria dos Lares e dos Centros de Dia são dirigidos por assistentes sociais ou enfermeiras, verificando-se ainda um esforço significativo face à constituição de equipas multidisciplinares (médico, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) sobretudo nos estabelecimentos oficiais. O mesmo vem acontecendo nos estabelecimentos privados não lucrativos mais recentes ou nos que foram objecto de obras de remodelação.

O pessoal qualificado acima referido enquadra pessoal não qualificado - encarregadas gerais, ajudantes de lar, ajudantes familiares e outras, para as quais existem cursos de formação em serviço cuja duração oscila entre 3 e 12 meses segundo o tipo de função desempenhada.

Aliás, verifica-se uma acentuada procura de acções de formação por parte do pessoal, qualificado e não qualificado, e por parte das instituições públicas e privadas, dado que a abertura de novos equipamentos, a modernização de outros e o emergir de experiências inovadoras, aumentam necessariamente as exigências em pessoal que garanta o bom funcionamento dos equipamentos e serviços nesta área.

Serviços de saúde

Relativamente à cobertura em Serviços de Saúde, a população idosa portuguesa não dispõe de equipamentos e serviços específicos, utilizando pois o esquema geral de cuidados, os quais, ao abrigo do sistema nacional de saúde, cobrem a generalidade da população quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos cuidados diferenciados e especializados.

Neste contexto, a estratégia actual tem consistido na integração de respostas específicas às necessidades da população idosa na política global de saúde. Esta estratégia vem sendo concretizada por aproveitamento dos recursos de saúde disponíveis, nomeadamente através da formação de pessoal e da articulação entre serviços de saúde e da segurança social.

Estas medidas têm-se mostrado, no entanto, insuficientes na área do atendimento específico a pessoas idosas em situação de doença de longa duração.

É assim que a criação de estabelecimentos geriátricos nunca foi verdadeiramente encarada. No entanto, a criação de unidades geriátricas em hospitais gerais constitui uma hipótese defendida por muitos profissionais com experiência na área dos cuidados a idosos, dado o aumento significativo da procura de cuidados de saúde por pessoas deste grupo etário. Entende-se pois que as referidas unidades permitiriam não só uma melhor qualidade do atendimento de saúde aos idosos em situações específicas como também favoreceriam o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e técnicos na área da geriatria.

Como experiências, na linha do que atrás referimos, podemos destacar a existência de consultas de gerontopsiquiatria em hospitais escolares, o desenvolvimento da formação em serviço dos médicos clínicos gerais relativamente à problemática gerontológica e geriátrica, e os protocolos de acordo instituídos entre os Lares de Idosos e os estabelecimentos de saúde de forma a promover a racionalização da utilização dos recursos existentes na comunidade.

1.4 - Situação familiar

Os dados do quadro 22 relativamente ao estado civil dos indivíduos deste grupo etário é especialmente relevante para a análise da respectiva situação familiar.

Assim, e se admitirmos que estes indicadores não sofreram alterações substanciais no período 81/91, podemos considerar que a situação familiar dos homens com 75 e mais anos é maioritariamente constituída pelo núcleo familiar base - o casal - ao passo que para as mulheres do mesmo grupo etário esta será a situação menos frequente.

Este facto poderá levar-nos a admitir também que, apesar de em 1981, apenas 17% das pessoas com 65 e mais anos viverem sós, esta percentagem seria seguramente mais elevada se a considerássemos relativamente às mulheres. Aliás, em 1970, os dados de um inquérito então realizado (3) revelaram que embora cerca de 22% das pessoas de 65 e mais anos vivessem sós, no grupo das mulheres este número aproximava-se dos 30%, sendo que nos escalões etários mais elevados (75-79, 80 e mais) as percentagens eram respectivamente de 30,7% e 28,8%.

Ora, e ainda que não existam no momento actual dados disponíveis que permitam avaliar qual a evolução verificada, é possível admitir que a situação “viver só” continue a afectar uma percentagem significativa das mulheres idosas, possivelmente com tendência no sentido da progressão, dadas as disparidades existentes entre os dois sexos relativamente ao estado civil, bem como às mudanças para que alguns estudos apontam, referentes às expectativas das famílias portuguesas face à coabitação intergerações. Nomeadamente, os resultados de um inquérito (4) realizado em 1987, referem que em 85% das famílias inquiridas a coabitação com as gerações mais idosas é tida como negativa, o que não será certamente indiferente ao facto dos conflitos familiares serem frequentemente a causa dos pedidos de admissão dos parentes mais idosos num Lar.

Por outro lado, o aumento do número de divórcios, das situações de famílias monoparentais, do número de jovens adultos vivendo sós, bem como dos casais sem filhos, constituem, sem dúvida, factores determinantes de mudanças apreciáveis na estrutura geracional dos indivíduos idosos.

Neste contexto, a problemática das pessoas muito idosas, designadamente as questões relativas à organização do sistema de apoio intrafamiliar, apresenta uma complexidade crescente, constituindo, pois, um verdadeiro desafio à inovação e à planificação dos Serviços.

Assim, a legislação recente (5) respeitante às famílias de acolhimento nesta área apresenta-se como uma iniciativa inovadora, no âmbito da diversificação dos tipos de resposta às necessidades das pessoas idosas numa sociedade em mudança acelerada, mudança também do modelo de família no qual tradicionalmente se inscreveram, até um passado recente, todas as formas de apoio às gerações mais velhas.

(5) Decreto-Lei nº 391 de 10 de Outubro de 1991 relativo a Acolhimento Familiar de Pessoas Idosas e Pessoas Adultas com Deficiência, visando a integração temporária ou permanente de indivíduos dos grupos referidos, a título oneroso, em famílias consideradas idóneas.

2 Os familiares prestadores de cuidados

Quem são os familiares prestadores de cuidados

No caso português não estão disponíveis, neste momento, trabalhos de investigação na área dos familiares prestadores de cuidados, designadamente aos parentes com 75 e mais anos.

Sendo assim, e no sentido de obter dados sobre a situação existente, optámos pela colheita de informação junto de profissionais de saúde e da área da Acção Social, nomeadamente Clínicos Gerais e Assistentes Sociais responsáveis por equipamentos ou serviços de apoio à população idosa na comunidade.

Nas entrevistas realizadas a 3 médicos Clínicos Gerais e a 12 Assistentes Sociais revelaram, relativamente às situações por eles conhecidas, que:

- a maioria das pessoas com 75 e mais anos vive só, pelo que são estas que mais utilizam os serviços da comunidades;
- alguns vivem com o cônjuge, sendo este que, quando prestador de cuidados, solicita apoio dos serviços da comunidade;
- poucos vivem com outros familiares, embora estes sejam referidos como prestadores de cuidados através de formas de “coabitação à distância” (na maioria dos casos filhas ou noras cujas idades variam entre os 40 e 50 anos, havendo também referências a sobrinho/a e irmã).

De uma maneira geral os profissionais contactados referem que para os casos conhecidos o tempo de prestação de cuidados intrafamiliares é, na sua maioria, mais de um ano, podendo atingir vários anos.

Sendo assim, quando é o cônjuge o elemento central para o apoio nos cuidados, a sua avançada idade e a respectiva situação de saúde constitui factor de dificuldade para a prestação dos mesmos, ao passo que relativamente aos outros familiares enquanto prestadores de cuidados - filhas, noras, sobrinhas/os, irmãs - não foram especificados aspectos relevantes sobre a respectiva situação de saúde.

Tipo de ajuda prestada

Os cuidados de higiene e conforto, a confecção de refeições, o acompanhamento às consultas de saúde e a assistência durante a noite são os cuidados mais frequentemente citados pelos profissionais entrevistados.

Da mesma forma, os familiares são referidos como dinamizadores dos apoios da vizinhança - quer dizer - gerem as ajudas que esta lhes pode prestar de forma a garantir as presenças necessárias durante o tempo que não podem permanecer em casas designadamente o tempo de trabalho.

Outros casos são ainda de referir pela sua especificidade: as pessoas idosas cuidadas rotativamente por cada um dos filhos (6) o que é referido como um factor negativo dado que a passagem de casa em casa obriga a adaptações frequentes pouco favoráveis à estabilidade psico-emocional de uma pessoa de avançada idade.

(6) Esta forma de apoio verifica-se sobretudo em casos de pessoas idosas residentes em meio rural cujos filhos emigraram para os grandes centros urbanos, pelo que, em caso de necessidade, são os pais idosos que vêm residir temporariamente na casa de cada um dos filhos.

O prestador de cuidados - quando e como

As informações recolhidas são pouco explícitas quanto ao conhecimento de facto da situação global inicial bem como dos factores que condicionaram a passagem do familiar a prestador de cuidados.

Os relatos obtidos apontam essencialmente para situações desencadeadas pela existência de um problema súbito de saúde (acidente vascular, queda) ou pela instalação progressiva de estados de desorientação psíquica.

No entanto, algumas referências foram feitas no sentido de:

“ser considerado um dever tratar dos mais velhos”.
“não querer ser censurado”.
sendo também referido o facto de “gostar do seu familiar”.

Estamos, pois, perante um hipotético modelo de enquadramento que, embora eventualmente decorrente de uma forte pressão social, não exclui o factor afectivo como codeterminante da decisão tomada.

Aliás, de todos os profissionais contactados, apenas um mencionou que dos familiares prestadores de cuidados aos idosos “muito poucos o fazem com carinho”.

São referências significativas. Não permitem porém avaliar a qualidade da relação estabelecida entre a pessoa cuidada e o respectivo familiar, pelo que apenas um trabalho de inquirição directa poderá colmatar esta lacuna.

O prestador de cuidados e a evolução da situação de dependência

Os profissionais entrevistados demonstraram alguma apreensão pela procura crescente dos cuidados institucionais para situações de grande dependência das pessoas idosas, por iniciativa dos respectivos familiares, sobretudo dos que se situam entre as gerações mais jovens. Este facto poderá indiciar que o agravamento dessas situações não é muitas vezes compatível com a prestação de cuidados intrafamiliares.

Assim, são manifestas as dificuldades relativamente às necessidades de tempo disponível, às relações com outros familiares (sentir-se explorado) e também a questões como a sobrecarga psicológica ou mesmo física dado que os cuidados prestados são muitas vezes considerados pesados.

O prestador de cuidados no quotidiano

Os cuidados exigidos pelo apoio quotidiano a uma pessoa idosa em situação de dependência são essencialmente prestados pelo familiar que assume esse papel numa família. Assim, a ajuda de vizinhos é referida por alguns profissionais como restrita às pequenas ajudas (companhia, compras, alguma ajuda em situação de emergência). Outros citam experiências de trabalho em que os vizinhos são enquadrados no sistema de apoio aos idosos de uma comunidade, abrangendo assim situações de complementaridade dos cuidados prestados pelos familiares.

Relativamente ao apoio prestado pelos Serviços, os Centros de Dia e, muito especialmente, a valência ajuda domiciliária, constituem, ainda que em pequena escala, o suporte comunitário mais eficaz. A par deste, o apoio prestado pelos médicos de família, é considerado tanto em meio urbano como rural, um suporte securizante nas situações em apreço.

Em termos globais verifica-se, no entanto, uma situação de escassez de apoios aos familiares prestadores de cuidados, a qual poderá decorrer de:

- os serviços disponíveis numa comunidade, na área da Acção Social, se destinarem preferencialmente às pessoas idosas isoladas ou vivendo sós;
- à forte pressão social exercida sobre a família relativamente aos cuidados intrafamiliares, não favorecendo que a mesma se constitua como grupo exercendo pressão de procura sistemática dos serviços e/ou de outras formas de ajuda da comunidade.

O prestador de cuidados e a situação sócio-profissional

Relativamente ao estatuto sócio-profissional dos prestadores de cuidados, a informação recolhida refere situações de trabalho pouco diferenciado em termos de qualificação profissional.

Especificamente foi referido ser o exercício de uma profissão um factor de constrangimento face às necessidades de tempo disponível, dado não existirem sistemas de apoio visando a garantia de facilidades ao nível dos locais de emprego (embora possam existir formas de solidariedade que produzam um efeito facilitador em alguns casos).

Existe apenas um dispositivo legal que permite aos trabalhadores da função pública que tenham um familiar idoso ao seu cuidado, dispôr de 15 dias anuais ao abrigo da situação “atestado médico familiar”.

Os restantes trabalhadores dispõem deste tipo de medidas apenas para cuidar de descendentes até à idade de 10 anos.

Prestação de cuidados intrafamiliares - os dados da avaliação positiva

O testemunho dos profissionais contactados, relativamente aos casos por eles conhecidos, aponta para a existência de uma certa auto-satisfação dos prestadores de cuidados, decorrente do sentido do “dever cumprido” e da componente afectiva que codetermina a decisão de garantir a manutenção da pessoa idosa no seio da família, mesmo quando ela é portadora de uma situação de grande dependência.

Por outro lado, e de acordo com as informações colhidas, o grau de satisfação dependerá também da existência de um ambiente securizante pelo que a possibilidade de utilização dos serviços e apoios disponíveis na comunidade constitui factor relevante.

2.1 - Estruturas de apoio formal e informal aos prestadores de cuidados

Apoio financeiro

As famílias que garantem os cuidados necessários à manutenção no seu seio dos seus membros mais idosos não são objecto de medidas específicas de apoio, quer em serviços quer monetários ou outros.

No entanto, a própria evolução em curso, designadamente a tentativa de criação de condições que favoreçam o retardamento ou evitem a institucionalização das pessoas idosas, tem contribuído para uma viragem progressiva nas formas de actuação dos serviços de apoio comunitário (7) face às necessidades destas famílias.

Assim, existem experiências em curso, nomeadamente de apoio económico, visando a melhoria do equipamento doméstico ou das condições habitacionais bem como a aquisição de ajudas técnicas (também é utilizada a forma de aluguer ou empréstimo) essenciais a um maior conforto da pessoa idosa e facilitadoras, muitas vezes, da prestação quotidiana dos cuidados.

Apoio em serviços e ajudas informais

Tal como já foi referido anteriormente não existem serviços específicos de apoio às famílias prestadoras de cuidados. Os equipamentos da área da Segurança Social, designadamente os Centros de Dia, e os Centros de Saúde através dos médicos de família, constituem formas indirectas de apoio na medida em que, (conforme foi explicitado nos números anteriores), procuram criar condições conducentes à manutenção do idoso no seu meio familiar.

Entretanto, algumas experiências têm vindo a ser desenvolvidas tais como:

- alojamento temporário em Lares, de forma a facilitar períodos de férias às famílias ou a substituí-las em caso de hospitalização ou outros
- organização de grupos de voluntários que, embora se orientem prioritariamente para o apoio a idosos isolados, desempenham também, em algumas situações, papéis complementares dos cuidados intrafamiliares (companhia, vigilância por pequenos períodos de ausência dos familiares, por exemplo).

Apoio psico-emocional

No contexto da situação portuguesa actual não existem formas organizadas de apoio psico-emocional aos familiares que cuidam dos seus parentes mais velhos. Até a um passado muito recente estes cuidados decorriam de um processo natural, culturalmente justificado e socialmente aceite.

Entretanto, e considerando as mudanças já referidas, novas necessidades estão emergindo conduzindo a algumas acções inovadoras.

(7) Serviços de Acção Social do âmbito do sistema de Segurança Social

É assim que, neste âmbito, em alguns Centros de Dia da cidade de Lisboa estão a iniciar-se formas de apoio psicológico às famílias das pessoas idosas, tendo como objectivos criar um ambiente securizante e melhorar o atendimento e relacionamento entre familiar/pessoa idosa.

O acesso à informação

Na área da informação também algo pode ser referido embora de aplicação restrita. Trata-se de algumas acções de informação/formação organizadas pela CARITAS Portuguesa cujos destinatários são essencialmente voluntários que trabalham nesta área e entre os quais se encontram muitas vezes familiares de pessoas idosas por eles cuidadas.

2.2 - Os custos dos cuidados intra-familiares

Custos psico-sociais

A prestação de cuidados a um familiar idoso em situação de dependência afecta necessariamente o quotidiano do núcleo familiar de quem assume tal responsabilidade.

As informações recolhidas sobre esta problemática apontam para a redução drástica das possibilidades de convívio e de participação em actividades sócio-culturais ou outras, o que, nos casos em que é o cônjuge o elemento principal de apoio, conduz a um certo isolamento e solidão

As situações de conflito intrafamiliares são também mencionadas quando o familiar responsável pelos cuidados a prestar se sente “explorado” pelos outros e pela própria situação.

Uma outra nota interessante diz respeito a aspectos específicos no caso de ser a nora a prestadora dos cuidados, dado que, segundo opinião dos clínicos gerais entrevistados, a situação desta torna-se especialmente difícil sob o ponto de vista psicológico.

De uma maneira geral, ter a seu cuidado um familiar idoso é considerado como “pesado” tanto sob o ponto de vista físico como psíquico.

Finalmente, violência e abuso quer do idoso quer do prestador de cuidados não foram referidos pelos profissionais contactados, ainda que nalguns casos se possam verificar situações de “chantagem afectiva” quer do idoso em relação ao familiar prestador de cuidados - “já não me amas” “estou a ser muito pesado” - quer do prestador de cuidados em relação ao idoso - “Se não fosse eu, já o Pai teria morrido”.

Custos financeiros

Os custos financeiros decorrentes do cuidar de uma pessoa idosa no seio da família não mereceram menção especial.

No entanto, alguns profissionais referiram que, em termos absolutos, os custos mais elevados se situam obviamente ao nível das famílias com melhores recursos quando estas optam pela solução dos cuidados intrafamiliares. Estas situações são contudo excepcionais decorrendo os respectivos custos de maiores exigências ao nível do conforto, da assistência de pessoal qualificado e do equipamento.

Nos restantes casos admite-se que na generalidade das situações os custos são relativamente elevados se considerarmos que se trata de famílias de pequenos e médios recursos financeiros.

Assim, os custos com ajudas técnicas, com medicamentos e com a melhoria de conforto da habitação, são identificados como os de maior peso nos orçamentos familiares pelo que estas famílias dependem em muito dos serviços de iniciativa pública ou privada não lucrativa através dos quais é possível obter ajuda financeira bem como serviços e equipamentos a preços compatíveis com os respectivos rendimentos. Nestes casos, não há limite de tempo para a utilização de equipamentos e serviços, podendo contudo os custos decorrentes dessa utilização ser anualmente actualizados.

Quanto à ajuda financeira, esta pode constituir uma prestação social de carácter permanente, concedida pelos serviços de Acção Social do sistema de Segurança Social ou um subsídio eventual de duração limitada para atender a uma necessidade específica.

2.3 - Os familiares prestadores de cuidados - que perspectivas para o futuro

A informação recolhida sobre esta matéria é muito escassa - o que não admira dada a pouca experiência de trabalho na área do apoio às famílias que cuidam dos seus parentes mais velhos.

Sendo assim, as opiniões versam essencialmente sobre as atitudes face à institucionalização, tendo como base os pedidos da mesma por iniciativa dos parentes em situações que exijam permanência contínua com duração prolongada.

Neste sentido, e embora as opiniões recolhidas revelem uma certa tendência pessimista, foram também referidos casos de um ou mais idosos a cargo de uma família ou de um dos elementos da mesma, sem que a hipótese da institucionalização seja considerada como alternativa aos cuidados intrafamiliares.

Genericamente, e no essencial, constata-se uma atitude pouco optimista face à evolução dos cuidados intrafamiliares dadas as dificuldades já referidas e dadas também as alterações em curso no âmbito dos comportamentos sócio-familiares.

Esta convicção aparece também a fundamentar a necessidade de enquadrar este tipo de cuidados no sistema mais amplo dos cuidados aos idosos, de forma a que a sua prestação seja reconhecida como socialmente útil e o seu prestador seja objecto de direitos específicos.

2.4 - A situação actual - problemas e perspectivas de evolução

A imagem dos cuidados intrafamiliares ou seja, da família solidária com os membros mais velhos, tratando-os e cuidando deles no seu seio, está profundamente inscrita nos valores culturais da sociedade portuguesa, ainda que como dissemos atrás, sejam evidentes alguns sinais de mudança.

Neste contexto, a família como sujeito de direitos enquanto prestadora de cuidados aos seus elementos mais idosos não tem sido objecto de medidas específicas de política, o que também quer dizer que tem estado ausente do debate político nesta matéria.

Pela mesma razão, os familiares prestadores de cuidados, ou mais globalmente a família, não têm constituído tema de interesse na área da investigação, não emergindo este grupo como susceptível de provocar um movimento de opinião ou mesmo um debate público.

O mesmo se passa em termos de comunicação social, ou seja a família prestadora de cuidados não consta das questões tratadas pela imprensa, pela rádio ou pela TV.

Assim, podemos considerar como significativo o facto de, por exemplo, num programa de rádio aberto às questões relativas à problemática das pessoas idosas, nunca ter surgido nenhum familiar a solicitar informação, conselho ou a pôr qualquer questão respeitante a um parente idoso a seu cuidado.

Neste contexto, apenas podemos afirmar que os problemas provocados pelo aumento rápido do número de pessoas de idade muito avançada conduzirá à necessidade de uma reflexão urgente sobre a problemática do sistema de cuidados a implementar, nomeadamente do papel dos cuidados intrafamiliares.

Reflexão que exigirá:

- o conhecimento aprofundado das questões em presença através de investigação específica;
- o debate público sobre os dados decorrentes do conhecimento da realidade;
- o empenhamento político conducente à definição de medidas adequadas à garantia da qualidade dos cuidados prestados na família e pela família.

3 Os familiares prestadores de cuidados: entrevistas

3.1 - Selecção dos casos entrevistados

A selecção das famílias e dos respectivos familiares prestadores de cuidados aos seus parentes mais idosos levantou algumas questões metodológicas a saber:

- impossibilidade de integrar o número de entrevistas definido no presente trabalho no âmbito de uma amostra representativa das famílias acima referidas;
- impossibilidade de integrar a análise dos dados agora recolhidos num quadro referencial decorrente de outros trabalhos de investigação nesta área.

Assim, optámos por um processo de selecção organizado a partir de elementos fornecidos por profissionais da área de Segurança Social (Acção Social) e da área da Saúde (Cuidados de Saúde Primários), em 4 zonas do continente - Lisboa, Porto, Coimbra (zona rural) e Alentejo (zona rural).

A selecção efectuada através do processo referido obedeceu aos seguintes critérios:

- diversificação da relação familiar entre a pessoa idosa e o familiar prestador de cuidados;
- coabitação efectiva e coabitação à distância;
- diferentes níveis e formas de dependência da pessoa idosa.

Obviamente que, dados os condicionalismos atrás mencionados, designadamente o número total de entrevistas, surgiu a necessidade de abranger um maior número de casos, incluindo situações de pessoas de idades compreendidas em escalões etários inferiores (< 75 anos) de forma a tentar testar se a situação de dependência o factor decisivo na problemática de prestação de cuidados intrafamiliares. Com este objectivo efectuaram-se algumas entrevistas que embora constituam elementos de interesse para a análise das questões em apreço, não podem representar mais do que isso dado o seu número reduzido. Ou seja, o conhecimento aprofundado sobre os problemas actuais das famílias que desempenham um papel essencial no apoio aos seus familiares idosos em situação de dependência, assim como a necessária análise prospectiva, exigirá a realização de um outro trabalho de investigação, sem dúvida urgente e indispensável à formulação de medidas de política nesta área.

3.2 - Quem presta os cuidados

Pela leitura do quadro 23 verifica-se que as entrevistas realizadas abrangem uma certa diversidade de situações em termos de relações de parentesco, devendo salientar-se o facto de não ter existido qualquer dificuldade na obtenção desta diversificação. Sendo assim, será de admitir que, para além da situação em que o prestador de cuidados decorre da existência de um casal em que um deles está apto a desempenhar esse papel, outros elementos da família (filho, filha, nora, sobrinha, sobrinho, irmã) são frequentemente elementos decisivos para a manutenção das pessoas idosas no seio da família.

A análise comparativa entre os dados colhidos através das entrevistas realizadas em zonas rurais e urbanas permite salientar uma maior diversificação das relações de parentesco nas situações urbanas dado que as entrevistas efectuadas nas zonas rurais revelaram uma certa concentração

em dois tipos de parentesco, cônjuge e filhos. Por outro lado, foi também nestas zonas rurais que surgiram os casos em que mais do que um elemento da família cuida da pessoa idosa e os casos em que um prestador de cuidados tem a seu cuidado mais de um parente idoso.

Outro dado importante refere-se à idade dos familiares prestadores de cuidados - das entrevistas realizadas verificamos que mais de 40% dos inquiridos tinham idades superiores a 70 anos, representando os que se situam no escalão 55 - 64 cerca de 30% (quadro 24), e que apenas um terço dos entrevistados (8) referiu sentir-se bem de saúde (entre os quais só 3 têm idades iguais ou superiores a 70 anos).

3.3 - Breve caracterização das pessoas idosas

A leitura do quadro 24 indica que as situações analisadas se reportam a familiares de pessoas idosas cujas idades se situam entre os 75 e os 96 anos, sendo na sua maioria mulheres (70%).

Relativamente ao estado civil, 56% destas pessoas são casadas (situação verificada na quase totalidade dos homens), representando as viúvas cerca de 1/3 dos casos que constituem o objecto desta análise - quadro 25.

Em termos de coabitação verifica-se que a mesma é efectiva em cerca de 55% dos casos pelo que a coabitação à distância se refere apenas a 45% das situações analisadas. No entanto, a análise comparada entre meio urbano e meio rural revela que a coabitação à distância é a mais frequente entre os casos estudados em meio rural.

Relativamente à situação socio-económica verificou-se que apenas em 3 casos esta é considerada como **boa** e sem problemas, distribuindo-se as restantes da seguinte forma: **pensão social - 2, pensão mínima do regime geral - 5, pensão do regime transitório dos trabalhadores agrícolas - 14, pensão de sobrevivência - 2**. Constatou-se ainda a inexistência de rendimentos próprios em 3 situações, decorrentes do facto de a mulher não ter acesso à pensão social quando a pensão do marido impossibilita essa acumulação por razões de ordem regulamentar do regime da pensão social (facto referido como fortemente negativo pela total dependência económica que provoca no elemento feminino, constituindo factor de agravamento das relações de dependência, no contexto da problemática em apreço).

Em termos de avaliação dos níveis de dependência os dados recolhidos decorrem essencialmente da avaliação feita pelo familiar prestador de cuidados embora esta avaliação tenha sido confrontada com outros elementos respeitantes ao tipo e à frequência dos cuidados prestados (quadro 26).

Assim verificamos que:

- em cerca de 1/3 dos casos (6 em meio urbano e 2 em meio rural) as pessoas idosas estavam em situação de grande dependência ou seja, necessitavam de cuidados permanentes inerentes à satisfação das necessidades básicas quotidianas;
- em 50% dos casos as pessoas idosas necessitavam de ajuda para a higiene pessoal bem como para as actividades da vida quotidiana;
- apenas 3 situações podem ser consideradas como de pouca dependência dado que o apoio necessário se limita à higiene pessoal e à mobilidade.

A análise do discurso revela, em todos os casos, a existência de relações de dependência psicológica, a qual assume aspectos de uma forte interdependência quando se trata de relação conjugal.

3.4 - Como e porquê ser prestador de cuidados

As questões de como e porquê assumem os familiares a prestação de cuidados aos seus parentes mais idosos, levam-nos a admitir algumas hipóteses, tais como:

- o papel importante da pressão social: - frequentemente nas diferentes entrevistas foi referida a imagem positiva que estes prestadores de cuidados consideram ser a que a comunidade tem a seu respeito, o que é para eles também um aspecto gratificante;
- a qualidade das relações afectivas ao longo da história familiar como factor codeterminante;
- a necessidade de continuar a existência do casal mesmo quando um deles está em grave situação de dependência física e até mental;
- a falta de equipamentos residenciais de qualidade, designadamente para acolhimento de casais.

Sendo estes os factores que basicamente aparecem como relevantes na tomada de decisão dos familiares, acresce mencionar que, maioritariamente (15 situações) os acontecimentos que desencadearam o processo referem-se a alterações bruscas, tais como acidentes vasculares cerebrais, quedas e outras situações agudas cuja evolução conduziu a uma significativa perda de autonomia.

Para os restantes casos, cerca de 40% (9), é o agravamento da situação de saúde ou de uma deficiência (cegueira progressiva, senilidade, por exemplo) que, conduzindo à instalação de uma maior dependência, conduz também ao aumento do tipo e da frequência dos apoios prestados pela família.

Em todas as situações estudadas, nenhuma põe em questão a continuação da prestação dos cuidados dado que todos recusaram a alternativa “Lar”. No entanto, em duas situações (uma de casal e uma de coabitação à distância - sobrinha) a hipótese “lar” surge não como alternativa real, mas se “pudessem ir os dois e se fosse de qualidade” e “se lhes desse mais apoio”.

Donde, podemos admitir que existe nos casos estudados uma firme determinação face à continuação da prestação de cuidados, a qual é justificada por:

- razões de ordem afectiva;
- razões de dependência psico-afectiva, especialmente evidentes nos casos em que é um dos cônjuges o prestador de cuidados;
- razões de pressão intrafamiliar (aparecendo nestes casos formas de solidariedade intrafamiliar de suporte à prestação dos cuidados);
- razões de pressão social, ligadas à imagem positiva que estas famílias sentem ser a sua na comunidade.

Em síntese poderemos dizer que a decisão e a continuação da prestação dos cuidados aparece intimamente ligada a aspectos de gratificação social e afectiva, os quais funcionam também como formas de compensação significativas.

Aliás, a sobrevalorização dos factores acima referidos aparece como compensatória das dificuldades expressas pelos entrevistados, dadas as reais carências com que a maior parte se defronta.

Assim, entre as dificuldades mais sentidas surgem:

- dificuldades económicas;
- dificuldades de saúde (o prestador de cuidados tem também, na maioria dos casos, limitações de saúde apreciáveis);
- dificuldades de tempo, especialmente referidas entre os familiares que estão na situação de coabitação à distância;
- falta de apoio ou apoio insuficiente de serviços da comunidade (sobre este aspecto é referida a necessidade de serviços de apoio domiciliário com a possibilidade de permanência diária mais longa especialmente nos casos de maior dependência);
- dificuldades intrafamiliares (situação de conflito familiar em que o prestador de cuidados ficou sem suporte familiar - um único caso entre os estudados).

Neste contexto importa referir que os casos classificados como tendo boa situação económica são os que referem menos dificuldades, verificando-se também entre estes uma tendência para a minimização dos déficits de saúde e para uma sobrevalorização das questões de carácter social, ou seja, as dificuldades referem-se essencialmente à falta de convivência e de possibilidade de fazer deslocações ao exterior, designadamente de fazer viagens.

3.5 - Frequência e tipo de cuidados prestados

A frequência e o tipo de cuidados prestados quotidianamente pelos familiares aos seus parentes mais idosos (quadro 27) apresentam-se obviamente dependentes dos seguintes factores:

- Grau de dependência da pessoa idosa
- Tipo de coabitação
- Situação socio-económica
- Apoios intra e extra familiares

A análise dos dados em função dos indicadores referidos permite-nos afirmar que a situação socio-económica e os apoios intra e extra familiares condicionam de forma decisiva o quotidiano do elemento da família que assume a responsabilidade da prestação dos cuidados em termos do tipo das tarefas diárias.

Assim, relativamente às situações em que se verifica coabitação efectiva e elevado grau de dependência da pessoa idosa, as tarefas diárias podem recair na totalidade sobre o prestador de cuidados quando este não pode adquirir serviços nem os recebe no âmbito da família ou de instituições públicas ou privadas não lucrativas.

No entanto, importa salientar que nas situações acima referidas - elevado grau de dependência e coabitação efectiva - a exigência em tempo disponível quotidianamente é, em todos os casos, de permanência quase constante, não se tendo verificado diferenças significativas nas tarefas executadas, em função do sexo. Ou seja, o marido que cuida da mulher ou a mulher que cuida do marido, presta praticamente o mesmo tipo de cuidados apenas diferindo em função das ajudas recebidas intra e/ou extra familiares.

Esquemáticamente, quando não existem diariamente outras ajudas, o familiar coabitante ocupa-se de:

- higiene pessoal da pessoa idosa;
- confecção das refeições;
- compras;
- administração da medicação;
- tarefas de arranjo da casa;
- apoio à mobilidade da pessoa idosa, quando possível.

Nas situações em que existem apoios intra ou extra familiares eles são sobretudo na área dos cuidados de higiene e das tarefas caseiras. No entanto, estes apoios diferem em função da sua proveniência, variando entre estarem totalmente assegurados (no caso em que existe uma empregada doméstica e uma enfermeira em part/time) e serem parcialmente assumidos por um familiar e/ou por uma ajudante doméstica que presta os cuidados de higiene pessoal matinal bem como a limpeza do quarto da pessoa idosa.

Nas situações de coabitação à distância, o tipo e a frequência dos cuidados prestados variam em função da existência ou não de apoios intra e extra-familiares.

Assim, nos casos de coabitação à distância entrevistados em meio urbano, o apoio prestado pelos familiares aparece como claramente complementar dos serviços prestados por instituições locais, as quais asseguram a satisfação das necessidades básicas quotidianas (com excepção de um caso em que a disponibilidade em tempo e a contiguidade geográfica residencial permite que o familiar assuma integralmente a situação).

Nos casos de coabitação à distância entrevistados em meio rural, os familiares prestadores de cuidados asseguram a totalidade ou a maior parte das tarefas quotidianas dada a possibilidade de presença efectiva verificada na generalidade destes casos.

3.6 - Estruturas de apoio

A utilização de recursos da comunidade pelos prestadores de cuidados situa-se essencialmente ao nível dos serviços de apoio domiciliário ainda que esta situação se verifique num número escasso de casos (quadro 28). Quando tal se verifica, o sentimento de imprescindibilidade e o grau de satisfação é claramente manifesto.

Em termos de estruturas informais, designadamente as ajudas de vizinhança, só excepcionalmente são mencionadas não constituindo para os casos em apreço, um recurso disponível.

Finalmente, as formas de solidariedade intrafamiliar, embora se verifiquem na generalidade das situações estudadas, são referidas com carácter de menor regularidade. Exceptuam-se os casos em que a pessoa idosa é cuidada rotativamente por vários familiares e aqueles em que tarefas específicas são assumidas por outro elemento da família (quadro 27).

3.7 - O prestador de cuidados e as necessidades expressas

As necessidades expressas pelos entrevistados não variaram significativamente em função do meio urbano ou rural, dependendo a ênfase na melhoria da situação económica do respectivo grau de autonomia familiar.

Com base nos dados recolhidos podemos obter o seguinte quadro de hierarquização das necessidades (quadro 29):

- 1.** necessidade de melhoria da situação económica, designadamente de forma a permitir não só uma melhor satisfação das necessidades básicas como a aquisição de medicamentos e das ajudas técnicas facilitadoras dos cuidados.
- 2.** necessidade de apoio dos serviços tanto a nível dos cuidados básicos como dos cuidados de saúde, de forma sistemática e com maior frequência;
- 3.** necessidade de obter apoio dos serviços da comunidade de forma a possibilitar algum tempo livre, designadamente para convivência, visita a familiares e férias (as férias são referidas apenas em cinco casos, um dos quais desejava férias com o familiar - a mulher);
- 4.** necessidade de convívio e companhia;
- 5.** necessidade de melhorar os conhecimentos visando uma maior segurança e qualidade dos cuidados prestados, designadamente sobre como actuar em situações de urgência ou de extrema dependência.

Finalmente, as repercursões da situação sobre o prestador de cuidados, tanto a nível social como económico e de saúde apresentam a seguinte frequência:

- para a generalidade dos casos, excepto em dois, a situação é sentida como fortemente redutora da vida social;
- os aspectos económicos embora assumindo grande importância para as famílias com menos recursos nunca são expressos como inerentes à situação de prestador de cuidados;
- as repercursões sobre a situação de saúde são sentidas como prejudiciais na grande maioria dos casos (22), dos quais só uma minoria refere estes efeitos a nível psicológico (5).

Assim, quando interpelados sobre quais as perspectivas de futuro, a resposta dependeu essencialmente da avaliação feita sobre a evolução da situação da pessoa idosa. Esta foi considerada com **tendência para melhorar em quatro casos, estacionária em quatorze e em progressivo agravamento em sete.**

Nestes últimos, os maiores receios referem-se à perda do parente, à necessidade de permanência e cuidados durante a noite e ainda ao medo de não poder eventualmente sobreviver até à morte da pessoa idosa a cargo.

Ainda sobre estes procurámos saber quais as perspectivas de vida do prestador de cuidados após a morte da pessoa cuidada. Estas diferem de acordo com o grau de parentesco. Ou seja, nas situações em que o cônjuge é o prestador de cuidados foi manifesta a ausência de um projecto autónomo (“não sei o que será de mim”, “apaga-se a luz dos meus olhos”) mais claramente expresso pelos homens que cuidam das respectivas esposas.

No caso em que existe outro grau de parentesco a perda não está associada a este tipo de sentimento.

Relativamente às situações consideradas como de provável evolução positiva, as perspectivas de futuro são manifestamente optimistas pela capacidade de recuperação de um certo grau de autonomia com repercussões no quotidiano, no sistema de relações com o exterior e num dos casos, na expectativa de regresso da pessoa idosa ao seu domicílio possibilitando ao respectivo familiar a retoma da vida profissional.

Nos casos referidos como estacionários existe um sentido latente de equilíbrio precário - por exemplo, “não há possibilidade de recuperação, é a idade, recuperou um pouco a comunicação e a mobilidade, mas...”, “não vai andando mal, o coração está bom, tem é o problema de não poder andar e os médicos, em geral, não dão satisfação da doença às pessoas da família...”.

Foi também expresso, numa destas situações, o sentimento de monotonia (“é uma vida monótona”) e num outro caso é referida a convicção de que a situação poderia evoluir positivamente se “tivesse uma pessoa com ela para falar e distrair”, o que reflecte, de certa forma, a precaridade dos apoios recebidos.

Para além deste tipo de reflexões relacionadas com a evolução da situação da pessoa cuidada, os familiares entrevistados revelaram, de uma maneira geral, algum cepticismo quanto à possibilidade de poderem contar com este tipo de cuidados na eventualidade de estarem na mesma situação dos que hoje estão a seu cargo. É ilustrativo o facto de uma das entrevistadas nos ter referido que a filha lhe pergunta se “vai ter uma vida tão difícil como a minha vendo-me tão sacrificada”.

Há pois a consciência das mudanças em curso sem que, no entanto, este facto tenha emergido como justificativo de alterações de comportamento face à situação vivida no momento actual.

4 Breve análise das entrevistas efectuadas como forma de controle

Com o objectivo de alargar um pouco a informação recolhida através da realização das 24 entrevistas programadas, realizaram-se mais 5 entrevistas, (3 em meio urbano e 2 em meio rural).

Dos entrevistados em meio urbano, dois estavam na situação de coabitação à distância e uma vivia uma viuvez relativamente recente após 12 anos de assistência diária ao marido.

Relativamente ao meio rural, os dois casos abordados referiram-se a situações de dependência de pessoas com idades compreendidas entre 65 - 69 anos (1 caso de coabitação efectiva - marido que cuida da mulher, e outro de coabitação à distância - nora que cuida do sogro embora em sistema de roulement).

A análise do conteúdo destas entrevistas confirmou as tendências verificadas já relatadas anteriormente, designadamente no que respeita:

- as razões da decisão (afectivas, pressão social, necessidade de continuar a existência do casal)
- a assistência permanente do familiar quando se trate de uma situação de grande dependência (todas as tarefas quotidianas recaem sobre ele dado que o apoio intrafamiliar apenas é possível 1 X semana)
- a articulação e complementaridade entre o apoio prestado pelo familiar coabitante à distância em zona urbana e os serviços da comunidade
- coabitação à distância em meio rural em que a família é o suporte principal e quase exclusivo da situação.

Em termos de necessidades expressas, elas são consonantes com as já referidas anteriormente e relativamente às perspectivas de futuro elas enquadram-se nos modelos antes mencionados.

No entanto, a propósito da institucionalização, nas duas entrevistas referentes a situações de coabitação à distância em meio urbano, os entrevistados, não deixaram de referir que a falta de apoio dos serviços 24 h./ 24 h. poderia conduzir a tal, o que reconheceram ser um trauma para os seus familiares (mãe e tias).

Finalmente, e também com o objectivo inicial de obter uma maior informação sobre o objecto do nosso estudo, foram colhidos dados numa freguesia da cidade de Lisboa sobre casos conhecidos de pessoas idosas abrangidas pelo "suplemento de grande inválido", provavelmente vivendo ou sendo apoiadas por um familiar.

Embora a título indicativo referimos os dados obtidos, apresentando a respectiva distribuição etária/sexo:

GRUPO ETÁRIO	H	M	TOTAL
65 - 69	3	2	5
70 - 74	2	6	8
75 - 79	5	8	13
80 - 84	5	11	16
85 - 89	4	11	15
90 - 94	--	4	4
95 - 99	--	4	4
100 e +	--	2	2

São de facto pessoas muito idosas que, como muitas outras, encontram na comunidade, designadamente na família, os apoios essenciais ao seu quotidiano. Constatação que reforça a nossa hipótese, ou seja: os familiares das pessoas muito idosas desempenham um papel essencial como prestadores de cuidados, importando pois reconhecê-los, apoiá-los e garantir-lhes os meios adequados ao desempenho das funções por eles assumidas.

5 Algumas considerações sobre os resultados da abordagem relativa a uma eventual “profissionalização” dos familiares prestadores de cuidados

As questões relativas à “profissionalização” foram objecto de reflexão no grupo de especialistas dos diferentes países participantes neste projecto.

Aliás, no caso irlandês, as medidas em curso tendentes ao enquadramento destes prestadores de cuidados numa carreira específica, fundamentam-se nos resultados de um estudo realizado em 1988, (5) sob a direcção de Joyce O'Connor, também participante no grupo.

A nossa experiência, embora extremamente reduzida visto confinar-se às entrevistas efectuadas, aponta no sentido de:

- 1.** Rejeição de uma eventual “profissionalização” na generalidade dos casos, exceptuando-se um em que essa hipótese embora não sendo rejeitada foi considerada como inconsistente dado que existia a perspectiva de reinserção no mercado de trabalho a curto prazo, o que seria dificultado por uma opção deste teor.
- 2.** Em alternativa, na maioria das situações entrevistadas foi referida a necessidade de mais informação e até de formação bem como de melhoria da situação económica através do aumento dos montantes das pensões.

Donde, poder afirmar-se que a rejeição fundamental provinha da impossibilidade “cultural” de associar os cuidados intrafamiliares a objecto de pagamento de serviços.

- 3.** Em duas situações (as duas em meio urbano) a experiência adquirida pelos prestadores de cuidados era considerada por estes como passível de ser rentabilizada para outros casos da comunidade (caso de filha cuidando de mãe com grau médio de dependência e mulher recentemente viúva).

Resumindo, podemos afirmar que a institucionalização de uma carreira de familiares prestadores de cuidados não parece constituir no momento actual, factor com incidência positiva nesta área. Contudo, e dadas as necessidades expressas, os familiares prestadores de cuidados deveriam ser enquadrados num sistema de prestações que possibilitasse a valorização dos seus rendimentos quando estes sejam insuficientes face aos encargos assumidos.

Na situação portuguesa, tal como acabámos de descrever, a identificação de acções ou de experiências que se enquadrem no âmbito deste trabalho apresenta dificuldades acrescidas dada a forma como os cuidados intrafamiliares são assumidos pela família e socialmente “pressionados” pela comunidade.

Assim, as experiências a seguir descritas correspondem a acções e iniciativas que consideramos como pioneiras em termos de mobilização dos recursos de uma comunidade face às necessidades das famílias que têm a seu cuidado os parentes mais idosos mesmo quando estes se encontram em situação de grande dependência.

Nenhuma das iniciativas a seguir descritas têm como objectivo principal apoiar as famílias que constituem o objecto deste trabalho.

No entanto, a viragem nesse sentido, no que respeita os Centros de Dia, e o facto da segunda iniciativa apontada poder abranger implicitamente famílias com parentes idosos a cargo, confere a estas duas experiências um cunho específico enquanto respostas qualificadas e adequadas à evolução em curso.

6 Centros de dia

Centros de dia para idosos

Os Centros de Dia como atrás referimos tiveram o seu início entre nós nos finais da década de 70, com o objectivo de permitir às pessoas idosas conservarem-se o mais possível no seu domicílio retardando ou evitando a sua institucionalização.

Toda a acção destes Centros se desenvolveu no sentido de apoiar directamente as pessoas idosas e, de forma indirecta, as suas famílias.

Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa os Centros de Dia têm vindo a ser confrontados com pedidos de apoios cada vez mais diversificados quer no que respeita ao apoio domiciliário quer ao apoio directo às famílias prestadoras de cuidados aos seus idosos.

Por outro lado, o estudo das características das famílias como prestadoras de cuidados aos seus idosos só agora começa a constituir preocupação dos serviços, ainda que a instituição “família” tenha sido sempre entre nós, o suporte natural mais importante do apoio aos idosos.

Centro de dia inserido numa zona urbana envelhecida

O Centro de Dia objecto deste estudo pertence a uma instituição particular de solidariedade social e iniciou as suas actividades como “club de idosos”.

A curto prazo, por pressão dos próprios idosos e das suas famílias, a sua acção foi-se desenvolvendo e diversificando, de forma a dar as respostas às necessidades da população idosa daquela comunidade.

As informações constantes deste relato foram recolhidas através de entrevistas com a coordenadora do Centro e com alguns prestadores de cuidados.

Em que consiste a experiência de apoio aos prestadores de cuidados

O apoio aos prestadores de cuidados foi iniciado e tem vindo a desenvolver-se progressivamente a pedido geralmente dos próprios familiares dos idosos, e nalguns casos a pedido de vizinhos também eles prestadores de cuidados.

Este apoio tem-se revelado fundamental como forma de permitir, ainda que insuficientemente, aos prestadores de cuidados continuarem a apoiar os seus idosos sem recurso à institucionalização.

Grupo-alvo

O grupo alvo são os prestadores de cuidados - familiares, amigos ou vizinhos - dos idosos em situação de grande dependência, (por razões de vária ordem, em especial as de saúde - a.v.c., quedas, desorientação psíquica, etc.) e geralmente de idade muito avançada.

Procura e oferta de ajuda

O apoio é geralmente pedido pelo prestador de cuidados. Muitas vezes este é o cônjuge também muito idoso e igualmente em **precário estado de saúde, não podendo assegurar todos os cuidados necessários ao outro cônjuge.**

Quando o prestador de cuidados é uma filha/nora ou outro familiar, o pedido de apoio resulta normalmente das dificuldades devidas ao facto de trabalhar fora, assegurar a vida familiar e ainda prestar os cuidados ao seu idoso, o que muitas vezes constitui uma grande sobrecarga.

No que se refere aos vizinhos e/ou amigos que prestam pequenos cuidados à pessoa idosa - fazer companhia, fazer compras, preparar uma refeição, acompanhamento de consultas, etc. - quando a situação evolui para uma maior dependência veêm-se obrigados a recorrer à “instituição - suporte” para obterem maior ajuda.

O Centro de Dia proporciona aos prestadores de cuidados a ajuda solicitada, no todo ou em parte, através do trabalho de profissionais - assistente social e ajudantes familiares - secundados por voluntários para pequenos trabalhos complementares.

Podem igualmente usufruir de serviços do Centro de Dia, como refeitório e lavandaria.

Organização

Os Centros de Dia só funcionam nos dias da semana, entre as 9h e as 18h. Nos sábados, domingos e feriados os idosos são apoiados apenas pelos prestadores de cuidados, sem pessoal do Centro.

Compete ao assistente social do Centro de Dia fazer o estudo do caso, estabelecer contacto com outras instituições (saúde, habitação, autarquias, etc.) articular os vários serviços com os familiares e/ou prestadores de cuidados, elaborar o plano de cuidados para cada caso e proceder à sua avaliação.

O Centro de Dia tem vindo a ver aumentados os pedidos de apoio aos prestadores de cuidados, o que vem implicando a necessidade de admitir e preparar pessoal.

O recrutamento das ajudantes familiares tem sido feito na comunidade local e “aproveitando” jovens mães de família, o que tem originado alguns problemas para assegurar a continuidade de cuidados nas suas faltas e impedimentos, mais frequentes do que seria para desejar, e devidas à existência de filhos pequenos.

As ajudantes familiares asseguram nomeadamente cuidados de higiene e conforto, alimentação, o arranjo da casa, ajuda para levantar e deitar. Estas actividades são asseguradas algumas horas por dia, num limite máximo de 6 horas, mas sem limite de duração.

Ainda como experiência inovadora é de destacar a realização de reuniões de pessoal técnico do Centro de Dia com os prestadores de cuidados numa linha de suporte emocional e de aconselhamento.

Colaboradores

O Centro tem vindo a dinamizar grupos de voluntários para apoio aos prestadores de cuidados assegurando uma presença de algumas horas por dia, alguns dias por semana junto dos idosos por eles apoiados.

Estes voluntários são geralmente de dois grupos etários distintos. Um dos grupos é constituído pelos idosos mais jovens, com idades compreendidas entre 60 e os 75 anos, que frequentam o Centro de Dia e que têm condições para o exercício das tarefas distribuídas aos voluntários .

O outro grupo de voluntários é sobretudo constituído por jovens estudantes, que, nos seus tempos livres, se integram nas actividades do Centro de Dia, assumindo em particular as tarefas respeitantes ao apoio aos prestadores de cuidados substituindo-os algumas horas por dia, acompanhando o seu idoso, libertando assim o prestador para outras tarefas ou repouso.

Divulgação

Não há divulgação organizada; dado que este Centro de Dia pertence a uma IPSS muito antiga e conhecida pela qualidade dos serviços que presta, tal facto garante-lhe o reconhecimento de toda a comunidade e assim o Centro de Dia usufrui indirectamente da divulgação da instituição - base.

O Centro de Dia em si próprio como instituição aberta à comunidade divulga nas suas instalações, em locais acessíveis ao público, toda a informação sobre as actividades que desenvolve.

Também a colaboração que é mantida com o Hospital da área de localização do Centro de Dia, serve de veículo de divulgação desta instituição.

Financiamento

Este Centro de Dia é financiado pela instituição que constitui o seu suporte jurídico e pelas participações dos utentes e famílias.

A instituição - suporte possui avultado património, verbas próprias provenientes da gestão desse património e ainda da Lotaria Nacional e Apostas Mútuas Desportivas.

Custos

Os prestadores de cuidados - familiares, amigos e vizinhos - prestam gratuitamente os seus serviços ainda que nalgumas situações devidamente estudadas, os vizinhos possam ser remunerados por alguns serviços prestados.

O apoio dado aos prestadores de cuidados, quer pelos voluntários quer pelo pessoal do Centro, é gratuito.

Avaliação desta experiência

A experiência de apoio aos “prestadores de cuidados” a partir do Centro de Dia tem-se revelado de grande oportunidade e importância, dado que lhes permite assegurar por mais tempo e em melhores condições a assistência no domicílio aos idosos muito dependentes.

A avaliação desta experiência permite também tecer as seguintes considerações:

- o apoio específico aos prestadores de cuidados não foi programado com base nas necessidades reais da comunidade, mas tem-se desenvolvido, mais por pressão dos prestadores de cuidados;
- o pessoal - ajudantes familiares - recrutado na comunidade **local entre mães de família, elas próprias com problemas de integração, não se tem revelado totalmente capaz de assegurar o desenvolvimento adequado à concretização total dos objectivos** da experiência, também porque para além dos aspectos referidos, o seu número é ainda insuficiente;
- o apoio aos “prestadores de cuidados” deve ser alargado de forma a cobrir 24/24h;
- o apoio aos prestadores de cuidados exige uma articulação efectiva entre todos os serviços da comunidade com particular destaque para os Serviços de Saúde;
- para o apoio referido, a comunidade deve dispôr de uma instituição que assegure o alojamento dos idosos por curtos períodos, a fim de permitir repouso ou férias aos familiares/prestadores de cuidados;
- a informação/formação dos prestadores de cuidados no âmbito geral de prestação dos cuidados adequados às pessoas idosas em situação de dependência, de acordo com as NHB de cada um, é uma necessidade urgente.

Importância para a comunidade local

Os prestadores de cuidados referem a importância de existirem serviços que os apoiam/informam/ securizam e suportam emocionalmente, permitindo-lhes assim um desempenho mais facilitado e mais alargado no tempo.

Contudo, este sentimento, nalguns casos, só se instala ao fim de algum tempo de apoio, pois perante uma situação de dependência grave a primeira reacção é geralmente de incapacidade de a gerir, recorrendo como primeira hipótese ao pedido de internamento do idoso em Lar.

Neste momento alguns prestadores de cuidados desta comunidade, por considerarem que o apoio do Centro de Dia é ainda insuficiente, pressionam no sentido de que este se torne mais intenso e diversificado.

7 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DE DOENTES DE ALZHEIMER

É uma associação, única em Portugal, e de muito recente implantação, datando a escritura da sua constituição de Julho de 1988.

Trata-se de uma instituição particular de solidariedade social, com sede provisória, em Lisboa, na Rua António Saldanha, n.º 11, onde atende das 15.00 às 17.00 horas, de 2.ª a 5.ª feira.

A Associação tem os seguintes objectivos:

- obter para os doentes de Alzheimer o melhor apoio possível a todos os níveis;
- recolher os últimos conhecimentos sobre a doença e divulgá-los;
- promover a investigação da doença no sentido de contribuir para um melhor conhecimento de sua causa, mecanismos, profilaxia e tratamento.

Para a prossecução do seu fim, propõe-se a Associação:

- a)** Intervir junto dos Organismos competentes no sentido de
 - melhorarem a informação sobre a doença de “Alzheimer”;
 - facultarem aos doentes todas as formas possíveis de apoio financeiro, para além das pensões já consignadas na Lei;
 - possibilitarem a cobertura de todas as despesas médicas, medicamentosas e com aparelhos;
 - suportarem as despesas com acompanhantes quando os doentes (grandes inválidos) estejam em condições que justifiquem a ajuda daqueles;
 - criarem clínicas especializadas e suportarem os custos de assistência e internamento nas mesmas ou em lares;
 - promoverem ou apoiarem um rastreio a nível nacional que, além do mais, permita estabelecer prioridades na abertura de consultas e outras formas de assistência;
 - apoiarem a investigação sobre a doença de “Alzheimer”;
- b)** Proporcionar aos doentes e seus familiares informações e conselhos sobre as formas mais correctas de enfrentar a doença.
- c)** Promover a investigação relacionada com a doença.
- d)** Sensibilizar e consciencializar a opinião acerca da doença.
- e)** Organizar reuniões, colóquios, seminários e outras actividades similares, no âmbito das suas áreas de interesse mais relevante.
- f)** Fomentar a elaboração e a divulgação de trabalhos que integrem nos seus objectivos.

- g)** Fazer-se representar em comissões constituídas para a análise de questões relacionadas com a doença.
- h)** Colaborar com instituições de investigação científica, nomeadamente com universidades, nacionais ou estrangeiras, no âmbito da área da sua actuação.
- i)** Promover a defesa dos legítimos interesses dos portadores da doença de “Alzheimer” e dos seus familiares e, de um modo geral, contribuir para a melhoria das suas condições de vida.

Tem presentemente 80 sócios e as suas actividades têm sido essencialmente reuniões com familiares e amigos de doentes de Alzheimer, numa linha de esclarecimento, informação e apoio.

A Associação tem-se divulgado em jornais e revistas com destaque para um matutino de grande tiragem, o que tem levado a que haja pessoas que se mostrem interessadas em ser sócios desta entidade.

DOENÇA DE ALZHEIMER

**Se deseja colaborar
no desenvolvimento da**

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
FAMILIARES E AMIGOS DE
DOENTES DE ALZHEIMER,**

**tendo em vista um melhor
conhecimento da doença e
melhores cuidados para os doentes.**

**Contacte pelo Tel. 793 44 80 de
Lisboa (das 15 às 17 horas, dias
úteis)**

8 **Considerações finais**

A problemática da prestação de cuidados intrafamiliares às pessoas idosas no caso português, tal como foi evidenciado ao longo deste trabalho, exige uma atenção a mobilizar tanto a nível dos políticos como dos investigadores e da opinião pública em geral.

É evidente que a falta de debate público sobre esta questão e a ausência de medidas de política nesta área é resultante sobretudo de um modelo de família tributário de valores culturais que tradicionalmente lhe conferem as competências e as responsabilidades face à superação das dificuldades dos seus membros em situação de precaridade.

As mudanças em curso, progressivamente evidentes através de alguns indicadores disponíveis, têm vindo a ser pública e politicamente reconhecidas. No entanto, a emergência das questões específicas relativas à problemática das famílias dos idosos e das famílias idosas é extremamente recente e tem-se processado de forma relativamente “pacífica” provavelmente pelas razões apontadas ao longo deste trabalho.

A sistematização de algumas questões-chave, tal como consta dos capítulos anteriores, permitiu pôr em evidência a importância dos papéis desempenhados pelas famílias na prestação dos cuidados aos parentes mais idosos, dando ênfase às potencialidades deste sistema informal de cuidados, às necessidades expressas pelos prestadores dos mesmos e às acções exemplares detectadas a nível das comunidades.

Neste sentido salientamos como potencialidades do sistema de cuidados intrafamiliares:

- A manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar, através do apoio garantido por formas de coabitação efectiva ou à distância, essenciais ou complementares de outros apoios da comunidade.
- A rentabilização do trabalho voluntário devidamente organizado e correctamente enquadrado.
- O aproveitamento de recursos humanos passíveis de contratação para a prestação dos cuidados relativos à satisfação das necessidades básicas humanas.
- O aproveitamento da experiência de instituições interessadas na área de informação/formação de prestadores de cuidados, as quais poderão desenvolver programas visando a informação/formação dos prestadores de cuidados familiares a idosos.

Relativamente às necessidades expressas, podemos agrupá-las da seguinte forma:

- Informação/formação que contribua para uma maior securização do prestador de cuidados garantindo também a melhoria da qualidade dos mesmos;
- Apoio económico sustentador de uma efectiva promoção de condições facilitadoras do quotidiano destas famílias, em especial dos seus elementos mais directamente envolvidos;
- Apoio em serviços, numa perspectiva integrada, garantindo pois a necessária articulação entre os diferentes sectores com especial ênfase para a Segurança Social e Saúde. Neste âmbito é de referir a necessidade de garantir apoio 24/24h quando a situação o exige, bem como providenciar formas de substituição do prestador de cuidados que possibilitem a este usufruir de períodos de descanso, incluindo férias.

Na área das acções exemplares, as experiências contactadas, designadamente as que se referem às acções emergentes no âmbito de actuação dos Centros de Dia, permitem afirmar que este tipo de equipamento pode constituir:

- um elemento privilegiado enquanto dinamizador dos recursos, coordenador das acções das diferentes instituições da comunidade e incentivador de acções inovadoras nesta área;
- um local de referência, de informação e de orientação para todos os que prestam cuidados às pessoas idosas, designadamente os seus familiares;
- um suporte eficaz aos prestadores de cuidados dada a polivalência de apoios e serviços prestados: ajuda domiciliária, coordenação de voluntários, apoio psico-emocional, apoio financeiro e apoio em ajudas técnicas.

Assim, e se considerarmos também:

- O facto de não existirem ainda medidas de política que consubstanciem o apoio específico adequado à situação de familiar prestador de cuidados;
- O facto de os serviços operativos disporem actualmente de informação que permite definir algumas estratégias de actuação nesta área;
- O facto de serem pouco conhecidas e divulgadas as experiências e as vivências relatadas neste trabalho, o que não favorece a formação de movimentos de opinião sobre esta matéria;
- O facto das circunstâncias descritas dificultarem o atendimento adequado à melhoria da situação dos familiares prestadores de cuidados, designadamente no âmbito da informação e formação que as suas tarefas exigem.
- O facto da extensão e da durabilidade das acções e das experiências relatadas bem como da sua expansão correctamente programada depender essencialmente do seu enquadramento num sistema de medidas que consubstanciem os direitos desta categoria de prestadores de cuidados;
- O facto de não podermos dissociar esta problemática da própria **garantia dos direitos das pessoas idosas, designadamente do direito de escolher e de decidir sobre onde e quem a deve cuidar;**

as medidas de política a implementar deverão apontar para a consecução dos seguintes objectivos:

- dotar as comunidades de estruturas e serviços que permitam o exercício do direito de escolha da pessoa idosa, compatibilizando-o com os direitos de opção dos seus familiares enquanto potenciais prestadores de cuidados;
- garantir apoio financeiro aos prestadores de cuidados, quer através de uma prestação complementar quer através de apoios eventuais que garantam a aquisição de bens e/ou serviços facilitadores do quotidiano destas pessoas;
- promover informação e formação aos prestadores de cuidados designadamente através de pequenos cursos, informação telefónica garantida 24/24h, apoio de voluntários qualificados e outras formas de divulgação de conhecimentos;

- promover formas de suporte psico-emocional, na linha das experiências em curso;
- garantir serviços e formas de apoio que permitam aos prestadores de cuidados usufruir do direito a períodos de repouso e de participação na vida social e cultural.

Neste contexto, a formulação das referidas medidas é indissociável de uma estratégia claramente fundamentada nos dados da investigação a promover e da formação/informação a desenvolver.

Investigação que permita:

- o conhecimento aprofundado da problemática dos prestadores de cuidados aos familiares idosos, na situação portuguesa;
- a abordagem prospectiva da problemática referida;
- a identificação de acções inovadoras a incentivar;

Formação/Informação:

- dos profissionais dos serviços que actuam na área da população idosa de forma a promover novas atitudes e comportamentos face ao atendimento dos prestadores de cuidados em apreço e a viabilizar as acções e/ou os programas consequentes,
- dos familiares prestadores de cuidados de forma a contribuir para a qualidade e melhoria das condições de prestação dos mesmos;
- dos voluntários disponíveis ou a mobilizar para a colaboração na organização deste sistema informal de cuidados;
- da opinião pública, em geral, criando condições para a valorização social dos papéis desempenhados pelos diferentes intervenientes no sistema de cuidados intrafamiliares.

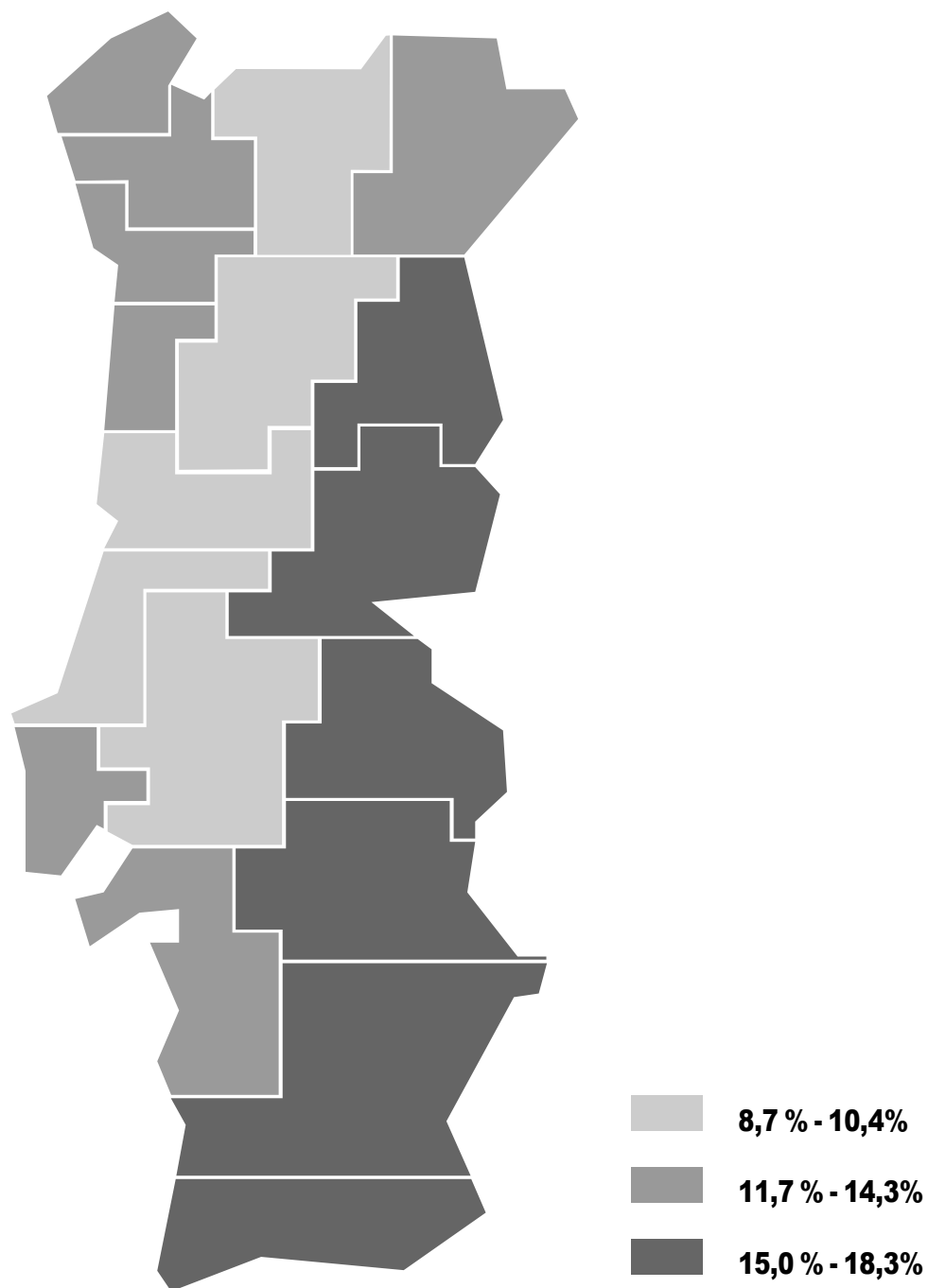
QUADROS

1 - População com 65 e Mais Anos/Distritos - % População Total, 1981	45
2 - Indicadores Demográficos 1970/87 - Portugal, Continente	46
3 - Estrutura da População por Grupos Etários, - Evolução 1960 - 87, Portugal, Continente	47
4 - Evolução da População com 65 e Mais Anos / Sexos, no Continente, 1960 - 87,	48
5 - População com 75 e Mais Anos / Escalões Etários / Sexos, Portugal, Continente, 1985 - 1987	49
6 - População com 75 e Mais Anos, por Dimensão dos Lugares e Sexos, Portugal, Continente, 1981	50
7 - Evolução do Número de Pensionista de Velhice dos Regimes de Segurança Social, 1970 - 87	51
8 - Estrutura da Despesa dos Agregados Familiares, - Evolução 1968 - 90, Continente	52
9 - Estrutura das Despesas das Famílias cujo Representante Pertence à Categoria dos Não Activos, 1968 - 90, Continente	53
10 - Receitas Líquidas Médias Anuais dos Agregados, Segundo a Categoria Socio-Económica do Representante do Agregado por Origem das Receitas, 1990, Continente	54
10A- Receitas Líquidas Médias Anuais dos Agregados, Segundo a Idade do Representante do Agregado e Origem das Receitas, 1990, Continente	54
11 - População com 75 e Mais Anos por Regimes de Segurança Social	55
12 - Distribuição Percentual das Pessoas de 65 a 74 anos por Níveis de Aptidão, Segundo Indicadores de Aptidão e o Sexo, 1987, Continente	56
13 - Distribuição Percentual das Pessoas de 75 a 84 anos por Níveis de Aptidão, Segundo Indicadores de Aptidão e Sexo, 1987, Continente	57
14 - Distribuição Percentual das Pessoas de Mais de 84 anos por Níveis de Aptidão, Segundo Indicadores de Aptidão e o Sexo, 1987, Continente	58

15 - Distribuição Percentual da População Inquirida por Dias de Permanência na Cama, nas 2 Semanas Anteriores à Inquirição, Segundo a Idade e o Sexo e seus Valores Médios, 1987, Continente	59
16 - Doentes Saídos dos Hospitais (Públicos e Privados) e das Unidades de Internamento dos Centros de Saúde, Segundo os Grupos de Idades e o Sexo, 1988, Continente	60
17 - Pessoas com 65 e Mais Anos, Beneficiários do Suplemento de Grande Inválido, por Sexos e Regimes de Segurança Social, 1989, Continente	61
18 - Pessoas com 75 e Mais Anos, por Sexo e Escalão Etário Atendidas pelos Centros Regionais de Segurança Social, Segundo o Tipo de Problemas, %, 1989, Continente	62
19 - Pessoas com 75 e Mais Anos, Atendidas pelos Centros Regionais de Segurança Social, entre Jul/Out., 1988 por Graus de Dependência, %, Continente	63
20 - População com 65 e Mais Anos Residentes em Lares de Idosos, 1989, Continente	64
21 - Equipamentos de Serviços para a População Idosa, 1989, Continente	65
22 - População com 65 e Mais Anos por Sexos, Segundo o Estado Civil, 1981, Continente	66
23 - Familiares Prestadores de Cuidados, Segundo o Grau de Parentesco com a Pessoa Idosa/Zona Urbana e Zona Rural	67
24 - Familiares Prestadores de Cuidados/Sexo/Grupos Etários, Segundo as Idades das Pessoas Idosas	67
24A- Familiares Prestadores de Cuidados/Sexo/Grupos Etários Segundo as Idades das Pessoas Idosas (Zona Urbana)	68
24B- Familiares Prestadores de Cuidados/Sexo/Grupos Etários, Segundo as Idades das Pessoas Idosas (Zona Rural)	69
25 - Estado Civil das Pessoas Idosas, por Sexo e Escalões Etários (Pessoas Idosas ao Cuidado dos Familiares Entrevistados)	70
26 - Pessoas Idosas segundo os Graus de Dependência e as Formas de Coabitação, segundo o Meio Urbano e Meio Rural	71
27 - Frequência dos Cuidados e dos Apoios Prestados pelo Familiar à Pessoa Idosa Segundo o Tipo de Cuidados	72
28 - Tipo de Apoios Recebidos Segundo a Estrutura do Apoio e Tipo de Ajuda	73
29 - Necessidades dos Prestadores de Cuidados por Tipos de Necessidades	74

QUADRO 1

População com 65 e mais Anos - % População Total, 1981



FONTES : - INE - XII Recenseamento Geral da População, 1981

QUADRO 2**Indicadores Demográficos 1970/87****Portugal, Continente**

ANOS	TAXA DE NATALIDADE	TAXA DE FECUNDIDADE	TAXA DE MORTALIDADE
1970	19,2	79,9	10,4
1975	18,9	74,7	10,4
1980	15,9	65,7	9,6
1985	12,6	51,2	9,5
1986	12,2	49,2	9,3
1987	11,8	45,1	9,2

FONTES: - INE

- Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Doc. 2/88

QUADRO 3***Estrutura da População por Grupos Etários
Evolução 1960 / 1987******Portugal, Continente***

ANOS	ESTRUTURA DA POPULAÇÃO / GRUPOS ETÁRIOS			
	0 - 14	15 - 64	65 e +	80 e +
1960	28,8	63,1	8,1	-
1970	28,1	62,2	9,7	-
1981	25,3	63,2	11,5	1,7
1987	21,8	65,6	12,5	2,2

FONTES: - INE - Portugal, Recenseamento Geral da População, 1960, 70 e 81
- INE - Estimativas da População - Junho 1988

Evolução da População com 65 e + Anos / Sexos

QUADRO 4

Contínente, 1960 -1987

ANOS	65 - 69				70 - 74				75 e MAIS ANOS						
	HM	H	%	M	%	HM	H	%	M	%	HM	H	%	M	%
1960	249 081	105 166	42,4	143 915	57,8	195 698	73 366	40,6	116 322	59,4	224 401	80 149	35,7	144 252	64,3
1970	308 250	132 295	42,9	175 955	57,1	220 595	88 750	40,2	131 845	59,8	258 350	92 885	36	165 465	64
1981	388 989	173 532	44,6	215 457	56,4	316 097	132 362	41,9	183 735	58,1	366 439	129 092	35,2	237 347	64,8
1987	407 400	182 000	44	225 300	56	334 000	141 500	42	192 400	58	475 600	172 300	36	303 300	64

FONTES: - INE - Recenseamento Geral da População, 1960, 1970, 1981
 - INE - Estimativas da População - 1987

QUADRO 5**População com 75 e + Anos / Escalões Etários / Sexos****Portugal, Continente 1981 - 1987**

ANOS	ESCALÕES ETÁRIOS	SEXO H M	MASCULINO	%	FEMININO	%
1981	75 - 79	286 447	788 898	37,8	128 349	62,2
1987 ⁽¹⁾		262 488	103 088	39,3	159 400	68,7
1981	80 - 84	185 388	35 431	33,6	69 877	66,4
1987 ⁽¹⁾		144 688	49 688	34,3	95 000	65,7
1981	85 e +	54 684	15 563	28,5	39 121	71,5
1987 ⁽¹⁾		68 688	19 700	28,7	48 988	71,3

FONTES: - INE - Recenseamento Geral da População, 1981
- INE - Estimativas da População - 1987

População com 75 e + Anos por Dimensão dos Lugares e Sexo

QUADRO 6

Continente, 1981

ESCALÕES ETÁRIOS	SEXO	< 2 000 DIMENSÃO DOS LUGARES	%	2 000 - - 4 999 DIMENSÃO DOS LUGARES	%	5 000 - - 9 999 DIMENSÃO DOS LUGARES	%	MAIS DE 18 000 DIMENSÃO DOS LUGARES	%	OUTRAS SITUAÇÕES	%
75 - 79	M F	115 653		15 248		7 989		57 137		10 420	
	M	45 959		5 691		2 964		18 729		4 755	
80 - 84	M F	58 233		7 723		3 916		30 523		4 913	
	M	21 003		2 534		1 301		8 547		2 046	
OVER 85	M F	29 107		4 093		2 070		16 925		2 489	
	M	8 965		1 153		579		4 008		858	
TOTAL		292 993	55,4	27 064	7,4	13 975	3,8	104 585	28,5	17 822	4,9

FONTES: - INE, Recenseamento Geral da População, 1981

QUADRO 7***Evolução do N° de Pensionistas de Velhice
dos Regimes de Segurança Social*****1970 - 1987**

ANOS	REGIME GERAL	REGIME ESPECIAL DAS ACTIVIDADES AGRÍCOLAS	REGIME NÃO CONTRIBUTIVO	TOTAL
1970	51 634			51 634
1971	63 987			63 987
1972	75 203	63 385		138 588
1973	104 483	230 845		335 328
1974	123 154	317 659		440 813
1975	149 442	362 308		511 750
1976	183 964	385 515	26 330	595 809
1977	246 237	392 903	45 164	684 304
1978	301 444	558 374	62 961	922 779
1979	349 667	585 365	70 592	1 005 624
1980	366 470	610 950	62 588	1 040 008
1981	416 231	330 138	335 128	1 081 497
1982	449 177	348 156	310 069	1 107 402
1983	497 477	341 953	279 538	1 118 968
1984	527 041	347 685	256 035	1 130 761
1985	561 155	381 009	236 130	1 178 294
1986	549 519	380 478	212 167	1 142 164
1987	634 483	396 679	194 370	1 225 532

FONTES: Estatísticas da Segurança Social

QUADRO 8***Estrutura da Despesa dos Agregados Familiares*****Continente**

	1967/68 %	1973/74 %	1981/82 %	1989/90 %
1- PRODUTOS ALIMENTARES BEBIDAS E TABACO	49,9	48,8	40,6	33,2
2- VESTUÁRIO E CALÇADO	8,5	8,8	10,1	9,4
3- HABITAÇÃO, AQUECIMENTO E ILUMINAÇÃO	14,3	13,6	9,2	12,1
4- EQUIPAMENTO DOMÉSTICO E DESPESAS	6,8	5,9	8,6	7,2
5- SAÚDE, SERVIÇOS MÉDICOS	4,0	2,7	2,59	3,0
6- TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES	5,4	7,4	13,4	15,7
7- ENSINO, CULTURA E DISTRAÇÕES	4,8	4,0	3,7	3,7
8- OUTROS BENS E SERVIÇOS	6,3	8,8	8,8	12,9
9- OUTRAS DESPESAS	—	—	2,8	2,8

FONTES: INE, Inquérito aos Orçamentos Familiares, 1968, 1974, 1981, 1990

QUADRO 9***Estrutura da Despesa das Famílias cujo Representante Pertence à Categoria dos não Activos*****Continente**

	1968 %	1974 %	1981 %	1990 %
PRODUTOS ALIMENTARES	43,89	42,03	45,37	36,25
BEBIDAS	3,24	4,15	4,27	3,23
TABACO	0,72	0,83	1,16	1,23
VESTUÁRIO E CALÇADO	8,27	7,47	8,52	8,05
HABITAÇÃO	12,59	13,79	7,49	8,37
ÁGUA, COMBUSTÍVEIS E ELECTRICIDADE	4,32	3,32	5,07	5,22
DESPESAS DE HABITAÇÃO	2,88	3,16	7,73	1,07
OUTRAS DESPESAS DA HABITAÇÃO	3,96	0,83	—	6,70
SERVIÇOS DOMÉSTICOS	—	2,16	—	0,89
DESPESAS COM SAÚDE	5,04	5,81	4,11	4,76
TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES	4,67	6,32	8,80	11,90
INSTRUÇÃO, CULTURA E RECREIO	5,40	3,65	3,12	2,53
OUTROS BENS E SERVIÇOS	5,02	6,46	4,36	11,67
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTES: INE, Inquérito às Receitas e Despesas Familiares, 1968, 1974, 1981, 1990

QUADRO 10

**Receitas Líquidas Médias Anuais dos Agregados,
Segundo a Categoria Socio - Económica
do Representante do Agregado por Origem das Receitas**

CONTINENTE (escudos)

TOTAL DOS AGREGADOS		NÃO ACTIVOS		PENSÕES DE REFORMA E VELHICE	
VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1 277 864	100,0	823 970	100,0	355 506	43,2

FONTES: INE, Receitas e Despesas das Famílias, 1990 (dados não publicados)

QUADRO 10 A

**Receitas Líquidas Médias Anuais dos Agregados,
Segundo a Idade do Representante do Agregado
por Origem das Receitas**

CONTINENTE (escudos)

TOTAL DOS AGREGADOS		> = 65 ANOS		PENSÕES DE REFORMA E VELHICE	
VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1 277 864	100,0	762 678	100,0	353 013	46,3

FONTES: INE, Receitas e Despesas das Famílias, 1990 (dados não publicados)

QUADRO 11**População com 75 e + Anos
por Regimes de Segurança Social**

GRUPOS DE IDADES	SEXO	REGIME GERAL	REGIME ESPECIAL DAS ACTIVIDADES AGRÍCOLAS	ESQUEMAS NÃO CONTRIBUTIVOS
75 - 79	MF	114 945	98 213	12 264 + 22 600 (1)
	M	61 125	33 424	2 537 + 7 425 (1)
80 - 84	MF	50 222	51 171	8 919 + 32 177 (1)
	M	25 739	16 266	1 311 + 9 854 (1)
ACIMA DE 85	MF	18 560	7 659	6 609 + 47 479 (1)
	M	8 960	1 855	619 + 12 571 (1)

FONTES: INE, Social, Estatísticas da Segurança Social, 1988

(1) - Regime Transitório dos Rurais

I.N.S. Ano de 1987 (Continente)

QUADRO 12

Distribuição Percentual das Pessoas de 65 a 74 Anos por Níveis de Aptidão Segundo Indicadores de Aptidão e o Sexo

NÍVEIS DE APTIDÃO	LEVANTAR-SE DA CAMA			ANDAR 50 METROS NUM SÍTIO PLANO			SUBIR ESCADAS			ALIMENTAR-SE			VESTIR-SE			URINAR			APANHAR OBJECTOS DO CHÃO		
	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M	H	M	H/M
Sem dificuldade/ Sozinho	66,8	58,9	62,8	68,8	59,1	63,9	49,3	33,5	41,4	98,0	98,4	98,2	88,5	92,6	90,5	54,0	46,1	50,0	54,0	46,1	50,0
Com dificuldade	27,5	36,8	32,1	20,5	31,9	26,2	41,9	56,5	49,2							38,8	47,9	43,3	38,8	47,9	43,3
Só ajudado	4,5	3,6	4,0	1,7	3,0	2,3	4,5	5,9	5,2	0,7	0,6	0,6	3,8	2,5	3,1						
Sempre de cama	1,3	0,8	1,0																		
Com bengala				7,5	5,0	6,2															
Não consegue							4,4	4,1	4,2							7,2	6,0	6,6	7,2	6,0	6,6
Ajudado parcial										1,4	1,2	1,3	7,7	5,1	6,4						
Desloca-se sozinho de cadeira de rodas				0,2	0,1	0,1															
Desloca-se c/ ajuda em cadeira de rodas				0,3	0,3	0,3															
Não anda nem se desloca				1,2	0,8	1,0															
Retem bem																82,6	80,7	81,6			
Molha-se às vezes ou raramente																9,9	10,3	10,1			
Molha-se muitas vezes																6,1	8,0	7,0			
Molha-se sempre																1,5	1,2	1,3			
TOTAL EM %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TOTAL EM VALOR ABSOLUTO	1752	2116	3868	1753	2113	3866	1750	2113	3863	1753	2117	3870	1752	2117	3869	1746	2111	3857	1748	2111	3859
IGNORADOS	16	19	35	15	22	37	18	22	40	15	18	33	16	18	34	22	24	46	20	24	44

FONTES: Inquérito Nacional de Saúde, 1987
D.I.P.S., Agosto de 1991

QUADRO 13

Distribuição Percentual das Pessoas de 75 a 84 Anos por Níveis de Aptidão Segundo Indicadores de Aptidão e o Sexo

I.N.S. Ano de 1987 (Continente)

NÍVEIS DE APTIDÃO	LEVANTAR-SE DA CAMA			ANDAR 50 METROS NUM SÍTIO PLANO			SUBIR ESCADAS			ALIMENTAR-SE			VESTIR-SE			URINAR			APANHAR OBJECTOS DO CHÃO		
	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M
Sem dificuldade/ Sózinho	53,5	40,5	47,0	46,4	35,6	41,0	30,7	18,5	24,6	92,0	94,2	93,1	79,0	80,6	79,8	39,5	28,7	34,1			
Com dificuldade	34,3	45,6	39,9	27,9	36,5	32,2	48,6	54,5	51,5							43,9	56,2	50,0			
Só ajudado	9,4	11,2	10,3	4,6	8,9	6,7	10,8	14,6	12,7	3,4	2,8	3,1	9,8	8,0	8,9						
Sempre de cama	2,9	2,9	2,9																		
Com bengala				16,9	14,8	15,8															
Não consegue							10,0	12,5	11,2												
Ajudado parcial										4,7	2,9	3,8	11,3	11,5	11,4						
Desloca-se sózinho de cadeira de rodas				0,4	0,2	0,3															
Desloca-se c/ ajuda em cadeira de rodas				0,5	1,0	0,3															
Não anda nem se desloca				3,4	3,0	3,2															
Retem bem																71,8	69,4	70,6			
Molha-se às vezes ou raramente																11,1	14,4	12,7			
Molha-se muitas vezes																13,7	13,1	13,4			
Molha-se sempre																3,5	3,2	3,3			
TOTAL EM %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TOTAL EM VALOR ABSOLUTO	857	1 312	2 169	857	1 311	2 168	855	1 310	2 165	858	1 312	2 170	856	1 312	2 170	855	1 305	2 160	856	1 308	2 164
IGNORADOS	4	11	15	4	12	16	6	13	19	3	11	14	3	11	14	6	18	24	5	15	20

FONTES: Inquérito Nacional de Saúde, 1987
D.E.P.S., Agosto de 1991

I.N.S. Ano de 1987 (Continente)

QUADRO 14

Distribuição Percentual das Pessoas de + de 84 Anos por Níveis de Aptidão Segundo Indicadores de Aptidão e o Sexo

NÍVEIS DE APTIDÃO	LEVANTAR-SE DA CAMA			ANDAR 50 METROS NUM SÍTIO PLANO			SUBIR ESCADAS			ALIMENTAR-SE			VESTIR-SE			URINAR			APANHAR OBJECTOS DO CHÃO		
	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M
Sem dificuldade/ Sózinho	31,5	28,0	23,1	29,6	20,6	10,8	13,0	10,0	10,8	84,3	80,9	81,8	67,3	61,2	62,9	22,2	18,1	19,3	22,2	18,1	19,3
Com dificuldade	48,1	42,2	24,7	19,4	26,7	41,6	50,9	38,1	41,6							56,5	50,2	51,9	56,5	50,2	51,9
Só ajudado	12,0	23,8	18,0	8,3	21,7	23,7	18,5	25,6	23,7	6,5	7,4	7,2	17,8	24,6	22,7						
Sempre de cama	8,3	6,0	6,7																		
Com bengala			25,4	35,2	21,7																
Não consegue						23,9	17,6	26,3	23,9												
Ajuda parcial										9,3	11,7	11,0	15,0	14,2	14,4						
Desloca-se sózinho de cadeira de rodas			0,5		0,7																
Desloca-se c/ ajuda em cadeira de rodas			1,3	0,9	1,4																
Não anda nem se desloca			6,9	6,5	7,1																
Retem bem																58,9	58,3	58,4	58,9	58,3	58,4
Molha-se às vezes ou raramente																13,1	14,7	14,3	13,1	14,7	14,3
Molha-se muitas vezes																19,6	17,3	17,9	19,6	17,3	17,9
Molha-se sempre																8,4	9,7	9,4	8,4	9,7	9,4
TOTAL EM %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TOTAL EM VALOR ABSOLUTO	108	282	389	108	281	389	108	281	389	108	282	390	107	281	388	107	281	385	108	281	389
IGNORADOS	5	6	11	5	7	12	5	7	12	5	6	11	6	7	13	5	7	16	5	7	12

FONTES: D.E.P.S. - Inquérito Nacional de Saúde, 1987

QUADRO 15

Distribuição Percentual da População Inquirida por Dias de Permanência na Cama, nas 2 Semanas Anteriores à Inquirição, Segundo a Idade e o Sexo e seus Valores Médios

I.N.S. Ano de 1987 (Continente)

NÍVEIS DE APTIDÃO	0 a 64 ANOS			65 a 69 ANOS			70 a 74 ANOS			> = 75			TOTAL		
	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M	H	M	H M
0 DIAS	96,0	95,0	96,0	92,0	89,0	90,0	88,0	86,0	87,0	81,0	78,0	79,0	18	20	39 056
DE 1 A 2 DIAS	1,0	2,0	2,0	1,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	274	396	670
DE 3 A 5 DIAS	1,0	1,0	1,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	203	361	564
DE 6 A 8 DIAS	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	3,0	4,0	4,0	147	252	399
DE 9 A 11 DIAS							1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	43	52	95
DE 12 A 14 DIAS	1,0	1,0	1,0	4,0	3,0	3,0	5,0	6,0	6,0	12,0	13,0	13,0	300	424	724
TOTAIS EM %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
TOTAIS VAL	17 092	17 954	35 046	968	1 121	2 089	798	1 008	1 806	591	969	1 598	19 827	21 681	41 508
IGNORADOS	23	28	51		4	4	2	2	4	3	5	13	30	47	77
MÉDIA (dias) NA POPULAÇÃO TOTAL	0,2	0,3	0,2	0,7	0,8	0,7	1,0	1,2	1,1	1,4	2,1	2,2	0,3	0,5	0,4
MÉDIA (dias) NA POPULAÇÃO	5,8	5,5	5,6	8,8	6,9	7,6	8,6	8,7	8,7	10,3	10,7	10,2	7,1	6,9	7,0

ANEXINA
FONTES: D.E.P.S. - Inquérito Nacional de Saúde, 1987

QUADRO 16
**Doentes Saídos dos Hospitais (Públicos e Privados)
e das Unidades de Internamento dos Centros de Saúde,
segundo os Grupos de Idades e o Sexo**
1988
NÚMERO DE DOENTES SAÍDOS DOS HOSPITAIS

IDADE / SEXO		HOSPITAIS CENTRAIS	HOSPITAIS DISTRITAIS	CENTROS DE SAÚDE	OUTROS	PARTICULARES	TOTAL	%
TOTAIS	H M	343 598	342 182	51 179	35 607	101 179	873 691	8,9 Pop.Total
	H	155 303	142 034	24 034	22 967	51 537		
	M	188 295	200 148	27 145	12 640	49 642		
65 - 74	H M	25 586	38 548	10 591	3 552	10 255	88 532	12 Grupo 65 - 74
	H	13 839	20 281	5 462	1 810	5 555		
	M	11 747	18 267	5 129	1 742	4 700		
75 e MAIS	H M	16 984	33 340	13 748	1 871	6 428	72 371	15 Grupo 75 e mais
	H	7 713	16 373	6 295	972	3 089		
	M	9 271	16 967	7 453	899	3 339		

FONTE : INE, Estatísticas de Saúde, 1988 (dados não publicados)

QUADRO 17***Pessoas com 65 e Mais Anos,
Beneficiários do Suplemento de Grande Inválido,
por Sexos e Regimes de Segurança Social******Portugal, Continente 1989***

REGIMES DE SEGURANÇA SOCIAL	SEXO		
	MASCULINO	FEMININO	M F
REGIME GERAL	16 141	16 127	32 268
REGIME ESPECIAL ACTIVIDADES AGRÍCOLAS	8 212	20 689	28 901
REGIME NÃO CONTRIBUTIVO	9 388	26 121	35 509
TOTAL	33 741	62 937	96 678

FONTE: Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social
Estatísticas de Segurança Social, 1989

QUADRO 18***Pessoas com 75 e Mais Anos, por Sexo e Escalão Etário atendidas pelos Centros Regionais de Segurança Social Segundo o Tipo de Problemas (%)******Portugal, Continente 1989***

ESCALÃO ETÁRIO			PROBLEMAS DE SAÚDE	%	PROBLEMAS ECONÓMICOS	%
75 - 79	M	526	311		345	
	F	1 107	767		787	
	M F	1 633	1 078		1 132	
80 - 84	M	199	107		71	
	F	547	372		336	
	M F	746	479		407	
MAIS DE 85	M	110	71		58	
	F	287	244		181	
	M F	407	315		239	
TOTAL	M	835	489		474	
	F	1 951	1 383		1 304	
	M F	2 786	1 872	67,2	1 778	63,8

FONTE: Direcção-Geral da Segurança Social, 1989 (trabalho não publicado)

QUADRO 19**Pessoas com 75 e Mais Anos,
atendidas pelos Centros Regionais de Segurança Social
entre Julho / Outubro, 1988, por Graus de Dependência (%)****Portugal, Continente**

ESCALÃO ETÁRIO	GRAU DE DEPENDÊNCIA			
	FRACO	MÉDIO	ELEVADO	S/DEPENDÊNCIA
75 - 79	14,9	16,5	20,9	47,7
80 - 84	21,0	20,0	28,0	31,0
MAIS DE 85	16,5	22,5	44,5	16,5

FONTE: Direcção-Geral da Segurança Social (estudo não publicado)

QUADRO 20**População com 65 e Mais Anos
Residente em Lares de Idosos**

ESCALÕES ETÁRIOS	SEXO			75 e +	%
	MASCULINO	FEMININO	M F		
65- 74	3 064	4 007	7 071		
75 - 79	2 234	3 735	5 969		
80 - 84	1 831	3 819	5 650	16 620	70,1
85 e +	1 623	3 378	5 001		
TOTAL	8 752	14 939	23 691		

FONTE: Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social
Estatísticas de Segurança Social, 1989

QUADRO 21
Equipamentos e Serviços para a População Idosa
Continente

DISTRITOS	RESIDÊNCIAS		LARES		CENTROS DE DIA		CENTROS CONVÍVIO		APOIO DOMICILIÁRIO	
	Nº EQ.	Nº UTENT.	Nº EQ.	Nº UTENT.	Nº EQ.	Nº UTENT.	Nº EQ.	Nº UTENT.	Nº EQ.	Nº UTENT.
AVEIRO			25	1 087	23	599			14	283
BEJA			25	1 304	16	350			2	25
BRAGA	1	35	30	1 612	16	372	7	275	25	433
BRAGANÇA			10	523	24	491			7	103
C. BRANCO			14	965	44	1 210	2	280	23	165
COIMBRA	1	13	30	1 394	47	1 625	10	259	35	697
ÉVORA			21	974	18	611	4	130	8	506
FARO			23	1 214	27	1 045				
GUARDA			22	813	36	756	1	30	12	287
LEIRIA			19	776	11	183	1	37	4	93
LISBOA	6	168	210	6 841	72	6 676	44	2 682	66	2 448
PORTALEGRE			25	1 116	38	882			20	461
PORTO			58	2 796	38	1 723	31	1 036	33	1 117
SANTARÉM	2	14	26	1 278	43	1 075	3	90	30	667
SETÚBAL			26	1 616	44	16 788	4	226	14	246
V. CASTELO			13	816	5	123				
VILA REAL			11	523	8	250	2	46	12	361
UISEU			27	1 247	31	1 075			10	362
TOTAL	10	230	615	28 031	541	35 834	109	5 091	316	8 254

FONTE: Estatísticas do Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, 1989
Nº de utentes em 31/12/1989

População com 75 e Mais Anos por Sexos, segundo o Estado Civil

QUADRO 22

1981

ESCALÕES ETÁRIOS	SOLTEIROS			CASADOS			VIÚVOS			DIVORCIADOS E SEPARADOS		
	M	F	%	M	F	%	M	F	%	M	F	%
75 - 79	4 561	21 095	21,6	54 357	93 973	57,8	18 485	88 820	20,8	695	2 559	27,2
80 - 84	1 887	11 123	17	20 322	32 618	62,3	12 935	60 431	21,4	287	1 136	25,3
85 e +	877	6 137	14,3	6 434	9 814	65,6	8 141	38 218	21,3	111	515	21,6
TOTAL	7 325	38 355	19,1	81 113	136 405	59,5	39 561	187 469	21,1	1 093	4 210	26

FONTE: INE, Recenseamento Geral da População, 1981

QUADRO 23

**Familiares Prestadores de Cuidados
Segundo o Grau de Parentesco com a
Pessoa Idosa / Zona Urbana e Zona Rural**

ZONA	GRAU DE PARENTESCO					
	ESPOSA	MARIDO	FILHA	NORA	SOBRINHA	IRMÃ
URBANA	3	3	2	1	1	2
RURAL	3	2	6 (1)	1	-	-
TOTAL	6	5	8	2	1	2

(1) Num dos casos o familiar cuida também dos sogros

QUADRO 24

**Familiares Prestadores de Cuidados / Sexo / Grupos Etários,
Segundo as Idades das Pessoas Idosas**

PESSOA IDOSA/ GRUPOS DE IDADES	PRESTADORES DE CUIDADOS / GRUPOS DE IDADES E SEXO											
	<55		55-64		65-69		70-74		75-79		80 e +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
75-79				2				1				
80-84		2		1			1	2			1	
85-89		1		3		1			1	1	1	2
90 e +				2		1			1			
TOTAIS		3		8		2	1	3	2	1	2	2

QUADRO 24 A

**Familiares Prestadores de Cuidados / Sexo / Grupos Etários,
Segundo as Idades das Pessoas Idosas**

ZONA URBANA

PESSOA IDOSA/ GRUPOS DE IDADES	PRESTADORES DE CUIDADOS / GRUPOS DE IDADES E SEXO											
	<55		55-64		65-69		70-74		75-79		80 e +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
75-79				1				1				
80-84		1		1				2				
85-89						1(1)			1	1	1	1
90 e +						1(1)			1			
TOTAIS		1		2		2		3	2	1	1	1

(1) O familiar apoia 2 pessoas idosas

QUADRO 24 B

Familiares Prestadores de Cuidados / Sexo / Grupos Etários, Segundo as Idades das Pessoas Idosas

ZONA RURAL

PESSOA IDOSA/ GRUPOS DE IDADES	PRESTADORES DE CUIDADOS / GRUPOS DE IDADES E SEXO											
	< 55		55 - 64		65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e +	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
75 - 79				1 ⁽³⁾								
80 - 84		1 ⁽³⁾						1			1	
85 - 89		1		3 ⁽¹⁾								1
90 e +				2 ⁽²⁾		1						
TOTAIS		2		6		1		1			1	1

(1) Numa das situações são 2 pessoas que cuidam de 1 pessoa idosa

(2) Numa das situações o familiar presta cuidados a 3 pessoas idosas (mãe e sogros)

(3) O familiar cuida dos pais

QUADRO 25

***Estado Civil das Pessoas Idosas,
por Sexo e Escalões Etários (1)***

ESCALÕES ETÁRIOS	ESTADO CIVIL / SEXOS											
	SOLTEIRO			CASADO			VIÚVO			DIVORCIADO/ SEPARADO		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
75 - 79		1	1	1	1	2					1	1
80 - 84				5	3	8	1	1	2			
85 - 89		1	1	1	2	3		5	5			
90 - 94		1	1		2	2		2	2			
95 e +				1		1						
TOTAIS		3	3	8	8	16	1	8	9		1	1

(1) Pessoas idosas ao cuidado dos familiares entrevistados

QUADRO 26**Pessoas Idosas
Segundo os Graus de Dependência e as Formas de Coabitação,
Segundo o Meio Urbano e Meio Rural**

COABITAÇÃO ZONAS		GRAU DE DEPENDÊNCIA				
		GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4	TOTAIS
URBANA	COABITAÇÃO EFECTIVA	1	4	3	2	10
	COABITAÇÃO À DISTÂNCIA		1 (3)		1+1 (2)	3
RURAL	COABITAÇÃO EFECTIVA		5 (2)	3 (2)	1	9
	COABITAÇÃO À DISTÂNCIA	1	4 (2)	1	1	7
TOTAIS		2	14	7	6	29

(1) Não necessita de apoio para a mobilidade

(2) Inclui casal ao cuidado das filhas

(3) São duas irmãs com graus de dependência diferentes

Graus de Dependência

GRAU 1	➔	Necessidade de pequenas ajudas na vida quotidiana Apoio à mobilidade
GRAU 2	➔	Necessidade de apoio na higiene pessoal Apoio nas tarefas da vida quotidiana Apoio à mobilidade
GRAU 3	➔	Necessidade de apoio na higiene pessoal Apoio nas tarefas da vida quotidiana Apoio à mobilidade Apoio à comunicação
GRAU 4	➔	Totalmente dependente para satisfação das NHB Situação de “acamado”

QUADRO 27***Frequência dos Cuidados e dos Apoios Prestados pelo Familiar à Pessoa Idosa Segundo o Tipo de Cuidados***

TIPOS DE CUIDADOS E APOIOS	FREQUÊNCIA DOS CUIDADOS E APOIOS PRESTADOS			
	DIARIAMENTE	ROULEMENT (1)	COMPLEMENTO DOS CUIDADOS FORMAIS	QUANDO NECESSÁRIO
HIGIENE PESSOAL	19	2	1	
TAREFAS CASEIRAS	18	2	3	
APOIO À MOBILIDADE	15		1	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	14	2		
APOIO ECONÓMICO				2

(1) Refere-se a situações em que a pessoa idosa é cuidada pelos filhos em sistema de roulement.

**Tipo de Apoios Recebidos
Segundo a Estrutura de Apoio e Tipo de Ajuda**

ESTRUTURAS DE APOIO		TIPO DE APOIO RECEBIDO							
		TAREFAS CASEIRAS	CUIDADOS DE HIGIENE	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CUIDADOS MEDICOS	APOIO PSICOLÓGICO	APOIO SOCIAL	APOIO ECONÓMICO	
INFORMAIS	INTRAFA-MILIAR	10	8	-	-	-	8	-	5
	VIZINHANÇA	-	-	-	-	2	-	-	-
	AMIGOS	-	-	-	-	2	-	-	-
FORMAIS	PÚBLICAS OU PRIVADAS NÃO LUCRATIVAS	6	5	3	4	-	-	9	1
	PRIVADAS LUCRATIVAS	1	1	2	-	-	-	-	-
TOTALS		17	14	5	4	12	9	6	

Necessidades dos Prestadores de Cuidados por Tipos de Necessidades

QUADRO 29

TIPO DE NECESSIDADES	MELHORIA SATISFAÇÃO NHB	AQUISIÇÃO MEDICAMENTOS	ACESSO AO EQUIPAMENTO	COMPANHIA	SUBSTITUIÇÃO POR SAÍDAS	SUBSTITUIÇÃO POR FÉRIAS	AJUDA DOMÉSTICA	AJUDA DOMICILIÁRIA DURANTE A NOITE	APOIO 24 / 24	TOTAIS
APOIO FINANCEIRO	8	4	--	--	--	--	--	--	--	12
APOIO EM AJUDAS TÉCNICAS	--	--	3	--	--	--	--	--	--	3
APOIO PSICO-SOCIAL	--	--	--	2	2	1	--	--	--	5
APOIO DESERVIÇOS	--	--	--	--	--	--	4	1	2	7

BIBLIOGRAFIA

- Nazareth, 1988,
in Envelhecimento em Portugal ensaio sócio demográfico
Machado, LNEC, 1991, Lisboa
- Prista, 1988,
Ser Pobre em Lisboa - Idosos empobrecidos na cidade de Lisboa
Centro de Reflexão Cristã, Departamento de Pesquisa Social,
Lisboa
- Sequeira, 1970,
Condições de existência da população idosa
Direcção-Geral de Assistência, Lisboa
- Direcção-Geral da Família, 1988
Alguns dados sobre o Quotidiano das Famílias Portuguesas - Lisboa
- Joyce for the Elderly
National Council for the Aged, Dublin
- Recommandation n° R (91) 2 do Comité des Ministres Aux États Membres
Relative à Sécurité Sociale des Travailleurs sans Statut Professionnel (Les
aidants, Les Personnes au foyer ayant des responsabilités familiales et les
Personnes Bénévoles)

POPULAÇÃO IDOSA / POLÍTICA SOCIAL

- Regimes de Segurança Social
- Equipamentos e Serviços
- Outras Medidas de Política Social

Política de Velhice

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 63º afirma que “todos têm direito à segurança social” e no artigo 72º explicita o seguinte no que diz respeito à terceira idade:

- 1.** as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
- 2.** a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Assim, verifica-se que este texto da lei fundamental portuguesa obriga o Estado a desenvolver uma política de velhice não apenas no plano das garantias dos direitos económicos mas também no dos direitos sociais, no sentido de contrariar os fenómenos de desvalorização das pessoas idosas.

Neste contexto foi criada em 1988 a “Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade - CNAPTI” com o objectivo de dinamizar, promover e coordenar o estudo e a elaboração de propostas conducentes à definição de uma política social global coerente e adequada às necessidades das pessoas idosas.

A CNAPTI é constituída por representantes dos diferentes departamentos governamentais, designadamente: Comunicação Social, Cultura, Educação, Finanças, Justiça, Transportes, Saúde e Segurança Social.

População Idosa / Regimes de Segurança Social

A segurança social portuguesa assegura a protecção social dos indivíduos através de regimes de segurança social e de programas de acção social.

No que respeita aos regimes de reforma, a sua evolução nas últimas décadas evidencia o esforço realizado no sentido de melhorar a taxa de cobertura, existindo, no momento actual em Portugal, uma cobertura universal assegurada por dois tipos de regimes - regime contributivo e regime não contributivo.

1 Regime Contributivo

1.1 - Regime Geral

Idade de abertura de direitos

A idade da reforma está fixada aos 65 anos para os homens e aos 62 para as mulheres, não sendo no entanto, estes limites, obrigatórios.

As profissões desgastantes como os mineiros, os marinheiros de longo curso e os pescadores podem beneficiar da pensão de velhice a partir de idade inferior, fixada pela legislação específica existente para estes grupos profissionais.

Os desempregados idosos, que tenham 60 anos no momento em que se desempregam e que se mantenham nesta situação durante pelo menos dois anos, tendo o número de anos para a abertura de direitos, podem beneficiar da reforma antecipada.⁽¹⁾

Para poder beneficiar de uma pensão de velhice é necessário justificar pelo menos 120 meses de contribuições para a Segurança Social.

A pensão é calculada considerando 2,2% de retribuição média por cada ano civil com entrada de contribuições com o máximo de 80% e o mínimo de 30% da mesma retribuição.

A retribuição média é calculada segundo a fórmula $S / 60$ em que S representa o total das retribuições dos cinco melhores anos dos últimos dez com entrada de contribuições.

(1) Os sistemas de pré-reforma não existem em Portugal no sentido de um regime geral de enquadramento de medidas sectoriais ou outras. Os regimes de segurança social regulamentam apenas os casos de reforma antecipada para os trabalhadores de profissões de risco e para os desempregados idosos. No entanto, existem situações concretas que têm sido objecto de medidas que podem ser consideradas no quadro da reforma antecipada.

Estas situações dizem respeito, nomeadamente, a:

- problemas pontuais devidos a reestruturações sectoriais;
- benefícios concedidos a trabalhadores de certos sectores, no quadro das suas convenções colectivas de trabalho;
- redução dos efectivos da função pública.

1.2 - Regime dos Funcionários Públicos

No regime dos funcionários públicos a reforma é obrigatória aos 70 anos e pode ser facultativa a partir dos 60 anos (2) com 36 anos de serviço para poder beneficiar de uma pensão de reforma a 100%.

Para poder beneficiar de uma pensão de velhice os funcionários têm que justificar um mínimo de 10 anos de contribuições.

Esta pensão de velhice é calculada segundo a fórmula seguinte:

$$P = \frac{\text{último salário} \times \text{n}^\circ \text{ anos trabalho}}{36}$$

36

1.3 - Regime Especial das Actividades Agrícolas

No regime dos trabalhadores agrícolas a idade da reforma é aos 65 anos para os homens e aos 62 para as mulheres.

Podem habilitar-se as pessoas que se julgarem em condições de lhes ser atribuída pensão definitiva desde que cumulativamente:

- não recebam qualquer pensão definitiva ou provisória de um regime de protecção social;
- não exerçam actividade remunerada nem lhes esteja a ser paga qualquer quantia a título de pré-reforma ou equivalente;
- não estejam em situação de baixa subsidiada;
- não estejam a receber subsídio de desemprego.

2 Regime Não Contributivo

2.1 - Pensão Social

As pessoas de 65 e mais anos que não tenham direito a nenhuma pensão de nenhum regime, recebem uma prestação mensal, desde que façam prova de não terem rendimentos superiores a um certo montante fixado por lei.

(2) A possibilidade de acesso à reforma antecipada verificou-se excepcionalmente para os indivíduos que se reformaram durante o ano de 1986, obedecendo às seguintes condições:

- ter 60 e mais anos de idade e pelo menos 20 anos de contribuições para a segurança social, ou
- ter 30 anos de contribuições, independentemente da idade.

Em ambos os casos os funcionários beneficiaram dum bônus de 20% em anos de contribuições para o cálculo da pensão a que tiveram direito.

2.2 - Regimes Transitórios dos Trabalhadores Agrícolas

- Trata-se de antigos regimes cujos beneficiários não estavam abrangidos pelos esquemas regulares de contribuição para a Segurança Social.

Os actuais pensionistas correspondem a situações residuais em extinção, estando-lhes no entanto assegurados todos os direitos no âmbito das prestações complementares conferidas aos regimes contributivos, com excepção do complemento por cônjuge a cargo.

3 Outras Prestações

3.1 - Pensão de Sobrevivência

Está prevista em cada um dos regimes mencionados, destinando-se ao cônjuge sobrevivente, aos filhos que tenham direito às prestações familiares ou a um outro membro da família que igualmente tenha direito a essas prestações se, à data da morte do beneficiário, não existir cônjuge ou filhos com direitos.

Para poder beneficiar desta pensão é necessário, que à data da morte do contribuinte, se verifique a existência de 3 anos de inscrição e 36 meses de contribuições.

O montante da pensão de sobrevivência é fixado de acordo com o grau de parentesco e o número de pessoas tendo direito a esta prestação.

3.2 - Pensão de Invalidez

A legislação portuguesa determina a conversão desta pensão em pensão de velhice logo que o beneficiário atinja a idade fixada para acesso a esta última.

3.3 - Complemento por Cônjuge a Cargo

Esta prestação, de montante fixado por lei e segundo condição de recursos, é atribuída ao cônjuge a cargo do beneficiário da pensão de velhice e da pensão de invalidez, dos regimes contributivos.

3.4 - Suplemento de Pensão de Grande Invalidez

Esta prestação, de montante fixo, é atribuída aos beneficiários que comprovem não poder dispensar a assistência permanente de terceira pessoa.

4 Equipamentos e Serviços

As medidas de política social relativas aos equipamentos e serviços na área da população idosa (quadro 21) enquadram-se na sua maioria nos programas de Acção Social do âmbito da Segurança Social.

Assim, as respostas sociais existentes e/ou em início são as seguintes:

- acolhimento familiar;
- centro de convívio;
- centro de dia;
- residência;
- lar;
- mini-lar;
- apoio domiciliário;
- colónia de férias;
- refeições ao domicílio;
- apoio de vizinhança.

4.1 - Acolhimento Familiar ⁽³⁾

- consiste em "integrar, temporariamente ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta".

Esta medida de política social destina-se "a garantir à pessoa acolhida um ambiente sócio-familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade".

Condições para recurso ao acolhimento familiar

A pessoa idosa ou a pessoa adulta com deficiência pode recorrer ao acolhimento familiar, desde que esteja nalguma das seguintes condições:

- a)** ter idade igual ou superior a 60 anos ou não inferior a 18 anos quando se trate de pessoas com deficiência;
- b)** ser portador de deficiência orgânica, motora ou sensorial;
- c)** encontrar-se em situação de dependência ou de perda de autonomia, não podendo bastar-se a si própria;
- d)** viver isolada e sem apoio de natureza sócio-familiar;
- e)** viver em situação de alojamento muito precário ou sem alojamento que ponha em perigo a sua segurança;
- f)** ser vítima de maus tratos.

(3) O acolhimento familiar é prestado a título oneroso - Decreto-Lei 391/91 de 10 de Outubro - Artº 1º nº 1

4.2 - Centro de Convívio

É uma estrutura aberta à comunidade, em que o idoso pode, durante uma parte do dia ou alguns dias por semana, participar em actividades de convívio e recreio, de acordo com as suas aptidões e gostos

São objectivos do Centro de Convívio:

- fomentar a vida de relação;
- manter e/ou desenvolver as capacidades ainda existentes.

O Centro de Convívio tem a sua maior implantação em centros urbanos, nomeadamente nas freguesias da cidade de Lisboa.

4.3 - Centro de Dia

O Centro de Dia é um conjunto de serviços no qual e/ou pelo qual são organizadas actividades agrupadas, que permitem às pessoas idosas conservar-se no meio familiar e social.

São objectivos do Centro de Dia:

- prestar ao idoso o acolhimento e informação necessários;
- ajudar o idoso a fazer, de forma satisfatória os reajustamentos necessários à aceitação dos seus próprios condicionalismos;
- favorecer as relações inter-pessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários a fim de evitar o isolamento;
- pôr à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação, que não existam na comunidade local e se situem no âmbito deste tipo de equipamento;
- detectar as necessidades dos idosos, com vista ao planeamento dos serviços.

As valências dos Centros de Dia poderão ser, entre outras as seguintes:

- convívio/ocupação (animação);
- alimentação;
- tratamento de roupas;
- higiene;
- serviços de saúde e ajuda doméstica domiciliária.

A criação de um Centro de Dia deve ter em conta vários factores, como:

- necessidades da população relativamente a este tipo de resposta;
- localização em zonas de maior densidade de população idosa, no centro geográfico da área a abranger;
- existência de outro equipamento para idosos, a funcionar regularmente;
- conhecimento prévio dos recursos existentes no meio;
- consciencialização da população em geral e dos idosos em especial, face aos seus próprios problemas.

4.4 - Residência

A residência é um conjunto de apartamentos para pessoas idosas, que se bastem a si próprias e possam cuidar da sua habitação, podendo no entanto beneficiar de serviços de apoio para a respectiva manutenção.

São objectivos da residência:

- favorecer a autonomia do idoso, proporcionando-lhe habitação individual;
- permitir a inserção social e participação do idoso na comunidade.

Estes conjuntos habitacionais são apoiados por alguns serviços comuns, de utilização facultativa, como refeições, ajuda doméstica, actividades de animação, biblioteca, T.V., etc...

Este equipamento é ainda muito reduzido entre nós. No entanto, existem na cidade de Lisboa os Recolhimentos da Capital, considerados como Residência, e que são constituídos por cinco edifícios, com um total de cento e quarenta e cinco residentes.

4.5 - Lar

O Lar para idosos é um equipamento de alojamento colectivo temporário ou permanente que proporciona serviços permanentes às pessoas idosas cuja problemática bio-psico-social não possa ser tratada através de outras formas de resposta.

São objectivos do Lar:

- proporcionar habitação por forma a garantir ao idoso uma vida confortável, respeitando tanto quanto possível a sua independência;
- assegurar a satisfação das suas necessidades básicas;
- contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- apoiar os idosos residentes na comunidade em regime de frequência diurna.

Considera-se que um lar para idosos, do âmbito da Segurança Social, não deve tornar-se uma estrutura muito pesada.

Os lares devem ter sempre em vista não ser estabelecimentos com um funcionamento hermético e rígido, devendo ser abertos aos idosos da comunidade, através de actividades a eles extensivas.

Dado verificar-se uma procura crescente desta forma de resposta, por parte de indivíduos cada vez mais idosos e eventualmente mais dependentes, este tipo de equipamento deve ser organizado de forma a alojar uma determinada percentagem de idosos nestas condições (cerca de 50%).

4.6 - Mini - Lar

O mini-lar é uma forma de alojamento colectivo que poderemos designar como uma pequena comunidade de alojamento, constituída a partir de uma habitação individual cujo locatário/pro-prietário é em geral uma pessoa idosa sozinha que se propõe partilhá-la com outros idosos da comunidade (2 ou 3).

Esta experiência localiza-se essencialmente na cidade de Lisboa e é apoiada por uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Os idosos residentes nestes mini-lares podem usufruir também dos Serviços disponíveis na comunidade, nomeadamente Centros de Convívio, Centros de Dia e Apoio Domiciliário.

4.7 - Apoio Domiciliário

Apoio a prestar no domicílio, a pessoas idosas em situação de carência, que pode traduzir-se na execução de tarefas várias, estabelecidas em função de algumas necessidades dessas mesmas pessoas e das formas de resposta existentes na comunidade.

São objectivos do apoio domiciliário:

- ajudar a manter o idoso, o mais tempo possível no seu ambiente, retardando a necessidade de admissão em habitação colectiva ou hospital;
- contribuir para a diminuição das situações de incapacidade física e mental e de isolamento;

As pessoas idosas podem utilizar este tipo de serviço desde que se encontrem no âmbito das seguintes situações:

- doença (aguda ou crónica) ou um certo grau de invalidez, não necessitando de internamento hospitalar, desde que tenha assegurados os cuidados específicos de saúde;
- necessidade de trabalho no exterior, dos familiares, ficando o idoso sozinho (desde que não se baste completamente);
- necessidade de ajuda para os cuidados de higiene;
- necessidade de ajuda para as actividades quotidianas, tais como limpezas, confecção de refeições, arranjo de roupas ou compras.

Os serviços prestados referem-se nomeadamente a:

- cuidados de higiene e conforto:
- higiene da habitação;
- tratamento de roupas;
- confecção ou distribuição de refeições;
- compras no exterior;
- companhia e recreio;
- acompanhamento da pessoa idosa ao exterior;
- execução de pequenas reparações no domicílio;
- apoio de saúde (não abrange todas as experiências em curso).

4.8 - Férias

É um conjunto de actividades sócio-recreativas, destinadas a idosos, independentemente do local onde residam (instituição ou comunidade).

A organização destas actividades de Férias pode partir da iniciativa de um equipamento para idosos, associações de reformados, organizações de solidariedade social ou de uma estrutura especializada em organização de férias, tendo como objectivos:

- proporcionar actividades de lazer ou recreio;
- contribuir para o equilíbrio socio-psicológico dos indivíduos idosos;
- evitar o isolamento e a marginalização dos idosos, fomentando a sua participação na comunidade.

A organização de férias, neste contexto, assegura o cofinanciamento das mesmas.

Pretende-se pois que os idosos possam usufruir de férias independentemente do seu nível de rendimentos.

4.9 - Refeições a Domicílio

É um serviço destinado a distribuir no domicílio do idoso uma refeição completa por dia, normalmente assegurada por um equipamento para idosos existente na comunidade (Lar ou Centro de Dia).

Este serviço tem como objectivo fornecer uma refeição equilibrada e quente ao idoso que, por razões de ordem física e/ou psíquica, esteja impedido de adquirir ou preparar os seus alimentos.

4.10 - Ajuda da Vizinhança

A ajuda da vizinhança constitui uma forma de apoio social, a qual quando devidamente enquadrada no sistema de Serviços disponíveis na comunidade, pode beneficiar da atribuição de formas de compensação económica e de apoio técnico visando a supervisão dos serviços prestados.

5 Outras Medidas de Política Social

5.1 - Fiscalidade

Os reformados podem beneficiar de bonificações fiscais tais como a isenção de impostos sobre contas "poupança/reforma" na condição de ter apenas uma conta com montante máximo fixado por lei.

5.2 - Justiça

No quadro da justiça penal, a protecção conferida aos detidos idosos assegura-lhes direitos especiais designadamente isenção de trabalho obrigatório e o direito a uma prestação pecuniária.

5.3 - Habitação

As medidas mais importantes neste domínio relativas às pessoas idosas são as seguintes:

- impossibilidade de denúncia do contrato de arrendamento para os locatários com idade igual ou superior a 65 anos;
- subsídio para renda de casa, mediante condição de recursos.

5.4 - Transportes

Neste domínio as pessoas de 65 e mais anos têm direito a vários benefícios, tais como:

- títulos de transporte, a preços reduzidos, nas redes urbanas;
- "cartão dourado" para os transportes em caminho de ferro, com redução de 50% nos preços dos bilhetes (linhas suburbanas e percursos superiores a 50 km);
- cartão internacional ("RES") com redução de 30% a 50% do preço do bilhete (segundo o país) para pessoas de 60 e mais anos.

5.5 - Outras Medidas

Telefone

Os pensionistas podem beneficiar de uma redução de 50% do preço do aluguer.

Participação cultural

- favorecida pelo acesso gratuito a museus e/ou monumentos nacionais e pelas iniciativas da responsabilidade de algumas empresas de espectáculos consistindo na redução do preço dos bilhetes ou na organização de sessões especiais destinadas a este grupo etário.

As associações de reformados e outras organizações da comunidade incentivam também a participação cultural dos idosos, através de grupos de teatro, agrupamentos musicais que nalguns casos são mesmo da sua inteira responsabilidade.