



Direcção-Geral da Acção Social

Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação

**Catarina de Jesus Bonfim
Maria Arminda Correia Teles
Maria Eugénia Saraiva
Maria Helena Cadete
Maria de Lourdes Quaresma
Sofia Mercês Veiga**

**População Idosa, Análise e Perspectivas
A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares**

Lisboa, Dezembro de 1996

Ficha Técnica

Autor:

Catarina de Jesus Bonfim
Maria Arminda Correia Teles
Maria Eugénia Saraiva
Maria Helena Cadete
Maria de Lourdes Quaresma
Sofia Mercês Veiga

Editor:

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

Colecção:

Documentos Temáticos, Nº 8

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 - 97257 - 5 - 6
Depósito Legal nº106067

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
<i>Algumas Considerações sobre Acção Social e Assistência Domiciliária</i>	7
<i>A Mulher Prestadora de Cuidados Conflitualidades e Desafios</i>	14
<i>Cuidados a Idosos Formação para Apoio às Famílias</i>	17
<i>População Idosa</i>	29
Anexo	35

INTRODUÇÃO

“O cenário verde é a autonomia negociada e a invenção de um indivíduo idoso sem ser velho”

Xavier Gaullier

O envelhecimento da população portuguesa verificado nas últimas décadas, é obviamente atravessado pelas mudanças sociais, económicas e culturais decorrentes do próprio processo de desenvolvimento sócio-económico. Estamos pois perante um número crescente de pessoas idosas, abrangendo várias gerações de idosos, ou seja, um grupo heterogéneo que integra vários grupos de idade, diferentes percursos e modelos de vida claramente contrastados no espaço e no tempo. A construção e implementação de medidas de política social adequadas à resolução dos problemas deste grupo exige pois um conhecimento rigoroso não só das áreas críticas/riscos que importa cobrir mas também das situações que constituem factores acrescidos de fragilização e/ou de deterioração do processo de envelhecimento face às quais é necessário desenvolver acções contextualizadas, digamos de discriminação positiva face a pessoas/grupos particularmente vulneráveis. Importa aqui sublinhar a importância da análise compreensiva dos problemas e das necessidades nos diferentes contextos sócio-familiares e territoriais.

Com efeito, se é possível admitir que dispomos de um conjunto de medidas de protecção social das pessoas idosas, no âmbito dos diferentes sectores, é também evidente que as mesmas são ainda insuficientes, carecendo nós de uma verdadeira consolidação de práticas profissionais e institucionais centradas no **sujeito idoso** e no seu contexto social e familiar.

Em síntese, podemos afirmar que, quer ao nível da evolução demográfica quer das suas repercussões em termos espaciais (concentração crescente das pessoas idosas nos centros urbanos, com destaque para as zonas metropolitanas de Lisboa e Porto, e o concomitante isolamento dos idosos residentes no interior do país), quer ao nível das mudanças da estrutura familiar quer ainda das transformações económicas com inevitável impacto nas relações inter-gerações e na recomposição do tecido social, a situação actual apresenta desafios consideráveis à formulação da política social nesta área bem como ao desenvolvimento da inovação orientada e centrada na melhor garantia dos direitos dos cidadãos idosos.

A presente publicação integra um trabalho de reflexão sobre o envelhecimento da população e o seu impacto nas políticas de acção social bem como dois textos, contributo para a análise e enquadramento das questões relativas à problemática da família prestadora de cuidados aos seus membros mais idosos.

Algumas Considerações sobre Acção Social e Assistência Domiciliária

Maria Helena Cadete Bernardo - Outubro/1993

Na actualidade, entre as inúmeras problemáticas confluentes, uma das mais preocupantes quer para a sociedade em geral, quer para os serviços de acção social em particular, é, sem dúvida, a do envelhecimento demográfico, fenómeno que tende a agravar-se nas primeiras décadas do Século XXI.

O aumento progressivo do número de pessoas idosas, sobretudo do das muito idosas tem aumentado também a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e/ou social para as quais as respostas existentes não têm sido nem suficientes nem as mais adequadas.

Esta realidade coloca à sociedade questões de diversa natureza, cuja solução só pode ser encontrada no âmbito de uma política social global que ao considerar a definição de condições de vida dignas para todos os cidadãos, elenque igualmente, um conjunto de medidas específicas que respondam de forma adequada às necessidades dos indivíduos no quadro do seu processo de envelhecimento.

Dado o meu campo de trabalho ser o da acção social, situada no contexto da segurança social, obviamente só me poderei ocupar, neste painel de respostas sociais destinadas à população idosa e mais restritamente do papel da acção social no âmbito da assistência domiciliária, como um dos parceiros na concretização desse serviço.

Ao falar em assistência domiciliária, poderíamos fazê-lo, abordando-a de uma forma prospectiva, isto é, o que deveria existir para permitir à pessoa idosa o apoio adequado a partir de uma rede de serviços diversificados e integrada, da responsabilidade dos serviços públicos, particulares de solidariedade social, privados e de autarquias, funcionando o todo em articulação com os próprios utilizadores, famílias, vizinhos e voluntários organizados.

Uma actuação deste tipo é predominantemente bem sucedida, a nível local, onde as parceiras se estabelecem de forma natural e em que as acções ganham eficácia, na medida em que respondem a necessidades concretas dos indivíduos devidamente identificadas no seu contexto sócio-familiar e cultural.

Mas, neste momento, interessa também debater algumas questões relativas à prática actual na área da assistência domiciliária - o já conquistado e os obstáculos ao seu pleno desenvolvimento. A assistência domiciliária visa um grande **objectivo** ou seja a manutenção da pessoa idosa no seu meio habitual de vida:

o que permite

institucionalizar o mínimo possível e o mais tarde possível

o que pressupõe

articular as acções inter-serviços

o que exige

actuar com equipas multidisciplinares, integrando prestadores formais de cuidados - os profissionais - e prestadores informais - a família, os vizinhos e os voluntários.

Manter-se no domicílio deveria ser possibilitado a toda a pessoa idosa que o desejasse, ainda que em situação de dependência, devendo mesmo constituir um direito; exceptuar-se-iam, obviamente, os casos de doença aguda, que exigissem hospitalização.

Uma assistência domiciliária deste tipo deveria ser contextualizada no âmbito de um processo de mobilização de todos os sectores intervenientes, criando entre si uma rede que viesse a permitir um trabalho de verdadeira parceria, em que a coordenação fosse assumida pelo serviço que tivesse maior incidência na resolução da problemática em apreço.

Por outro lado, dado que as situações a resolver são, geralmente, complexas e multifactoriais, apenas uma equipa multidisciplinar, partilhando conhecimentos e esforços será capaz de encontrar soluções adequadas para os problemas que cada pessoa idosa apresente.

Para a **criação de um serviço de assistência domiciliária** devem ser ponderadas várias questões, a fim de tornar operacional a sua acção, nomeadamente as relativas a:

- razões que aconselham privilegiar a “manutenção no domicílio”;
- necessidades detectadas e suas prioridades;
- exigências mínimas que possibilitam o atendimento no domicílio;
- serviços intervenientes;
- agentes implicados.

Princípio da manutenção no domicílio

Ele é essencialmente o de possibilitar a materialização do desejo profundo de toda a pessoa idosa, apesar de nem sempre ser expresso, poder continuar inserida no seu meio habitual de vida.

É aí que se encontram as representações do seu quotidiano, das suas vivências passadas, os marcos da sua existência vividos em alegria, dor, prazer, conflito, desespero, felicidade.

É o local onde permanecem os objectos que reflectem a sua história pessoal e familiar - os móveis, as louças, as fotografias, constituindo os esteios entre o passado e o presente, sendo os orientadores da continuidade da vida e permitindo, muitas vezes, evitar ou mesmo retardar alguns dos efeitos decorrentes do envelhecimento.

A ordenação dos espaços no interior da casa impede, muitas vezes, a desorientação, guia a pessoa quando surgem alterações da marcha, da vista e outras inerentes ao avanço em idade.

Mas é igualmente importante o meio ambiente externo à habitação - o comércio local, a igreja, o jardim, pois são referências que ajudam a pessoa idosa a situar-se no tempo e no espaço, onde, por vezes, o sino da igreja, o relógio do edifício principal, os ruídos produzidos pela vida vicinal orientam a pessoa idosa na continuidade dos seus ritmos vitais e a manter o equilíbrio tão necessários ao seu bem-estar.

É este mundo de estabilidade, de regulação dos tempos e dos factos, que permite à maioria das pessoas idosas, conservar um estado de saúde física e mental tão equilibrado quanto possível.

Mas é este mundo de pertença, de estilo de vida, de vizinhança, de amizade que a pessoa idosa não pode levar para uma instituição por melhor que esta funcione e a respeite nos seus usos e costumes.

Há quem se oponha a este princípio, afirmando que a instituição oferece segurança, protecção e bem-estar esquecendo-se que, muitas vezes, o idoso “paga” um preço elevado ou seja o da desorientação em relação a si próprio, ao tempo e ao espaço ou mesmo levando a pessoa a estados de depressão, mais ou menos graves, e, eventualmente, à morte.

Certamente, há excepções que nos devem fazer reflectir sobre os casos a atender em instituições, permanente ou temporariamente, e aqueles que se inscrevem em atendimento no domicílio.

Por toda a parte, nomeadamente na Europa, vem sendo reconhecido que a assistência domiciliária é a forma mais natural de apoio à pessoa idosa, embora não possa ainda ser indicada, pelo menos entre nós, em todos os casos, dada a resposta assistência domiciliária ser ainda insuficiente, cobrindo apenas algumas horas do dia ou ser mesmo, em certos locais inexistente.

Necessidades a satisfazer

A selecção das pessoas idosas a serem atendidas no serviço de assistência domiciliária deverá ser feita com base num estudo de cada caso e de preferência por uma equipa que, entre nós, deveria ser composta, no mínimo, pela assistente social, o médico e o enfermeiro.

Nos casos em que assistência domiciliária não esteja ainda suficientemente desenvolvida deverá dar-se prioridade ao atendimento dos idosos em situação de risco - os muito idosos, os doentes, os sós e os isolados.

Geralmente, as necessidades a satisfazer são de vária natureza, podendo ser tipificadas, nomeadamente, da seguinte forma:

- prestação de cuidados médicos e de enfermagem;
- prestação de cuidados de higiene e conforto;
- preparação e/ou fornecimento de refeições;
- prestação de cuidados de higiene e arranjo da habitação, incluindo pequenas reparações;
- actividades de informação, animação e ocupação;
- apoio aos prestadores informais de cuidados - família, vizinhos, amigos e voluntários.

Condições a exigir para atendimento no domicílio

A assistência domiciliária só é possível, quando se observa determinados requisitos: um deles é a existência de um domicílio dotado de infra-estruturas e de condições mínimas de habitabilidade. Contudo, por vezes, mesmo que a habitação seja boa, pode não ser adequada à situação da pessoa idosa, sobretudo em caso de grande dependência.

Em qualquer das hipóteses seria desejável proceder às reparações e correcções consideradas fundamentais à exequibilidade da assistência domiciliária.

Quando a satisfação das necessidades da pessoa idosa exige um atendimento 24/24 horas, ainda não é possível, entre nós, concretizar este tipo de assistência, o que determina a urgência do desenvolvimento desta resposta nos moldes adequados a uma cobertura durante 24 horas, ou pelo menos, a existência de um serviço de apoio nocturno.

Exige sobretudo uma articulação mais assumida e efectiva entre os serviços de saúde e os da acção social, sem o que não é possível desenvolver adequadamente um serviço domiciliário.

Assim, certamente, nos casos de idosos em situação de grande dependência é condição para o seu apoio que os familiares, vizinhos, amigos e/ou voluntários assegurem os cuidados informais, em particular durante a noite, o que é, aliás, prática corrente entre nós.

Por outro lado, não dispomos ainda de uma rede de serviços qualitativamente preparada e suficientemente desenvolvida que se possa ocupar da assistência domiciliária em certas situações de doença, pois quer os serviços de saúde, quer os serviços de acção social não estão ainda organizados para garantir cuidados nestas situações.

Serviços intervenientes

Actualmente verifica-se haver uma excessiva sectorização das intervenções, que não facilita o intercâmbio inter-serviços e inter-profissionais, principalmente entre a área social e a da saúde.

Na prática é o serviço de acção social que suporta o ónus da responsabilidade do apoio domiciliário à pessoa idosa, salvo raríssimas excepções.

Contudo, torna-se-lhe impossível apoiar as pessoas idosas em situação de grande dependência ou quando necessitam da continuidade de cuidados de saúde, após alta hospitalar precoce. Estas situações constituem um claro desafio ao sistema de política social, que deverá organizar o atendimento da população idosa visando a garantia dos direitos dos cidadãos.

A análise dos indicadores disponíveis relativamente às taxas de cobertura deste grupo da população em equipamentos e serviços, principalmente quanto ao serviço domiciliário, são bastante baixas, o que nos leva a considerar que a grande maioria dos idosos se mantém no seu meio social e familiar, se bem que sem o apoio de um serviço de assistência domiciliária estruturado, de forma a cobrir a satisfação das suas necessidades.

Continuando a referir os serviços que devem intervir no apoio domiciliário, destaca-se também como importante, o papel das autarquias, por exemplo na melhoria ou adequação das habitações.

Outro serviço fundamental na assistência domiciliária é o das telecomunicações.

Deveria ser instalado, no caso das pessoas idosas sobretudo daquelas em situação de risco, um telefone e mesmo um sistema de tele-alarme.

É necessário ligar as pessoas idosas ao exterior, de preferência a uma central que possa accionar rapidamente os meios considerados adequados, à resolução de situações detectadas, principalmente quando têm carácter de emergência.

Por outro lado, não se concebe uma adequada assistência domiciliária sem uma retaguarda institucional - o centro de saúde, o hospital e o lar de idosos.

Qualquer destas estruturas é fundamental para, de forma articulada, em determinados momentos, se poderem assegurar cuidados mais diferenciados, considerados imprescindíveis à garantia da manutenção da pessoa idosa no domicílio habitual.

Outros serviços devem também integrar a rede de assistência domiciliária:

- o centro de convívio, o centro de dia, o serviço de refeições ao domicílio, o serviço de lavandaria e outros.

É também de destacar o papel importante dos grupos de inter-ajuda, como suporte importante dos idosos, em particular daqueles que vivem ou permanecem grande parte do dia, sós.

Agentes implicados

Estes podem ser agentes formais - os profissionais - e informais - as famílias, vizinhos, amigos e voluntários.

Entre nós, a equipa técnica de intervenção directa no domicílio é ainda restrita, resumindo-se, por parte dos serviços de saúde - ao enfermeiro e ao médico de família e eventualmente ao fisioterapeuta e a um ou outro médico especialista considerado indispensável em determinados casos ou momentos da prestação dos cuidados.

Quanto aos serviços de acção social, temos o assistente social e o pessoal preparado - o ajudante familiar.

A preparação dos ajudantes familiares é bastante variável, quer quanto ao curriculum, quer quanto à duração da formação, que pode ir de alguns dias a alguns meses, de acordo com as instituições onde prestam serviço.

Há mesmo casos, em que essa preparação é inicialmente inexistente, vindo posteriormente a ser, mais ou menos colmatada, pela formação em serviço.

Neste momento, encontra-se constituído um grupo de trabalho, integrando vários departamentos com o objectivo de estudar as funções, o perfil, o curriculum escolar e a creditação deste tipo de pessoal e eventualmente de outras categorias mais diferenciadas.

Noutros países, a equipa técnica é mais diversificada incluindo - o médico geriatra, o fisiatra, o psiquiatra, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e outros técnicos necessários, de acordo com a situação em causa.

Quanto ao pessoal não técnico, mas preparado, para o trabalho com os idosos, podemos aí encontrar várias formações e categorias - ajudantes domésticas, ajudantes familiares, auxiliares da prestação de cuidados e auxiliares de vida para o trabalho com pessoas com deficiência.

Por fim, a prestação de cuidados a idosos no domicílio, só tem sido possível devido ao papel importante dos prestadores informais de cuidados.

Continua a ser a família, o grande suporte de ajuda aos seus elementos mais frágeis, em que se incluem os idosos dependentes.

Contudo, sabemos ser a mulher quem suporta principalmente o ónus da responsabilidade da prestação de cuidados.

Muitas vezes trata-se de uma mulher idosa e o núcleo familiar é pequeno, reduzido, muitas vezes, apenas a dois elementos - o que é cuidado e o que cuida.

Todavia, a maioria dos profissionais e dos serviços, ou desconhecem estes prestadores de cuidados informais, em que se destaca o papel primordial da família, ou subestima-os por não serem detentores de saber científico.



Assim, geralmente, os profissionais não investem na informação e preparação técnico-prática destes prestadores, de modo a que possam assumir a execução das tarefas com o mínimo de conhecimentos e de esforços.

Urge, pois, que os profissionais se informem sobre:

- quem são estes prestadores
- que cuidados prestam
- como os desempenham
- que dificuldades enfrentam
- que necessidades exprimem
- que apoios precisam

Hoje, um pouco por toda a parte, principalmente a nível da comunidade europeia, se procura:

- reconhecer e valorizar o papel dos prestadores informais de cuidados;
- conhecer qual a dimensão e eficácia desses cuidados;
- saber as dificuldades com que se debatem na prestação de cuidados;
- conhecer os apoios de que precisam, por parte da instituição, dos profissionais e da comunidade.

Na verdade, os prestadores informais, sobretudo os familiares, encontram, cada vez mais dificuldades para levar a cabo o apoio aos seus idosos, em situação de dependência, de modo a compatibilizarem por um lado, a vida pessoal, familiar e profissional; por outro lado, a suportarem os encargos financeiros decorrentes do apoio que prestam e, por outro lado ainda a conseguirem que os serviços e os profissionais assegurem o apoio necessário à concretização das tarefas a executar com o mínimo de stress físico e psíquico.

Daí os prestadores familiares necessitarem de apoios de diversa natureza, como: financeiros, ajudas técnicas, protecção social, informação, formação e treino prático, ajuda por parte das instituições e dos profissionais, assim como dos grupos de inter-ajuda.

Daí que constitua um novo desafio, a oportunidade da reformulação da prática profissional no que se refere à integração destes prestadores informais na equipa de cuidados.

Esta integração poder-se-ia dar no contexto de **uma comunidade de cuidados** constituída por:

- prestadores formais - técnicos e pessoal preparado;
- os prestadores informais - famílias, vizinhos, amigos e voluntários;
- os próprios utilizadores do serviço que devem assumir, na medida do possível, o seu auto-cuidado.

Em suma, a assistência domiciliária, exercida no âmbito de uma comunidade de cuidados, exige que os profissionais se preparem devidamente para corresponder a novos desafios que este tipo de prática determina.

Esta nova realidade de actuação terá de passar em certas profissões pela reformulação dos “currícula” e pela educação contínua virada para formação dos técnicos como formadores dos prestadores informais.

Por fim, e ainda no que respeita à assistência domiciliária, podemos concluir que:

- é preciso que os serviços se reorganizem de forma a desenvolver a rede de assistência domiciliária e torná-la cada vez mais extensa, quer em cobertura do território nacional, quer em número de horas de funcionamento;
- é preciso também que os serviços se reorganizem de forma a constituírem verdadeiras comunidades de cuidados, fomentando cada vez mais o trabalho em parceria entre as instituições oficiais, IPSS, ONG's e outras, incluindo também os indivíduos e as famílias;
- é preciso que os serviços sejam dotados dos meios suficientes - humanos, materiais e financeiros - para poderem apoiar no domicílio as pessoas idosas qualquer que seja a sua situação de dependência;
- é preciso que os serviços se tornem cada vez mais operacionais, quer no plano das equipas, que devem ser mais diversificadas em formação e em maior número de profissionais, quer alargando o seu campo de intervenção, cobrindo as 24 horas ou, pelo menos, assegurar o apoio nocturno, ainda que seja por recurso apenas a pessoal preparado;
- é preciso que os serviços possam assegurar às famílias prestadoras de cuidados, os apoios de que estas necessitam e a que têm direito, a fim de continuarem a considerar o idoso parte integrante do **TODO FAMILIAR**, sem que daí lhes advenham encargos insuportáveis e graus de responsabilidade que não possam assumir;
- é preciso que os serviços definam metodologias de trabalho que dêem espaço à intervenção de grupos de inter-ajuda constituídos por idosos mais jovens ou mesmo por outros grupos etários, de forma a fomentar a solidariedade inter-gerações;
- é preciso que os profissionais sejam um dos obreiros do exercício da coesão familiar, na medida em que estejam disponíveis para conciliar o seu papel técnico com o papel de agente dinamizador da integração social e da participação activa de todos os cidadãos no equilíbrio e bem estar comum.

A Mulher Prestadora de Cuidados Conflitualidades e Desafios

Maria de Lourdes Baptista Quaresma

“A Família qualquer que seja a sua forma ou a sua organização é reconhecida como a célula fundamental da sociedade”

... ..

“Os dados da investigação em Itália como noutros países confirmariam esta segunda interpretação. De facto em primeiro lugar todas as investigações indicam que embora os serviços usem e tenham à disposição as famílias, grande parte do trabalho de reprodução necessário, desde o trabalho doméstico ao de tratamento e assistência dos membros não auto-suficientes, desenvolve-se ainda em larga medida nas famílias, a nível da convivência ou a nível das redes parentais.”

Chiara Saraceno, 1988

A escolha da citação com que inicio este artigo deriva da forte convicção de que a situação portuguesa se inscreve num contexto deveras semelhante ao enunciado.

De facto, os resultados de um estudo sobre as famílias prestadoras de cuidados aos seus parentes mais idosos, no caso português, permitiu-me constatar que, entre nós, a família constitui um espaço e um modelo de solidariedade intergerações que importa conhecer e reconhecer.

Conhecer, nomeadamente, a crescente complexidade dos papéis desempenhados por cada um dos elementos que constituem a família nuclear à medida que esta tende a reduzir-se na sua dimensão.

Reconhecer, também, a nova estrutura geracional da família e as suas implicações na vivência e convivência familiar: é cada vez mais provável a coexistência temporal de quatro gerações no seio da mesma família.

Esta situação é tão nova que, como diz Saraceno, não existe ainda uma verdadeira cultura e linguagem para a exprimir.

Estamos perante as primeiras gerações que enfrentam e “experimentam” uma longa duração de vida, com tudo o que ela implica de relações familiares diversificadas e também de **significado**, digamos, no sentido das diferentes posições geracionais.

Este facto, esta nova vivência comporta uma **reestruturação do sistema das relações intergeracionais**. Reestruturação que passa por uma renegociação permanente entre direitos e deveres, no interface das expectativas recíprocas, ainda que na continuidade das relações constitua um “amortecer” da transição para novos modelos.

É neste jogo, nesta experimentação de uma nova cultura intergeracional que nós podemos situar o papel, eu direi a complexidade dos papéis desempenhados pela mulher.

A prestação dos cuidados aos parentes mais idosos constitui, precisamente, um dos desafios que a mulher idosa e a mulher de meia idade, (da geração do meio como diria Saraceno) enfrentam na sociedade actual.

Poderá perguntar-se porquê “enfrentar”, se tradicionalmente foi sempre esperado que a mulher assumisse os papéis de “cuidados” e de “relação” no seio da família?

Provavelmente, porque as expectativas mudaram e os modos de vida também.

A mulher deseja a sua autonomia e realização pessoal.

A vida profissional ocupa um espaço e um tempo importantes. Os contributos que daqui decorrem para a construção da nossa sociedade não podem ser subestimados.

Surge então a questão de saber como compatibilizar o que é esperado da mulher com o que ela aspira e deseja fazer.

Ou seja, ela tem de saber como conciliar o exercício da autonomia a que tem direito com o assumir dos diferentes papéis que a família e a sociedade esperam.

Os contornos do conflito que, eventualmente surgem da dificuldade de conciliação entre os diferentes papéis e expectativas diferem com a idade, a história pessoal e o contexto sócio-familiar, económico e cultural.

Para as gerações dos mais idosos, o exercício da autonomia é essencial ao sucesso do seu próprio envelhecimento; mas o familiar mais próximo, geralmente, o cônjuge vai precisar da sua ajuda, do apoio quase permanente. **Como conciliar ? A comunidade não terá também um papel a desempenhar ?**

Para a geração do meio, surgem outras realidades específicas. A mulher de meia idade está no centro do fluxo de comunicação e de trocas entre as diferentes gerações.

Situa-se no ponto axial face à compreensão das necessidades afectivas, de cuidados, e até de necessidades económicas das gerações mais novas e das gerações mais velhas.

Ela está também perante uma forte probabilidade de vir a ocupar o tempo liberto dos cuidados inerentes à gestão e educação dos filhos pelos cuidados necessários ao apoio às gerações dos pais e avós.

Desafio claro, dado que esta geração é atravessada pelas mudanças atrás referidas, as quais são indissociáveis da própria evolução socio-económica e da cultura urbana que lhe está subjacente.

A maior participação da mulher na vida da sociedade, designadamente no “mundo” do trabalho, é sinal claro das expectativas da mulher face à conquista da sua autonomia - autonomia que constitui, hoje, um valor de cultura urbana.

O trabalho que desenvolvi sobre a situação portuguesa, relativamente às famílias prestadoras de cuidados aos parentes mais idosos permitiu-me ouvir, contactar com mulheres nestas diferentes situações.

Como exemplo, citarei uma mulher de 48 anos que tinha deixado o emprego para cuidar do sogro. Ela disse-me: “A minha filha pergunta-me às vezes, se irá ter uma vida tão sacrificada como a minha” ?

Mas nós devemos perguntar-nos: Como estará esta mulher a envelhecer ?

Como sente, vive, “experimenta” esta jovem a solidariedade ? Que imagem está a construir do que é envelhecer e como envelhecer ?

E será legítimo perguntar também como assegurar a estas mulheres, tão desconhecidas dos serviços e da política social, os seus direitos sociais, económicos e culturais ?

Como garantir, quando chegar o momento, o direito a uma pensão de velhice que não a coloque entre o grupo dos mais desfavorecidos ?

Todos sabemos que a pobreza na velhice é sobretudo a pobreza no feminino. E todos sabemos também como se produz esta pobreza.

A questão será então saber:

Como criar condições que permitam a estas mulheres cooperar no sistema de cuidados aos parentes mais idosos, tal como delas é esperado, sem que isso ponha em risco a qualidade do seu presente e a segurança do seu futuro.

Ou ainda: **como articular o sistema de protecção social garantido com o que chamarei o sistema de protecção social vivido ?**

Em suma, como reequilibrar ou redistribuir competências outorgando direitos consubstanciados na prática social quotidiana ?

Tal como diz Hannelore Jani Bris:

“Parece-nos no mínimo improvável que esta produção familiar se mantenha ao nível elevado de hoje, se os familiares prestadores de cuidados não receberem as ajudas e o suporte de que precisam urgentemente nem obtiverem o reconhecimento efectivo que a sociedade, que se assume como estado providência, lhes deve.

... A não existência de uma política social dirigida aos familiares prestadores de cuidados, é uma política de alto risco para a sociedade vindoura, dado que nós somos e seremos sociedades fortemente envelhecidas. A sociedade “grise” do século XXI constrói-se actualmente. As políticas actuais são as suas balizas.”

(*) Licenciada em Ciências Humanas e Sociais. Membro do Grupo dos Países de Língua Romana da EURAG e membro do Grupo de Peritos da “Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho” (Dublin) para o projecto “Cuidados familiares aos muito idosos”.

Cuidados a Idosos Formação para Apoio às Famílias

**Maria de Lourdes Baptista Quaresma
Maria Helena Cadete Bernardo**

Apresentação

A COMISSÃO NACIONAL PARA A POLÍTICA DA TERCEIRA IDADE, com o patrocínio da FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DO TRABALHO e da COMUNIDADE EUROPEIA, promoveu, um Seminário sobre o tema - CUIDADOS A IDOSOS - FORMAÇÃO PARA APOIO ÀS FAMÍLIAS.

Este inseriu-se no âmbito das iniciativas portuguesas durante o **ANO EUROPEU DAS PESSOAS IDOSAS E DA SOLIDARIEDADE ENTRE AS GERAÇÕES.**

O tema, tendo sido uma das vertentes do estudo promovido pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, trouxe o debate sobre uma problemática mal conhecida nos diferentes países da Comunidade mas nem por isso de menor interesse.

De facto ela entronca várias dimensões da solidariedade intergerações, com especial ênfase para a solidariedade intrafamiliar, a qual assume, ainda hoje, um papel decisivo no atendimento dos problemas da dependência que afectam sobretudo as pessoas de idade muito avançada.

A realização do Seminário contou com a participação de profissionais portugueses e dos países da Comunidade, de representantes das Organizações não Governamentais Portuguesas e Estrangeiras, com representantes de Associações de Familiares Prestadores de Cuidados, de responsáveis pela Política Social em Portugal bem como a representação da Comunidade e de Organismos Internacionais.

O enquadramento da problemática em análise foi da responsabilidade de Robert Anderson, da Faculdade Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e da Trabalho, e da relatora do projecto já atrás referido, Hannelore Jani le Bris.

No contexto deste estudo, foram apresentadas Comunicações que situaram o debate sobre aspectos específicos relativos à problemática dos familiares prestadores de cuidados e respectivas necessidades de formação.

Outras intervenções, sobre a situação portuguesa, introduziram as questões no que concerne à política social na área da população idosa, nomeadamente no âmbito da formação dos profissionais que trabalham no sector. Procedeu-se, ainda, a uma primeira abordagem sobre a prestação dos cuidados intrafamiliares em Portugal, a partir da apresentação de alguns dados relativos ao caso português.

A análise e o debate que tiveram lugar ao longo das sessões plenárias e dos Trabalhos de Grupo, conduziram a um conjunto sistematizado de questões e propostas cuja síntese consta do texto que se apresenta.

Introdução

O envelhecimento demográfico dos diferentes países da Comunidade Europeia, com tendência a acentuar-se durante o primeiro quartel do século que se avizinha, constitui um claro desafio ao sistema de política social que em cada país se foi construindo na base da garantia dos direitos sociais, económicos e culturais dos cidadãos.

Neste contexto importa referir que a melhoria das condições de vida verificada durante as últimas décadas teve repercussões evidentes nos níveis de saúde das gerações idosas mais jovens.

No entanto, o acréscimo do número de indivíduos de idade muito avançada, entretanto verificado, tem aumentado também a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e/ou social para as quais as respostas existentes se afiguram não só insuficientes como bastas vezes desadequadas.

Aliás, se considerarmos os indicadores disponíveis relativamente às taxas de cobertura deste grupo de população em equipamentos e serviços, podemos admitir que a grande maioria se mantém no seu meio social e familiar o que nos levará a admitir também que a prestação de cuidados informais assume certamente importância relevante.

Sendo assim, o conhecimento aprofundado da problemática da prestação intrafamiliar deste tipo de cuidados, às pessoas muito idosas, permitirá introduzir, no âmbito da política social, os ajustamentos necessários e adequados ao seu melhor enquadramento no sistema de cuidados a garantir a este grupo da população.

Se atendermos aos dados do estudo sobre “Family Care to Older Elderly” conduzido pela Federação Europeia para a melhoria das condições de Vida e do Trabalho em 11 países da Comunidade Europeia, verificamos que uma das necessidades identificadas se refere à informação e formação dos familiares prestadores de cuidados. Esta questão remete-nos pois para a urgência de formação dos profissionais que, no quotidiano, possam responder correcta, adequada e atempadamente a esta necessidade.

Lançar o debate

O estudo citado relativo aos “Family Care to Older Elderly”, revelou que os familiares prestadores de cuidados às pessoas muito idosas em situação de dependência não se encontram na maioria dos casos entre os clientes dos serviços de apoio à população idosa, existentes na comunidade.

Na realidade, a imagem que os familiares prestadores de cuidados têm do seu próprio papel, sobrevalorizando os aspectos éticos do dever e subestimando a exigência dos seus próprios direitos, tem contribuído para a falta de informação verificada.

Este facto, aliado a:

- excessiva sectorização das intervenções, a qual não facilita o intercâmbio inter-serviços e inter profissionais, designadamente entre a área social e a de saúde;
- fraca implementação de formas de trabalho comunitário, geradoras de conhecimento efectivo das necessidades e das potencialidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

está na base do desconhecimento por parte dos profissionais quanto a:

- quem são estes prestadores
- que cuidados prestam
- como os desempenham
- que dificuldades enfrentam
- que necessidades exprimem

A realização do Seminário “Cuidados a Idosos - Formação para apoio às famílias”, teve pois como objectivo lançar o debate sobre os desafios que se colocam aos profissionais na linha do apoio a estes prestadores informais de cuidados.

Primeira Questão

Como definir políticas e estratégias de apoio às famílias prestadoras de cuidados sustentadas no conhecimento dos seus problemas e necessidades.

A abordagem desta questão permitiu identificar os factores que constituem barreiras a este conhecimento, designadamente:

- a falta de estudos sobre esta problemática;
- a falta de informação decorrente do conhecimento empírico, dado que estes prestadores de cuidados utilizam raramente as estruturas formais de apoio;
- a falta de divulgação de trabalhos já produzidos, nomeadamente a nível das organizações internacionais, sobre as questões relativas aos prestadores informais de cuidados;
- a falta de divulgação e aplicação de Recomendações elaboradas no seio da Comunidade e por organismos internacionais, designadamente no âmbito dos direitos a garantir aos prestadores informais de cuidados.

Proposta

- Os Governos nacionais e a Comunidade Europeia deverão promover a realização de estudos, sobre esta problemática, designadamente estudos comparativos, e assegurar a sua divulgação. De facto a situação não apresenta o mesmo estágio em todos os países estudados, pelo que se torna imperioso incentivar este tipo de pesquisa, dada a necessidade de proceder à harmonização das várias políticas a nível da Comunidade.
- As organizações nacionais e internacionais com responsabilidades na definição e implementação da política social, na área da população idosa, devem fomentar o intercâmbio de informação e experiências neste domínio. Em especial, os governos nacionais devem difundir os trabalhos e as recomendações elaboradas no âmbito da Comunidade Europeia, do Conselho da Europa e de outras organizações internacionais, designadamente da Organização Mundial de Saúde, sobre a problemática da prestação informal de cuidados.

Segunda Questão

Como reconhecer a importância dos papéis desempenhados pelos prestadores familiares de cuidados designadamente a sua dimensão e grau de eficácia.

Os dados do estudo já mencionado fizeram emergir a importância da família como primeiro suporte de ajuda aos seus membros em situação de maior fragilidade, nomeadamente os mais idosos.

Admite-se pois, que apesar da evolução observada na estrutura sócio-familiar, a família continua a assegurar a prestação de cuidados informais essenciais à satisfação das necessidades básicas dos seus membros mais idosos em situação de dependência.

Neste contexto, assume especial relevo reconhecer o valor das famílias como **agentes de prestação de cuidados** e conseqüentemente como **agentes económicos**, produtores de serviços essenciais à manutenção dos idosos no seu meio familiar e social.

Na verdade, a família assume, ainda hoje, não só a parte que lhe compete, mas colmata também a precaridade da rede de serviços - insuficiente e por vezes inexistentes - para a resolução de certos problemas.

A poupança efectiva feita em termos de gastos públicos tem, no entanto, um preço demasiado elevado pelo desgaste imposto a estas famílias, o qual conduz muitas vezes a situações de crise ou mesmo de ruptura familiar.

No entanto pelas razões já referidas, quer os serviços quer os profissionais desconhecem o conteúdo dos papéis desempenhados e a importância dos mesmos na primeira linha de cuidados.

Este facto, não sendo alheio às barreiras já identificadas, põe também em evidência outras questões, designadamente:

- **a ambiguidade subjacente às práticas sociais**, ou seja, remete-se para a família o encargo com os seus elementos mais frágeis mas pouco se faz para ir ao encontro das suas necessidades;
- **as dificuldades por parte dos profissionais em reconhecer a validade do auto-cuidado, contextualizado numa trilogia** formada por aspectos culturais, pela personalidade do indivíduo e pelos condicionantes físicos e psíquicos decorrentes da situação de dependência;
- **as dificuldades evidenciadas pelos profissionais em valorizar o “saber leigo”**, o que é imperativo da avaliação da eficácia do mesmo.

Proposta

- Em cada país deverá promover-se a avaliação e reorientação dos serviços existentes na comunidade, recentralizando **a família como parceira da intervenção social local**, nomeadamente garantindo um suporte efectivo às famílias prestadoras de cuidados aos seus familiares idosos - ou seja, **a família, a pessoa idosa e o familiar prestador de cuidados devem ser partes intervenientes no processo**, desde a avaliação das necessidades de cuidados ao desenvolvimento das diferentes modalidades de apoio.
- **Dotar os serviços de meios - humanos, materiais e financeiros** - necessários ao apoio efectivo às famílias prestadoras de cuidados.

Terceira Questão

Familiares Prestadores de Cuidados - Que atendimento face às suas dificuldades e necessidades ?

Os dados do estudo sobre estes prestadores informais e o debate ocorrido durante o Seminário permitiu constatar que:

Os familiares prestadores de cuidados aos muito idosos são na sua maioria mulheres, as quais, numa percentagem significativa dos casos, se situam nos escalões etários superiores pelo que a prestação de cuidados constitui muitas vezes um factor de agravamento da sua situação.

São geralmente núcleos familiares de pequena dimensão e frequentemente são também núcleos familiares idosos constituídos por dois elementos, em que a situação de casal é a mais comum.

As condições de habitação e as condições sócio-económicas destas famílias apresentam alguns níveis de precaridade, pese embora as diferenças entre os diversos países da Comunidade Europeia.

Assim, os dados do estudo realizado bem como os decorrentes da experiência empírica dos profissionais, permite uma primeira abordagem sobre as dificuldades deste grupo, elencando-as da seguinte forma:

- **Dificuldade de ordem pessoal** (stress físico e psíquico, medos e receios de não saber resolver a situação, conflitos de expectativas de realização pessoal, falta de informação e de formação adequadas à prestação dos cuidados)
- **Dificuldades de ordem familiar** (conflitos familiares graves, dificuldades em constituir uma rede familiar de apoio)
- **Dificuldades de ordem económica** (os encargos financeiros acrescidos são desreguladores do orçamento familiar)
- **Dificuldades de integração social e profissional** no caso dos prestadores em situação de activos (falta de legislação garantindo facilidades que permitam conciliar esta função familiar com a função profissional; restrições no acesso a actividades sociais e culturais pela impossibilidade de encontrar substituto ou pelo próprio desgaste da situação)
- **Dificuldades decorrentes da inexistência** de apoios institucionais quer em recursos humanos, quer em ajudas técnicas que facilitem a prestação de cuidados.

Estas dificuldades desembocam claramente num conjunto de necessidades que os trabalhos do Seminário evidenciaram.

O testemunho de prestadores de cuidados, e o relato de profissionais com experiência de trabalho nesta área, permitiram encontrar uma tipologia de necessidades e definir um conjunto de propostas.

Necessidades económicas

A existência de uma pessoa idosa em situação de dependência acarreta encargos adicionais às famílias, dificilmente suportáveis, na maioria dos casos, pelos respectivos orçamentos familiares (regime alimentar especial, medicamentos, aquisição de serviços, aquisição de ajudas técnicas, entre outros). De facto, embora estas famílias sejam autênticos agentes de prestação de cuidados não lhes tem sido reconhecido o direito a medidas compensatórias do serviço que prestam e dos encargos financeiros que são obrigadas a suportar, dos quais dependem, em muito, a qualidade da própria prestação.

Proposta

Em cada país devem ser implementadas medidas compensatórias dos encargos financeiros suportados pelas famílias prestadoras de cuidados, designadamente **medidas no âmbito dos incentivos fiscais**, da criação e/ou **implementação de uma prestação pecuniária** do tipo “allocation à la dépendance”, e de **facilidades para a aquisição de ajudas técnicas**.

Necessidades de protecção social

Os familiares prestadores de cuidados têm necessidades específicas em termos de protecção social que decorrem, quer da exigência de compatibilização entre o desempenho de uma actividade profissional e a prestação de cuidados intrafamiliares, quer do facto do exercício desta prestação, no caso de muitas mulheres, não ser reconhecido como trabalho produtivo.

No primeiro caso, a legislação laboral não possibilita a compatibilização referida pelo que estes prestadores de cuidados ficam em situação de desigualdade em termos de garantia de direitos, ao mesmo tempo que prestam um serviço de inestimável valor à comunidade.

No segundo caso, a ausência de cobertura dos prestadores de cuidados informais pelo sistema de segurança social, coloca em situação de precaridade económica muitas das mulheres que assumem esta função, com as consequências gravosas que, a prazo, esta acarreta em termos de cobertura de risco velhice.

Importa referir que o não reconhecimento destes prestadores como verdadeiros agentes de prestação de cuidados tem constituído um obstáculo à adopção de medidas decorrentes de Recomendações designadamente do Conselho da Europa sobre esta matéria.

Proposta

Em cada país deve proceder-se à **adaptação da legislação laboral de forma a possibilitar a compatibilização entre a vida profissional e o exercício da prestação dos cuidados** (facilidades de horário, dispensas em casos especiais, possibilidade de reintegração na empresa após ausência prolongada por este tipo de motivos, garantia de continuidade dos direitos adquiridos, entre outros).

Cada país **deve aplicar a Recomendação 91/2 do Comité de Ministros do Conselho da Europa** que prevê a integração dos prestadores de cuidados informais no sistema de Segurança Social.

Necessidades de apoio da comunidade

A eficácia dos cuidados intrafamiliares é condicionada pelo acesso ao sistema de cuidados formais e informais disponíveis na comunidade.

Os familiares prestadores de cuidados exprimem não só défices de informação sobre as facilidades existentes, mas também se defrontam com problemas decorrentes dos critérios de acesso aos serviços e equipamentos disponíveis, ao que acresce, muitas vezes, falta de respostas adequadas à resolução dos seus problemas.

A criação de condições de acesso aos equipamentos e serviços existentes na comunidade é, assim, uma das questões de resolução prioritária.

De facto, na situação actual, as prioridades definidas apontam para o atendimento preferencial das pessoas idosas vivendo sós e isoladas, o que tem condicionado a organização dos serviços em função deste grupo.

Por outro lado, as necessidades de apoio da comunidade não se esgotam no acesso ao sistema formal de cuidados, dada a complexidade das tarefas que estes prestadores enfrentam. Outras formas de apoio informal - voluntários, vizinhos, outros familiares - assumem real importância como partes integrantes do sistema global de cuidados.

Neste contexto, surge como factor relevante a existência de formas e de agentes de articulação/ coordenação entre os vários intervenientes no processo de cuidados conducentes à rentabilização dos recursos e ao acesso correcto e atempado aos mesmos.

Proposta

Cada país deve **desenvolver, no âmbito da política social, serviços de apoio à família, facilitadores da conciliação entre o direito ao trabalho e ao descanso e o desempenho do papel de prestadora de cuidados aos familiares mais idosos.**

A estes prestadores informais de cuidados deve ser garantido:

- **acesso a serviços qualificados**, designadamente hospitalares, serviços de apoio domiciliário, incluindo os serviços de saúde, tele-alarme e outros, bem como o acesso a alojamento temporário da pessoa idosa de forma a permitir o descanso da família e/ou a sua substituição quando esta se encontra impedida de assegurar a regular prestação dos cuidados;
- **acesso a apoio técnico** adequado a cada situação, pelo que os equipamentos e serviços disponíveis na comunidade devem estar dotados dos recursos humanos e materiais necessários a este tipo de actuação;
- **acesso a grupos de inter-ajuda** e a **organizações de voluntários**, complementares dos serviços profissionalizados e coadjuvantes da família;
- **acesso a ajudas técnicas facilitadoras** de prestação dos cuidados e do quotidiano familiar;
- **acesso a programas de melhoria da habitação**, de forma a criar condições adequadas à prestação de cuidados.

Integração da família no sistema global de cuidados

Considerar a família prestadora de cuidados como parceira do sistema de cuidados é entendido como uma forma de garantir a sua participação activa quer na identificação das necessidades, quer no planeamento e avaliação dos cuidados. Esta participação pressupõe o reconhecimento das capacidades, competências e potencialidades destes prestadores informais no primeiro nível de cuidados, garantindo também o seu enquadramento no conjunto das prestações adequadas ao atendimento e acompanhamento de cada situação.

Proposta

Os serviços que actuam na comunidade assegurando o atendimento de primeira linha, devem favorecer a constituição da **comunidade de cuidados**, considerada como uma forma de integração da família no sistema global dos recursos disponíveis na comunidade. Aquela pressupõe a concorrência para um objectivo comum dos prestadores formais - profissionais -, informais - famílias, amigos, vizinhos, voluntários organizados -, e dos próprios utilizadores.

A implementação deste modelo de actuação aponta para o estabelecimento de um contrato entre os parceiros, clarificador **dos níveis de responsabilidade de cada um, incluindo o da família**, do qual constará também a identificação dos apoios a que esta tem direito.

Este contrato pressupõe uma articulação bem definida entre os diferentes agentes, facilitando, pois, o acesso correcto e atempado às facilidades existentes na comunidade.

Informação

As famílias prestadoras de cuidados apresentam déficits de informação a diferentes níveis, nomeadamente sobre os recursos disponíveis, sobre as formas de acesso aos mesmos e ainda sobre a problemática das situações que enfrentam.

As necessidades de informação aumentam nos casos em que a pessoa idosa se encontra em situação de deterioração mental. Nestes casos, o atendimento e acompanhamento da situação exige ainda maior capacidade e treino de comunicação.

A qualidade dos cuidados prestados depende, pois, em grande medida, da acessibilidade à Informação, a qual como factor de securização do prestador de cuidados, deve ser **exacta, simples, atempada e facilmente apreensível**.

A Informação é também de importância vital para a eficácia do funcionamento da comunidade de cuidados. Nesta, todos os parceiros, - prestadores formais e informais devem ter acesso a uma informação **segura, exacta e adequada sobre o quê, o como, o porquê e o quando** desempenhar os papéis que lhes estão atribuídos.

Neste contexto, a função **coordenação** assume papel fundamental como elo de ligação entre os vários intervenientes, garantindo a circulação da informação e o acesso a esta, em tempo oportuno e de forma adequada a cada caso.

Proposta

Em cada país devem ser criados/desenvolvidos sistemas de informação para as famílias prestadoras de cuidados, através da sensibilização e mobilização dos recursos da comunidade, nomeadamente os que são da responsabilidade das ONG.

Como estruturas de apoio e meios de actuação destacam-se a comunicação social, a linha SOS, serviços de aconselhamento, material audio-visual adequado, folhetos, brochuras e outros.

Cada comunidade deve dispor de um serviço de informação acessível aos utilizadores que assegure simultaneamente a dinamização/coordenação das iniciativas e acções nesta área.

Formação dos prestadores informais

A prestação dos cuidados intrafamiliares exige um saber e saber fazer adquiridos quer por via tradicional, quer pelo acesso à formação teórico-prática adequada.

As necessidades de formação destes formadores reportam-se à aquisição e desenvolvimento de saberes e práticas que lhes permitam compreender melhor a pessoa idosa em presença, sentirem-se mais seguros, mais eficazes e mais “equipados” para gerir quotidianamente a situação, no contexto da relação sócio-familiar.

Tornar os conhecimentos acessíveis a estes formadores, permitir o desenvolvimento e aquisição de práticas adequadas às situações - facilitadoras do quotidiano familiar -, criar condições que favoreçam comportamentos e atitudes compreensivas alicerçadas no valor da dignidade, independência e direito à escolha quer da pessoa idosa, quer dos seus familiares, são considerados os três vectores principais do processo formativo.

Este processo, no contexto de uma comunidade de cuidados, inclui também a preparação para o reconhecimento da importância do auto-cuidado (quando este é possível), ou seja, da pessoa idosa como elemento principal do seu próprio cuidado, de acordo com as suas possibilidades físicas e psíquicas, as suas crenças, hábitos e costumes.

O processo formativo, ao nível da comunidade de cuidados, deverá abranger também os restantes intervenientes, designadamente os prestadores informais para além dos familiares, proporcionando-lhes a preparação necessária, nomeadamente sobre dinâmica sócio-familiar, processo de comunicação, situações mais frequentes no contexto da sua actuação e respectivas formas de abordagem, execução de cuidados não diferenciados e trabalho de equipa.

A formação constitui um elemento chave para a capacitação destes prestadores como cooperantes do sistema de cuidados, consciencializando-os dos seus limites de actuação e promovendo mudanças de atitudes e de comportamento.

Proposta

Em cada país devem ser organizados e implementados programas e acções de formação dirigidos aos prestadores informais de cuidados de forma a capacitar estes prestadores para a assumpção das tarefas inerentes ao correcto desempenho dos seus papéis.

A concepção e desenvolvimento destes programas deverá processar-se a nível da comunidade, através da mobilização dos recursos locais, os quais incluem os profissionais e os agentes informais.

Formação dos profissionais

O reconhecimento dos prestadores informais como parceiros do sistema global de cuidados, constitui uma mudança significativa a nível das mentalidades e da cultura profissional.

As necessidades de formação dos agentes não profissionalizados obriga os profissionais a adquirir conhecimentos, formação e treino, não só em ordem ao exercício do seu papel de formadores mas também à aquisição de uma nova cultura profissional.

Na verdade, os currícula dos cursos de base e dos programas de formação contínua estão conceptualmente organizados em termos estritamente técnico-científicos, visando a aquisição de saberes e práticas cada vez mais especializadas.

Esta especialização, embora necessária, não tem favorecido o desenvolvimento da cooperação entre profissionais e não profissionais.

Aliás, a existência de uma lógica institucional centrada sobre a especialização e dirigida a clientelas muito específicas, não tem contribuído para o atendimento dos indivíduos e das famílias no contexto das suas condições de vida e da dinâmica das suas relações sócio-afectivas.

Consequentemente, os profissionais revelam, de uma maneira geral, sérias dificuldades em exercer as suas competências fora do quadro institucional bem como em partilhar o seu saber técnico-científico com estranhos ao seu grupo, o que não é alheio à sobre-valorização do estatuto profissional ligado ao trabalho institucional.

Assim, a mudança de atitudes e comportamentos, a adaptação à resolução de problemas fora do contexto securizante da instituição e a capacidade para a formação e enquadramento dos prestadores informais de cuidados, exige uma reformulação dos programas de formação de base e de formação permanente dos profissionais que mais directamente intervêm na resolução dos problemas sociais e de saúde das pessoas idosas.

Considerando os dados da situação actual, entendem-se como áreas a aprofundar:

- **O desenvolvimento das capacidades de escuta e de interpretação compreensiva da realidade**, designadamente da realidade sócio-familiar dos indivíduos e das famílias, o que permitirá uma **melhor identificação das suas necessidades, incluindo as de formação**;
- **O desenvolvimento da capacidade de partilha e comunicação dos saberes**, o que facilitará a constituição da comunidade de cuidados;
- **O desenvolvimento das capacidades de adaptação à resolução de problemas contextualizados, o que favorecerá as intervenções do tipo comunitário**, designadamente o trabalho em parceria, no contexto de uma determinada problemática sócio-familiar;
- **O desenvolvimento da capacidade de coordenação, o que facilitará a tomada de iniciativas relativas à articulação entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados**;
- **O desenvolvimento da capacidade de supervisão**, essencial para o correcto enquadramento e apoio aos diferentes intervenientes no plano de cuidados, designadamente dos familiares.

Proposta

Em cada país, os responsáveis pela definição dos Currícula dos cursos base dos profissionais que actuam na área da prestação de cuidados, devem proceder à respectiva revisão no sentido do maior desenvolvimento curricular de matérias e treino conducentes à valorização social do desempenho.

Entre estas, destacam-se:

- **Comunicação e Pedagogia da Comunicação;**
- **Modelos de actuação fora do contexto institucional;**
- **Trabalho comunitário;**
- **Trabalho em comunidade de cuidados;**
- **Supervisão.**

Paralelamente, os programas e acções de formação contínua dos profissionais devem incluir formação teórica e treino nas áreas acima referidas, com ênfase na preparação para a formação e suporte emocional dos prestadores informais de cuidados, bem como para a avaliação do desempenho.

Propõe-se também que os serviços e as organizações assegurem aos profissionais, que actuam no quadro de uma comunidade de cuidados, o acesso à supervisão.

Em síntese final

O reconhecimento da importância do papel da família como agente de prestação de cuidados e conseqüentemente como parte integrante do sistema de cuidados, **é um dado novo**.

Tratá-lo pressupõe a consideração de dois princípios fundamentais:

- **O Direito da pessoa idosa à opção sobre quem deve ser o elemento principal da prestação dos cuidados que lhe são devidos;**
- **O Direito da família a optar e formular as condições necessárias ao desempenho deste papel.**

A garantia dos direitos enunciados exige um conjunto de medidas de política que passarão por iniciativas, programas e acções, a nível local, nacional e da Comunidade.

As questões relativas à **Informação e Formação assumem aqui especial relevo, exigindo um maior empenhamento da comunidade e uma cultura profissional que acentue a valorização social do desempenho**.

A Formação, orientada neste sentido, aparece como uma componente fundamental no processo de mudança de atitudes, comportamentos e competências dos profissionais no terreno.

No entanto, não deve ser esquecida a importância da valorização do estatuto destes profissionais, designadamente dos que trabalham em meio “menos institucional e menos especializado”.

A sub-valorização sócio-profissional dos que trabalham mais directamente e mais “genuinamente” na comunidade, pode constituir um sério obstáculo às mudanças enunciadas, consideradas como necessárias à implementação de uma melhor política social no âmbito da população idosa.

Aliás, a potencial eficácia do papel dos profissionais como elementos privilegiados do enquadramento dos familiares prestadores de cuidados não pode ser subestimada, designadamente em termos de custo/eficácia. E isto porque, os efeitos preventivos, quer do agravamento das situações de dependência, quer do aumento da pressão sobre a procura dos cuidados institucionais entroncam numa das grandes preocupações actuais e a prazo nesta área, ou seja, como reduzir as situações de dependência e como “financiar a dependência”.

A estes ganhos, acrescem ainda os ganhos em conhecimento acrescentado, decorrentes do aprofundamento dos conhecimentos e práticas numa dinâmica de interdependência dos **saberes técnico-científico e leigo**.

As acções de formação a implementar, quer para os profissionais quer para os prestadores informais, designadamente os familiares, inscrevem-se num contexto de inovação que importa desenvolver.

Da mesma forma, as experiências visando o apoio aos familiares prestadores de cuidados, nas quais se insere a comunidade de cuidados, devem ser incentivadas.

Em cada país deverá ser fomentado este tipo de programas e acções, sobretudo a nível das comunidades locais.

Por outro lado, e considerando o carácter inovador que os caracteriza bem como o facto da problemática a que se dirigem ser comum aos países da Comunidade, deveria esta considerar a possibilidade de estabelecer programas que favoreçam a sua implementação, avaliação e difusão.

O intercâmbio de saberes e de experiências daqui decorrentes é fundamental para a harmonização das medidas conducentes à concretização do apoio às famílias prestadoras de cuidados, no quadro da Europa Comunitária.

População Idosa

Abril / 1993

1 Aspectos demográficos da população idosa - sua evolução

A evolução demográfica portuguesa tem-se caracterizado nas últimas décadas por um crescimento contínuo da proporção de idosos (65 e mais anos) no conjunto da população (**Quadro I**), bem como pelo aumento, dentro deste grupo, do número de pessoas de 75 e mais anos.

Quanto à estrutura por idades (**Quadro 2**), verificou-se uma diminuição progressiva do grupo etário de menos de 20 anos e um aumento progressivo do número de 75 e mais anos, entre 1960 e 1991. Em termos prospectivos prevê-se que o grupo dos 75 e mais anos passará de 5,5% no ano de 1990 a 6,6% no ano 2000, o que aumentará significativamente a probabilidade de crescimento do número de idosos cuja situação social e de saúde exigem atendimento específico.

Importa ainda destacar o facto de serem as mulheres o grupo maioritário dentro deste grupo da população o que exige análise e aprofundamento adequados.

2 Breve caracterização da situação da população idosa

As pessoas idosas constituem na sua grande maioria um grupo desfavorecido da população, com uma problemática complexa e multifactorial, de que se destacam alguns aspectos:

a) Rendimentos

Apesar de nos últimos anos se ter vindo a verificar alguma melhoria do poder económico deste grupo, ele é ainda bastante fraco, como se pode verificar no **quadro 3**.

Para esta situação concorre o facto de existirem ainda idosos que usufruem apenas da pensão -social cujo valor é inferior ao da pensão mínima de velhice.

Desconhece-se o número de pessoas idosas com rendimentos suficientes; sabe-se no entanto, que do total dos idosos reformados, apenas cerca de 25% têm pensões de reforma superiores aos valores atrás referidos.

b) Saúde

A população idosa, devido a condicionalismos de vária ordem apresenta na sua grande maioria estados de saúde muito precários, caracterizados, muitas vezes pela existência de situações patológicas, em particular doenças cerebro-vasculares, tumores malignos, doenças cardio-vasculares e acidentes (fracturas).

Estas situações limitam muitas vezes as capacidades funcionais dos indivíduos idosos com repercussões ao nível da execução das actividades da vida diária e portanto da sua independência.

Também as perturbações psíquicas são frequentes com o avanço em idade, sobretudo os estados de demência, por aterosclerose ou outra situação, de que se destaca a doença d'Alzheimer que tanta perturbação origina no meio familiar e social do indivíduo atingido.

c) Habitação

O problema habitacional, comum a todas as gerações dada a sua escassez e elevados custos, assume aspectos particularmente gravosos no caso dos idosos. Com efeito, muitos idosos vivem em casas antigas em andares altos, muitas vezes inadequadas à sua situação pela existência de barreiras físicas e/ou ausência de infraestruturas que impedem condições de bem estar e independência na idade avançada.

Também no meio rural a situação é deficitária vivendo os idosos muitas vezes isolados, em pequenas aldeias em casas sem as mínimas condições de conforto e de saneamento básico.

d) Participação sócio-cultural

A maioria das pessoas idosas tem uma fraca participação na sua comunidade, o que gera sentimentos de solidão e desvalorização, com repercussões quer ao nível da integração socio-familiar quer do nível da saúde física e psíquica.

Assim, a capacidade de mobilidade no quotidiano constitui um factor importante na luta contra o isolamento pelo que as medidas existentes (passe social, cartão dourado, facilidades de acesso a actividades sócio-recreativas e culturais) deveriam alargar-se no sentido de eliminar as barreiras sociais à participação.

e) Apoio familiar

Apesar da evolução que a família tem vindo a sofrer ao longo dos tempos nomeadamente no que respeita à sua dimensão, papeis e ao trabalho da mulher fora do lar, essa circunstância não a tem impedido de continuar a ser o grande suporte de ajuda aos seus idosos quando em situações de crise.

Com efeito, verifica-se que é a família, na grande maioria dos casos que assegura aos seus elementos mais frágeis a prestação de cuidados informais adequados à satisfação das suas necessidades ainda que em muitos casos o faça com dificuldade de vária ordem com maior ou menor grau de eficácia.

É a mulher quem suporta principalmente o ónus da responsabilidade de tal prestação, cujo exercício determina na maioria dos casos dificuldades de diversa natureza, exigindo pois a tomada de medidas facilitadoras do exercício destes papeis bem como de formação e treino adequados.

b) A urbanização do envelhecimento

A evolução da distribuição espacial do grupo dos idosos permite constatar a tendência para a respectiva urbanização.

Assim, e considerando os dados do recenseamento de 1991, verifica-se que cerca de 44% das pessoas de 65 e mais anos vive na área do grande Porto e de Lisboa e Vale do Tejo, ao passo que o conjunto dos residentes deste grupo vive nas regiões do Alentejo, Algarve e Centro não ultrapassando 35%.

Este facto é essencial para o planeamento dos equipamentos e serviços nas diferentes regiões não só em termos quantitativos como qualitativos.

3 Acção Social - situação actual na área da população idosa

No âmbito da Acção Social tem-se procurado, ao longo dos tempos, actuar de forma a responder às necessidades da população idosa.

Contudo, esta actuação caracterizou-se, durante muito tempo, por ser essencialmente remediativa e curativa, tendo-se investido pouco numa perspectiva de prevenção de situações conducentes à aceleração ou degradação do processo de envelhecimento, ou na promoção de condições que permitam a integração sócio-familiar das pessoas idosas e a sua participação activa na comunidade.

Neste contexto, as prestações da Acção Social disponíveis são constantes dos **quadros 4, 5 e 6**.

A leitura destes quadros, evidencia o esforço realizado no sentido de dotar as comunidades, a partir de 1976, de equipamentos e serviços de apoio à manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida.

No entanto, a leitura do mesmo revela também que, apesar do esforço referido, as taxas de cobertura atingidas, estão ainda longe do que seria desejável se atendermos a que dado o baixo nível de rendimentos deste grupo de população, estes serviços constituem um suporte complementar essencial à garantia de condições mínimas de vida.

4 Idosos dependentes

Considera-se "dependente" a pessoa que não consegue sozinha assegurar a satisfação das seguintes necessidades básicas

- levantar-se, deitar-se
- vestir-se, despir-se
- comer e beber
- controlar as esfíncteres
- orientar-se no tempo e no espaço

A situação de dependência pode ser parcial ou total. No primeiro caso, o indivíduo basta-se com alguma ajuda e no segundo caso necessita de ajuda permanente de terceira pessoa para satisfação das suas necessidades básicas.

A fim de ilustrar a situação de dependência instalada com a idade, verifica-se segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1987 que havia, no grupo dos 65 - 69 anos, 0,8% de pessoas que não podiam "alimentar-se sem ajuda", enquanto que no grupo dos 85 e mais anos havia 6,0%.

Quanto ao "apanhar objectos do chão" nestes mesmos grupos, não podiam fazer 5,1% e 20,1% respectivamente; "não andavam nem se deslocavam" 0,6% e 4,4% respectivamente.

No que diz respeito ao "controlo dos esfíncteres" cerca de 30% das pessoas de 84 e mais anos tinham problemas nesta área e 9,4% eram mesmo incontinentes.

Por outro lado, a análise das estatísticas respeitantes ao suplemento de grande inválido - velhice, revela que, entre 1989 - 1991, e, embora o acréscimo do número de beneficiários desta prestação tenha representado apenas 1,1%, os aumentos verificados no número de beneficiários dos regimes geral e especial foram da ordem dos 11%, representando um crescimento anual médio de 5,5% (1991 - 100 386 beneficiários).

Estes dados evidenciam a importância do número de idosos portadores de situação de dependência, exigindo apoios adequados, que obviamente não se poderão nem deverão desenvolver no quadro da institucionalização.

Aliás, a evolução verificada em outros países da comunidade como a França e a Dinamarca, revela a tendência clara para a desinstitucionalização sustentada no forte incremento de uma rede de serviços de apoio domiciliário.

A França em 1985, tinha uma taxa de cobertura das pessoas de 65 e mais anos em apoio domiciliário, de 6,7%, dos quais 20% tinham 85 mais anos.

A Dinamarca, na linha de desinstitucionalização atingiu, em 1987, uma taxa de cobertura para o mesmo grupo de idades e em apoio domiciliário, de 19%.

Portanto, reconhece-se cada vez mais como fundamental para a qualidade de vida e autonomia da pessoa idosa, a sua manutenção no domicílio, no seu meio habitual de vida, evitando-se ou protelando a sua entrada em Lar.

A política de manutenção das pessoas idosas no domicílio tem, pois, que ser assumida e particularizada por medidas concretas, tais como:

- aumento dos serviços de apoio domiciliário, os quais deveriam tendencialmente evoluir no sentido de funcionar 24 horas principalmente nos casos mais pesados;
- criação do apoio nocturno;
- melhoria e adequação da habitação se necessário;
- apoio às famílias e vizinhos, na maioria dos casos, os grandes suportes da manutenção a domicílio, dado assegurarem a prestação de cuidados informais;
- instalação de telefone e posterior criação do sistema tele-alarme;
- existência de pessoal da Acção Social - técnicos e ajudantes familiares devidamente preparados e em número suficiente;
- revisão do Dec. Lei nº 141/89 de 28 de Abril;
- revisão da Portaria Regulamentadora do Trabalho, de 22 de Agosto 1985;
- articulação efectiva Saúde/Segurança Social.

Apresenta-se, **no quadro 7**, uma proposta de alargamento da cobertura em apoio domiciliário num período até ao ano 2000, em que seria desejável que a taxa de cobertura tivesse atingido 8% do número das pessoas idosas.

O cálculo do número de lugares a criar teve por base apenas o número de pessoas idosas de 65 e mais anos residentes no Continente 1991.

Seria desejável que se viesse a trabalhar com base nas projecções demográficas até ao ano 2000, o que certamente determinará ainda um maior número de lugares a criar para que haja uma cobertura mais efectiva das necessidades, em apoio domiciliário para este grupo da população.

Por outro lado, a articulação Saúde/Acção Social tem de ser conseguida, definindo-se de forma clara as responsabilidades dos dois sectores no apoio à população idosa.

Os serviços de saúde terão de assegurar cuidados médicos e de enfermagem às pessoas idosas onde quer que elas se encontrem - no domicílio ou em instituição (hospital, lar ou outra).

Os serviços de acção social assegurarão o apoio social necessário à satisfação das necessidades das pessoas idosas, o que exigirá a definição dos tipos de pessoal prestador de cuidados e de ajuda doméstica.

Propostas

- Aumento dos rendimentos das pessoas idosas, de maneira a possibilitar a melhoria das suas condições de vida e a contribuir tendencialmente para o auto-financiamento dos serviços;
- Melhoria e adequação da habitação em termos de equipamento doméstico, designadamente o telefone;
- Aumento das taxas de cobertura em apoio domiciliário, nomeadamente para os grupos mais vulneráveis, sem se perder de vista a necessidade de ele se alargar a idosos mais jovens como forma de prevenção de degradação do processo de envelhecimento;
- Incentivar a criação de Centros de Dia que conjuntamente com o Apoio Domiciliário constituem formas complementares da melhoria das condições de vida da população idosa, evitando o aparecimento de situações de grande dependência em idades avançadas;
- Incentivar o acolhimento familiar com destaque para o apoio às famílias naturais com idosos a cargo;
- Incentivar contratos/programa, a partir do partenariado entre Saúde, Acção Social e IPSS, tanto em termos de serviços domiciliários como de apoio de saúde aos lares;
- Reversão dos grandes lares e criação de pequenas unidades inseridas nas comunidades locais para acolhimento/atendimento das pessoas idosas em situação de maior dependência;
- Incentivar formas de cooperação e articulação entre os prestadores formais e informais de cuidados;
- Definição dos tipos de pessoal a formar, perfis e funções e dos "currícula" dos respectivos cursos;

- Articulação das necessidades de formação de pessoal para ajuda doméstica com a criação de oportunidades de emprego social para pessoas, em particular mulheres com dificuldade de inserção no mercado de trabalho;
- Atribuição de fundos para a formação, na linha da reconversão de mão-de-obra para o desempenho de actividades socialmente úteis.

Esta panóplia de propostas exige um estudo mais aprofundado sobre critérios e implicações intersectoriais, pelo que se propõe:

A criação de um grupo de trabalho que operacionalize um plano de intervenção a curto e a médio prazo, que tenha em conta:

- As assimetrias regionais e a urbanização do envelhecimento;
- O crescimento do grupo das pessoas de 65 e mais anos especialmente das de 85 e mais anos;
- As alterações socio-demográficas com especial ênfase para as mudanças na estrutura familiar;
- A feminização do envelhecimento;
- O incentivo à inovação no contexto do desenvolvimento local.

ANEXO



Quadro 1
Percentagem da População Residente, de 65 e Mais Anos, em Relação à População Total, por Distritos, no Continente - 1991

Quadro 2
Evolução da Estrutura Demográfica, entre 1960 e 2020 (%)

Quadro 3
Proporção de Pessoas Idosas com Níveis de Rendimento Inferiores ao Rendimento Líquido Médio Anual Nacional

Quadro 4
Respostas Existentes / Aspectos a Considerar

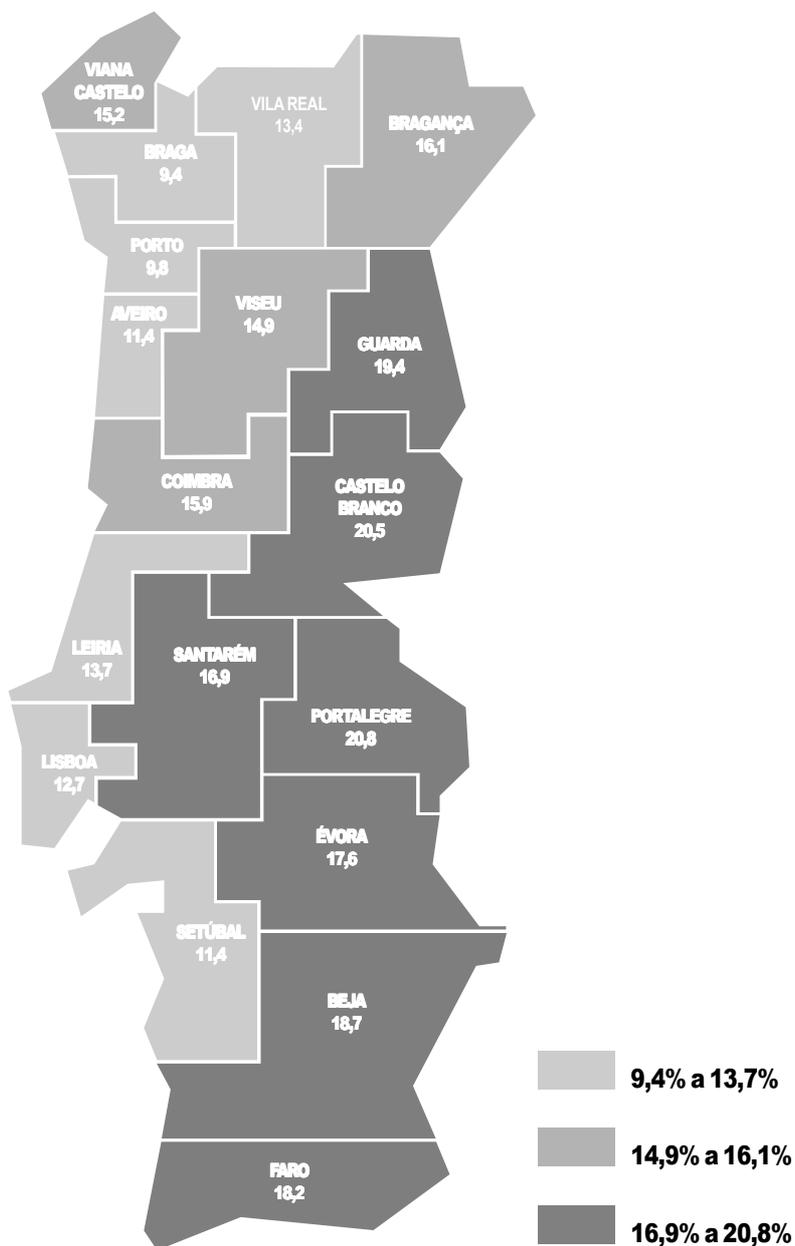
Quadro 5
Taxas de Cobertura Existentes e a Atingir na Resposta Social LAR, até ao Ano 2000

Quadro 6
Taxas de Cobertura Existentes e a Atingir nas Respostas Sociais que Favorecem a Manutenção dos Idosos no seu Domicílio

Quadro 7
Evolução Desejável, entre 1994 e 2000, do Número de Idosos a Atender, no Continente, pelos Serviços de Apoio Domiciliário (*)

QUADRO 1

Percentagem da População Residente, de 65 e Mais Anos, em Relação à População Total, por Distritos, no Continente - 1991



Fonte: INE - Gabinete de Estudos Demográficos, Série Estimativas Provisórias nº 17 - Julho 1992

QUADRO 2***Evolução da Estrutura Demográfica, entre 1960 e 2020 (%)***

	TOTAL	< 20	20 - 59	60 - 74	75 - 84 <small>(a)</small>	85 +
1960	8 151 940 <small>(100%)^(b)</small>	41.0	47.5	8.6	2.9	---
1970	8 611 125 <small>(100%)</small>	37.0	48.6	11.3	3.1	---
1981	9 833 014 <small>(100%)</small>	34.3	49.9	11.9	3.3	0.6
1990	10 393.1 <small>(100%)</small>	28.7	52.7	13.1	4.6	0.9
2000	10 631.8 <small>(100%)</small>	23.6	56.0	13.8	5.2	1.4
2010	10 815.1 <small>(100%)</small>	21.7	55.8	14.0	5.9	2.7
2020	10 629.1 <small>(100%)</small>	20.5	54.0	16.7	5.9	2.8

Fontes: INE, Recenseamentos da População, 1960, 1970 e 1981;
INE/Gabinete de Estudos Demográficos, Projeções da População residente, 1990 - 2020, in Observatório da Comunidade Europeia sobre o Envelhecimento e as Pessoas Idosas, Portugal, Junho 1992.

NOTAS: (a) 1960 e 1970: 75 +

(b) Este total, que corresponde à soma das parcelas, difere do valor referido na fonte (8 889 392).

QUADRO 3

Proporção de Pessoas Idosas com Níveis de Rendimento Inferiores ao Rendimento Líquido Médio Anual Nacional

IDADE	HOMENS	MULHERES
60 - 69	70,1	86,8
70 - 79	81,6	96,2
80 e +	88,9	90,7

Fonte: Observatório da Comunidade Europeia sobre o Envelhecimento e as Pessoas Idosas - Junho 1992, p. 21.

QUADRO 4

LARES (OFICIAIS / DE IPSS)	HISTÓRICO	PONTO DA SITUAÇÃO ACTUAL	EVOLUÇÃO NECESSÁRIA	CONSTRANGIMENTOS À EVOLUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	<p>Desconhece-se a data do início dos lares (Asilos)</p> <p>A partir do fim dos anos 60:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ melhoria das instalações e funcionamento ■ critérios de admissão de utentes ■ preparação e admissão de pessoal ■ acordos de cooperação para utentes e para pagamento ao pessoal preparado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instalações beneficiadas na generalidade dos Lares ■ Construção de novos Lares, (de acordo com normas estabelecidas) ao abrigo do PIDDAC ■ Funcionamento inadequado em muitos casos, quer por falta de pessoal técnico e/ou preparado. ■ Muitas IPSS pretendem criar Lares só para dependentes 	<p>Os Lares devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ admitir os idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia ■ fazer admissões temporárias de idosos ■ fazer parte de um conjunto de respostas diversificadas (Ex: Centro de Serviços Múltiplos) <p>A melhoria da qualidade de vida institucional exige:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a admissão de pessoal técnico ■ a prestação de cuidados individualizados ■ a intervenção mais efectiva das famílias ■ a participação do idoso na vida da instituição ■ revisão do montante dos acordos de cooperação <p>Os Lares que forem criados devem ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ pequenas unidades de vida inserida na comunidade local ■ com pessoal adequado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resistência à admissão de idosos em situação de dependência ■ Resistência à admissão de pessoal técnico. ■ Falta de articulação Saúde/Ação Social 	<p>Nº de Lares e sua distribuição no Continente (Ver Quadro 5)</p> <p>O número de camas em Lar a criar até atingir a cobertura de 4% seria de cerca de 20 963.</p> <p>A distribuição deste número até ao ano 2000, deveria ser objecto de estudo distrital, tendo em conta as necessidades locais e o crescimento do grupo dos mais idosos.</p> <p>A eficácia desta resposta depende em grande medida da garantia de prestação dos cuidados de saúde pelos serviços de saúde locais (importa referir que em 1991, 64% dos residentes em Lares no Continente tinham mais de 75 anos)</p>
LARES DE TIPO LUCRATIVO	<p>Iniciaram-se em princípios dos anos 70, com a instituição por parte da Saúde, de um subsídio para "prolongamento de tratamento".</p> <p>Legislação actual: Dec. Lei nº 30/89 de 24 de Janeiro D. N. nº 677/89 de 25 de Julho</p>	<p>A maioria dos Lares lucrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ não estão licenciados ■ têm condições infrahumanas de instalação e funcionamento ■ não dispõem de pessoal nem suficiente nem adequado ■ não cumprem a legislação referida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encerramento de todos os que não puderem ser remodelados ■ Fiscalização mais efectiva ■ Apoio Técnico assíduo aos que têm condições para melhorar ■ Admissão de pessoal técnico e parado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desejo exagerado de lucro ■ Falta de idoneidade dos proprietários 	<p>O aumento das respostas alternativas nas comunidades, designadamente o Apoio Domiciliário constitui a forma mais eficaz de diminuir o número deste tipo de equipamentos.</p> <p>O problema assume maior qualidade no distrito de Lisboa.</p>
CENTROS DE DIA	<p>Trabalho inicial efectuado por um grupo "ad hoc" em 1975</p> <p>Criação por despacho do SESS, em 1976 de 50 Centros de Dia, a título experimental</p>	<p>Resposta que se tem vindo a desenvolver rapidamente com bastante êxito, embora nalgumas zonas rurais haja dúvidas quanto ao seu total aproveitamento.</p>	<p>A criação de um Centro de Dia deve efectuar-se se a população local sentir a sua necessidade.</p> <p>Nalgumas regiões considera-se que os Centros de Dia deveriam ser reconvertidos em Centros Comunitários.</p>	<p>Falta de entendimento do pessoal (mesmo do pessoal técnico) quanto ao funcionamento correcto dos Centros de Dia.</p>	<p>Ver Quadro 6</p>

QUADRO 4 (continuação)

	HISTÓRICO	PONTO DA SITUAÇÃO ACTUAL	EVOLUÇÃO NECESSÁRIA	CONSTRANGIMENTOS A EVOLUÇÃO	OBSERVAÇÕES
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	<p>Existem informalmente desde a criação dos Centros de Dia. Formalmente, foi criado em Junho 1985 um grupo de trabalho para o estudo desta resposta.</p> <p>O relatório então elaborado, apesar de não ter obtido despacho servilude base ao desenvolvimento dos serviços existentes (1)</p>	Resposta insuficientemente desenvolvida, embora em expansão.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Necessidade de abranger 24/24h ■ Criação de Serviços de Apoio Domiciliário Autónomo ■ Recrutar pessoal com maior escolaridade e prepará-lo de acordo com "currículo" mais adequados à função ■ Sensibilização dos familiares, vizinhos e voluntários sociais para integrarem a rede de prestação de cuidados. ■ Informação/formação e treino destes grupos de prestadores de cuidados informais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Habitação degradada ou inadequada dificultando a possibilidade do apoio domiciliário ■ Dificuldades na articulação com os serviços da área da saúde ■ Pessoal insuficiente e impreparado ■ Estatuto de "Ajudante Familiar" 	<p>Decreto-Lei nº 141/89, de 28 de Abril: "Ajudantes Familiares", a rever.</p> <p>A eficácia desta resposta depende em muito da garantia de prestação de cuidados de saúde pelos serviços de saúde locais.</p> <p>Depende também da melhoria e adequação das condições habitacionais</p> <p>(1) - Ver Quadro 6</p>
CENTROS DE CONVÍVIO	Iniciou-se simultaneamente com os Centros de Dia, em fins dos anos 70.	Este tipo de resposta existe em 11 distritos com taxas de cobertura que não atingem a estabelecida.	Acompanhar o ritmo do desejo das comunidades para esta resposta.		
FAMÍLIAR ACOLHIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Iniciou-se com a publicação do Dec.-Lei nº 391/91, de 10 de Outubro. ■ Desp. 63/SESS/92, de 17 de Julho. 	<p>Existem neste momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 42 famílias que acolhem ■ 47 idosos, em 6 CRSS 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilização da comunidade ■ Recrutamento de famílias de acolhimento ■ Informação e sensibilização às IPSS e outras organizações 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escassez de recursos financeiros e humanos ■ Não adesão das IPSS ■ Não aceitação desta resposta pelos idosos ■ Falta de pessoal técnico nas IPSS ■ Problemas na elaboração dos contratos ■ Dificuldade no recrutamento das famílias de acolhimento 	<p>Medida com resultados ainda incipientes.</p> <p>No entanto, é considerada uma resposta social exequível, desde que se proceda à reformulação de vários aspectos da legislação em vigor, tornando-a aplicável, se possível, ao apoio à família natural em situação especial com idosos a cargo.</p> <p>Torna-se necessário considerar também o apoio prestado pela vizinhança aos idosos.</p> <p>Estes apoios deveriam ser, não só de natureza pecuniária, mas também prestados pelos serviços da comunidade.</p>
PROGRAMAS A DESENVOLVER			<ul style="list-style-type: none"> ■ Incentivo a experiências inovadoras no domínio da articulação entre Saúde, Acção Social, Autarquias ■ Implementação do "Programa Telefone para todos" - até 1995 ■ Instalação progressiva do Sistema de Tele-alarme ■ Programas de inserção social dos mais desfavorecidos com a participação das pessoas idosas ■ Programas de informação, formação e treino dos prestadores informais de cuidados, designadamente os familiares ■ Incentivo ao desenvolvimento de grupos de auto-ajuda ■ Implementação de programas de informação ■ Implementação de acções de apoio a famílias com idosos em situação de grande deterioração física e mental, designadamente nas situações de demência e na fase terminal. 		

QUADRO 5**Taxas de Cobertura Existentes e a Atingir na Resposta Social LAR, até ao Ano 2000**

LARES DISTRITOS	% EXISTENTE 1	Nº DE CAMAS A CRIAR ATÉ 4% DE COBERTURA 2
AVEIRO	1,66	506
BEJA	4,48 (a)	- 150
BRAGA	3,96	857
BRAGANÇA	2,50	377
CASTELO BRANCO	2,79	526
COIMBRA	2,72	864
ÉVORA	3,52	144
FARO	2,11	1 164
GUARDA	2,14	673
LEIRIA	2,45	907
LISBOA	1,52	6 494
PORTALEGRE	4,72 (a)	- 200
PORTO	1,84	3 440
SANTARÉM	2,05	1 447
SETÚBAL	1,78	1 812
VIANA DO CASTELO	2,47	576
VILA REAL	1,80	324
UISEU	2,56	852
TOTAIS		20 963

FONTE: DGAS - RSESS/9. Cálculos efectuados com base nos documentos existentes (Março 93).

NOTA: O nº de camas indicadas, constitui a diferença entre o número de camas existentes e o número total necessário para satisfação das necessidades.

(a) Nos distritos de Beja e Portalegre a % da camas existentes excede a percentagem indicada, como meta a atingir.

QUADRO 6**Taxas de Cobertura Existentes e a Atingir nas Respostas Sociais que Favorecem a Manutenção dos Idosos no seu Domicílio**

RESPOSTAS SOCIAIS DISTRITOS	APOIO DOMICILIÁRIO	CENTRO DE DIA		CENTRO DE CONVÍVIO	
	COBERTURA EXISTENTE 1	% EXISTENTE 2	Nº DE LUGARES A CRIAR ATÉ 4,5% 3	% EXISTENTE 4	Nº DE LUGARES A CRIAR ATÉ 2% 5
AVEIRO	0,57	1,27	2 426	---	---
BEJA	0,19	1,10	1 056	---	---
BRAGA	1	0,80	2 596	0,31	1 182
BRAGANÇA	0,49	3,65	215	---	---
CASTELO BRANCO	1,14	3,29	531	1,37	276
COIMBRA	1,72	3,49	689	0,36	1 113
ÉVORA	1,72	2,58	587	0,60	425
FARO	0,57	1,86	1 633	---	---
GUARDA	1,03	3,60	327	---	---
LEIRIA	0,46	0,69	2 237	0,15	1 086
LISBOA	1,54	3,30	3 154	1,34	1 730
PORTALEGRE	2,94	3,85	179	0,29	474
PORTO	0,90	1,54	4 731	0,98	1 623
SANTARÉM	0,75	2,05	1 823	0,40	1 190
SETÚBAL	0,89	3,29	988	0,56	1 176
VIANA DO CASTELO	0,68	0,52	1 506	---	---
VILA REAL	1,27	1,19	1 044	0,34	523
VISEU	0,79	2,10	1 428	---	---
TOTAIS			27 070		10 798

FONTE: DGAS - RSESS/91. Cálculos efectuados com base nos documentos existentes (Março 93)

NOTA: Nº de lugares a criar em apoio domiciliário consta do quadro anexo.

Nº de idosos indicados nas colunas 3 e 5 constitui diferença entre o nº de lugares existentes e o nº total que se pretende atingir.

QUADRO 7

Evolução Desejável, entre 1994 e 2000, do Número de Idosos a Atender, no Continente, pelos Serviços de Apoio Domiciliário (*)

TAXA DE COBERTURA ACTUAL						
1,16%			11 566 IDOSOS			
% DO NÚMERO DE IDOSOS A SEREM ABRANGIDOS						
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
até 2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%
25 664	38 496	51 328	64 160	76 992	89 824	102 657
NÚMERO DE LUGARES A SUBVENCIONAR						
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	1%	1%	1%	1%	1%	1%
14 098	12 832	12 832	12 832	12 832	12 832	12 832

(*) Taxa de cobertura desejável até ao ano 2000 = 8%
Cálculos efectuados com base no número de idosos (65 e mais anos - 1 283 214)
XIII Recenseamento Geral da População, 1991