



**CENTRO DE ESTUDOS DOS POVOS E CULTURAS DE
EXPRESSÃO PORTUGUESA
Faculdade de Ciências Humanas
Universidade Católica Portuguesa**

**O Envelhecimento da População:
Dependência, Ativação e Qualidade**

Relatório Final

Coordenação de: Roberto Carneiro

Equipa: Fernando Chau

Cândida Soares

José António Sousa Fialho

Maria João Sacadura

Projecto financiado por:



Lisboa, 31 de Agosto de 2012

ÍNDICE

Índice dos Quadros.....	7
Índice de Gráficos.....	11
Nota de Agradecimento.....	13
 Sumário Executivo	 14
A. Síntese de Conclusões.....	14
B. Propostas Estratégicas Finais.....	22
 1. Caracterização da População Portuguesa em Termos Demográficos Face ao seu Envelhecimento	 31
1.1. Introdução	31
1.3. Cenários demográficos do INE	38
1.3.1. Projeções demográficas até 2050	40
1.4. Estruturas familiares e suas alterações	43
1.5. Conclusões.....	50
Anexo: Projeções demográficas Europop2010 para Portugal	52
 2. Caracterização da População Idosa.....	 54
2.1. Atividade económica.....	54
2.2. Atividades não económicas	57
2.3. Atividades de lazer/turismo sénior	60
2.3.1. Turismo Sénior.....	63
2.3.2. Turismo Sénior em Portugal	64
2.3.3. Programa de turismo social das Misericórdias Portuguesas.....	65
2.3.4. Universidades Sêniore	68
2.4. Rendimento, pensões e situações de pobreza.....	71
2.4.1. Risco de pobreza.....	74
2.4.2. Despesas dos idosos	76

2.5. Condições e qualidade de vida.....	77
2.6. Conclusões.....	80
Anexo: Turismo Sénior em Portugal - os benefícios da participação	83
3. A População Idosa e a Situação de Isolamento	87
3.1. A problemática do isolamento social	88
3.2. O envelhecimento ativo e o isolamento social	90
3.3. Segmentação da população idosa na Europa	91
3.4. Segmentação da população idosa em Portugal	97
3.5. Práticas nacionais e internacionais de combate ao isolamento social.....	102
3.6. Boa prática portuguesa: Guarda Nacional Republicana	103
3.6.1. Operação Censos Sénior	104
3.6.2. Alguns testemunhos – <i>Focus Groups</i>	106
3.6.3. Estudos de Caso.....	107
3.7. Trajetórias de saúde.....	117
3.8. Idosos com necessidades de apoio	123
3.9. Conclusões.....	138
4. Perceção do Papel dos Idosos pela Sociedade - Diálogo Intergeracional.....	141
4.1. Análise das perceções recíprocas idosos-jovens	141
4.1.1. Solidariedade intergeracional	141
4.1.2. Idosos e sociedade.....	143
4.1.3. Trabalhadores idosos/postos de trabalho para jovens.....	144
4.1.4. Votantes idosos/decisões políticas sobre os jovens	144
4.1.5. Jovens e idosos/ produtividade empresarial.....	145
4.1.6. Conflito entre gerações/ visão dos <i>media</i>	146
4.2. Imagens e mitos – o idadismo	147
4.4.1. Imagens mais comuns da velhice e do envelhecimento	147
4.2.2. Perceção do papel do idoso pela sociedade	149
4.3. Competências, perda de autonomia e ciclos de vida	156
4.3.1. Os idosos e as atividades económicas.....	158
4.3.2. Os idosos no contexto do trabalho	160
4.3.3. Os idosos e a idade da reforma	161
4.4. Bem-estar dos idosos e a conquista da sabedoria	162
4.4.1. Sentimento de idade	162
4.4.2. Relação entre sentimento de idade e satisfação na vida.....	162
4.4.3. Os idosos e a sua aceitação pela sociedade	164
4.4.4. Os idosos no quadro nacional e local	165
4.4.5. Os idosos e a sua participação na sociedade	166
4.4.6. Os idosos e o seu papel na família	167

4.5. Cognição, ciclos de vida e sabedoria	168
4.6. Análise de resultados: Focus groups	173
Anexo: Metodologia dos <i>Focus Groups</i>	178
 5. O Envelhecimento e a Sustentabilidade Financeira dos Regimes da Segurança Social.....	181
5.1. Breve apresentação dos sistemas públicos de pensões	182
5.2. Sustentabilidade dos regimes públicos de pensões	183
5.3. Projeções do relatório “The 2012 Ageing Report” da Comissão Europeia.....	188
5.4. Impacto do envelhecimento na economia – Cenário de longo prazo do DPP (Departamento de Planeamento e Prospectiva)	193
5.5. Impacto do envelhecimento através da aplicação do modelo Input Output	195
Anexo: C2 - “Não podemos falhar”	202
 6. Estruturas e Medidas Existentes de Apoio à População Idosa	204
6.1. Estruturas existentes no âmbito do sistema de proteção social.....	206
6.2. Equipamentos das entidades lucrativas e não lucrativas	209
6.3. Estruturas no âmbito do sistema de saúde, mais direcionada para idosos.....	213
6.4. Pessoal ao serviço por categorias profissionais/qualificações.....	219
6.5. Estudos de Caso	222
6.5.1. Objetivos.....	222
6.5.2. Metodologia	223
6.5.3. Algumas conclusões.....	225
6.6. Análise SWOT.....	231
Serviços de Proteção Social	231
Serviços de Saúde	233
6.7. Conclusões.....	236
 7. Envelhecimento, Emprego e suas Potencialidades de Crescimento	239
7.1. Potenciais novos empregos	239
7.1.1. Recursos humanos no futuro no domínio da proteção social	239
7.1.2. Recursos humanos futuros no domínio da saúde.....	248
7.2. Necessidades de ajustamentos de qualificações e competências	254
7.3. Conclusões.....	264
 8. Sustentabilidade Financeira das IPSS.....	266
8.1. Introdução	266
8.2. O setor não lucrativo – a conta satélite das instituições sem fim lucrativo do INE.....	267

8.3. Estimativa das transferências públicas às IPSS	272
8.4. Indicadores de sustentabilidade financeira	274
8.5. Estudos sobre a sustentabilidade das IPSS	276
8.6. Entrevistas aprofundadas de IPSS	279
8.6.1. Métodos de recolha de informação	279
8.6.2. Caracterização dos entrevistados nos lares da Santa Casa da Misericórdia e de IPSS	281
8.6.3. A situação atual: aspetos transversais na agenda de preocupações e soluções preconizadas em lares da Santa Casa da Misericórdia e de IPSS	282
8.6.4. Soluções preconizadas para garantir a sustentabilidade das instituições	285
8.7. Amostra das contas anuais das IPSS	293
8.8. Custos das valências da 3ª idade	296
Anexo 8.1: Distribuição geográfica das instituições.....	302
Anexo 8.2: Instituições da amostra	309

9. Modelos Futuros de Respostas Sociais numa Perspectiva de Inovação Social	311
9.1. Comparação de modelos europeus de cuidados a idosos e casos de boas práticas	311
9.1.1. Alguns modelos europeus de cuidados a idosos.....	311
9.1.2. Tendências dos modelos de cuidados a idosos.....	319
9.1.3. Boas práticas – alguns projetos relevantes	321
Luxemburgo.....	322
Alemanha.....	323
Práticas inovadoras.....	325
Itália	326
Práticas inovadoras.....	326
9.2. A massificação das TIC.....	328
9.2.1. Situação em alguns países da UE e da OCDE.....	329
9.2.2. As TIC como resposta ao modelo português.....	330
9.3. O papel das parcerias e da sociedade civil.....	332
9.3.1. As parcerias e o seu papel na transformação social	332
9.3.2. Exemplos de parcerias e suas potencialidades	334
9.4. Novos modelos de cuidados a idosos e principais desafios.....	336
9.5. Conclusões.....	339

Bibliografia.....	341

Índice dos Quadros

Quadro 1. 1: O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica	34
Quadro 1. 2: Esperança média de vida.....	38
Quadro 1. 3: Esperança média de vida à nascença	39
Quadro 1. 4: Estrutura da População Portuguesa.....	39
Quadro 1. 5: Projeções da população, Portugal 2060 – cenário central.....	41
Quadro 1. 6: Peso dos grupos etários no total da População (em %)	42
Quadro 1. 7: Rácios de Dependência em Portugal (%).....	42
Quadro 1. 8: Famílias clássicas, Portugal e regiões em 2001 e 2011	45
Quadro 1. 9: Dimensão média das famílias	47
Quadro 1. 10: N° de Famílias Clássicas	47
Quadro 1. 11: Famílias do grupo etário 75 + anos nos vários cenários em 2050	49
Quadro 1. 12: Principais variáveis do Europop2010 para Portugal.....	52
Quadro 1. 13: Hipóteses sobre o mercado de trabalho	53
Quadro 2. 1: População com 65+ anos, por condição perante o trabalho.....	56
Quadro 2. 2: Nível de voluntariado nos estados membros da UE	59
Quadro 2. 3: Dimensão económica do voluntariado.....	60
Quadro 2. 4: Respostas dos idosos sobre as atividades de lazer n, ...	61
Quadro 2. 5: Receitas totais geradas na economia portuguesa em 2005 em consequência do Programa Turismo Sénior, por tipo de produtos consumidos	67
Quadro 2. 6: Impacto das UTI na qualidade de vida	71
Quadro 2. 7: Número de Pensionistas e Reformados.....	72
Quadro 2. 8: Pensionistas - Rendimento por escalões	72
Quadro 2. 9: Pensionistas de Velhice da Segurança Social e Reformados da CGA por escalões da pensão (euros/mês) - 2011	73
Quadro 2. 10: Taxa de risco de pobreza após transferências sociais, segundo o sexo e o grupo etário	75
Quadro 2. 11: Taxa de risco de pobreza segundo a condição perante o trabalho e composição do agregado familiar, Portugal, 2010 (%)	75
Quadro 2. 12: Despesa anual média por composição do agregado familiar 2010/2011.....	76
Quadro 2. 13: Estrutura das despesas dos idosos – 2010/2011.....	77
Quadro 2. 14: Índices de carência.....	80
Quadro 3. 1: População com 65 ou mais anos a viver só.....	90
Quadro 3. 2: População em 1 de Janeiro de 2010 nos Países da União Europeia	92
Quadro 3. 3: Segmentação da população com 65 e mais anos em 2009.....	93
Quadro 3. 4: Correlação entre bem-estar e de participação social.....	94
Quadro 3. 5: Percentagem da População Idosa que vive sozinha ou com outros idosos - 2011	97
Quadro 3. 6: Distribuição dos idosos segundo a segmentação em algumas regiões do país- 2011...	98
Quadro 3. 7: Freguesias do Concelho de Lisboa - segmentação da população idosa.....	99

Quadro 3. 8: Alojamentos habitados por pessoas idosas vivendo sozinhas nos quinze municípios mais populosos do país – 2011	101
Quadro 3. 9: Valor da Pensão	111
Quadro 3. 10: Principais problemas de saúde dos idosos	117
Quadro 3. 11: População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário	118
Quadro 3. 12: Percentagem da população com 65-74 anos e 75 + anos com dificuldades nas atividades da vida diária, 2009	123
Quadro 3. 13: População com 65 + anos com cuidados continuados (2009, %)	124
Quadro 3. 14: População dificuldades por classes de Quintil de rendimento (em %)	125
Quadro 3. 15: População dependente com necessidade de cuidados continuados e por tipo de dependência (%) - 2007	127
Quadro 3. 16: Percentagem de respondentes que referiram a necessidade de ajuda para o(s) dependente(s), segundo o agente prestador de cuidados informais/ajuda (%)	128
Quadro 3. 17: Percentagem de respondentes com um familiar direto “internado” segundo o motivo	128
Quadro 3. 18: População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário (%)	129
Quadro 3. 19: População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração (%)	130
Quadro 3. 20: População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração -1998/99 (%)	130
Quadro 3. 21: População residente com 15 ou mais anos de idade, por auto-apreciação da qualidade de vida, sexo e grupo etário - Portugal 2005/2006 (%)	131
Quadro 3. 22: Nº de pessoas independentes/dependentes na realização das AVD e/ou pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do índice independência/ dependência (IID)	132
Quadro 3. 23: Características da amostra	133
Quadro 3. 24: Indivíduos com 65+ anos com incapacidade de mobilização (%)	134
Quadro 3. 25: Estimativas do número de «acamados», «sempre sentados» e «necessitam de ajuda para AVD» existentes na população de idade ≥65 anos, em Portugal Continental e em cada uma das Regiões de Saúde	135
Quadro 3. 26: Distribuição da amostra por escalões de idades (%)	136
Quadro 3. 27: Idosos, isolamento e lares (%)	136
 Quadro 4. 1: Imagens da Velhice e do Envelhecimento	 148
Quadro 4. 2: Idosos e família e sua contribuição para a atividade económica	159
Quadro 4. 3: Idosos no contexto de trabalho	160
Quadro 4. 4: Idosos e idade da reforma	161
Quadro 4. 5: Os idosos na UE e a satisfação na vida	163
Quadro 4. 6: Os idosos e a aceitação pela sociedade	164
Quadro 4. 7: Os idosos e a sua participação na sociedade	166

Quadro 5. 1: Impacto no Saldo do Subsistema Previdencial - Diferença em p.p. do PIB face ao Cenário Base.....	186
Quadro 5. 2: Impacto das novas regras da Segurança Social no défice dos sistemas de pensões (% do PIB).....	187
Quadro 5. 3: Pensionistas (sistemas públicos, em milhares)	188
Quadro 5. 4: Despesa pública em Pensões em % do PIB).....	189
Quadro 5. 5: Despesa em Saúde (em % do PIB) – cenário de referência do AWG*	189
Quadro 5. 6: N° de dependentes em Portugal (milhares) - cenário de referência do AWG.....	190
Quadro 5. 7: Despesa em Cuidados continuados (sistemas públicos, em % do PIB) - cenário de referência do AWG.....	191
Quadro 5. 8: Despesa em Cuidados continuados em % do PIB – aumento de 1% de dependentes do cuidador informal para o RNCCI	192
Quadro 5. 9: Configurações da Incerteza Geracional	194
Quadro 5. 10: Principais impactos positivos do consumo do envelhecimento - sectores.....	199
Quadro 5. 11: Principais impactos negativos do consumo do envelhecimento - setores.....	200
 Quadro 6. 1: Distribuição geográfica das IPSS, 2009.....	206
Quadro 6. 2: Número de respostas sociais por modalidade e respectiva capacidade	211
Quadro 6. 3: Acordos celebrados por tipo de entidades	216
Quadro 6. 4: Evolução 2010 -2011 das entidades prestadoras	216
Quadro 6. 5: Cobertura populacional, por regiões	217
Quadro 6. 6: Cobertura População	218
Quadro 6. 7: Agrupamentos Profissionais entre 1990 e 2008.....	219
 Quadro 7. 1: População alvo das infraestruturas de apoio social.....	240
Quadro 7. 2: Recursos humanos – Lares 2020-2050	240
Quadro 7. 3: Variação do emprego nos Lares.....	241
Quadro 7. 4: Recursos humanos – Centros de dia, 2020 e 2050.....	241
Quadro 7. 5: Necessidades de emprego nos Centros de dia, 2020-2050	242
Quadro 7. 6: Recursos humanos de Serviços de apoio domiciliário, 2011- 2020 - 2050.....	243
Quadro 7. 7: Variação do emprego nos Serviços de apoio domiciliário.....	243
Quadro 7. 8: Recursos humanos Residências, 2020- 2050	244
Quadro 7. 9: Número de equipamentos no período 2011-2020-2050.....	245
Quadro 7. 10: Estrutura dos equipamentos das respostas sociais para 2011-2020-2050	245
Quadro 7. 11: Volume de emprego por respostas sociais para 2011- 2015 -2050	247
Quadro 7. 12: Estrutura do emprego por resposta social para 2011, 2020 e 2050	247
Quadro 7. 13: Previsão das necessidades de recursos humanos RNCCI, em 2020	249
Quadro 7. 14: Previsão das necessidades de RH na RNCCI em 2020 – Hipótese Alta	250
Quadro 7. 15: Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para Portugal 2010-2030	253
Quadro 7. 16: Oferta formativa por domínio de acção social/area de apoio a pessoas idosas	257
 Quadro 8. 1: Peso das principais atividades das ISFL (%)	268
Quadro 8. 2: Indicadores das principais atividades das ISFL	268

Quadro 8. 3: Peso das principais atividades das ISFL na economia (%).....	269
Quadro 8. 4: Fontes do financiamento das ISFL	270
Quadro 8. 5: Transferências da Segurança Social, do SNS e despesa fiscal em IVA das IPSS (% do PIB).....	272
Quadro 8. 6: Transferências dos Municípios para as ISFL e Famílias	273
Quadro 8. 7: Despesa das Valências da 3ª idade (2010).....	273
Quadro 8. 8: Aspetos comuns nas preocupações sobre a sustentabilidade das instituições e respostas adotadas/em curso em Lares da Santa Casa da Misericórdia e lares de IPSS.....	284
Quadro 8. 9: Soluções em curso/preconizadas para garantir a sustentabilidade em Lares da Santa Casa da Misericórdia e lares de IPSS	290
Quadro 8. 10: Indicadores financeiros das IPSS.....	294
Quadro 8. 11: Indicadores financeiros das IPSS (2009)	295
Quadro 8. 12: Indicadores financeiros das IPSS (2010)	295
Quadro 8. 13: Indicadores financeiros das IPSS (2011)	295
Quadro 8. 14: Indicadores da valência SAD.....	296
Quadro 8. 15: Estatísticas descritivas para o SAD (euros)	297
Quadro 8. 16: Indicadores da valência Lar	297
Quadro 8. 17: Indicadores da valência Centro de dia	298
Quadro 8. 18: Custo médio operacional e comparticipação médias dos utentes e da Segurança Social (2003) – em euros	298
Quadro 8. 19: Estimativas dos serviços de apoio domiciliário no mercado privado	299
 Quadro 9. 1: Tipos de serviços sociais por país (% total de beneficiários)	 320

Índice de Gráficos

Gráfico 1. 1: Envelhecimento ativo na ótica do ciclo de vida	36
Gráfico 1. 2: Estimativas e projeções da população residente em Portugal 1980-2060 (INE).....	41
Gráfico 1. 3: Número de pessoas em Famílias Unipessoais, por Grupo Etário.....	49
Gráfico 2. 1: População empregada com 65 e mais anos.....	55
Gráfico 2. 2: Pensionistas de velhice com mais de 65 anos segundo condição perante o trabalho ...	56
Gráfico 2. 3: Pensionistas ativos segundo o modo de trabalho.....	57
Gráfico 2. 4: Processo dos voluntários chegarem às instituições	59
Gráfico 2. 5: Prestações médias mensais das pensões por distritos	73
Gráfico 2. 6: Satisfação com a vida familiar.....	79
Gráfico 2. 7: Potenciais benefícios dos programas de turismo social para os participantes.....	83
Gráfico 2. 8: Contributos dos Programas de Turismo Social para ultrapassar períodos de recessão económica.....	85
Gráfico 2. 9: Número médio de noites por viagem.....	85
Gráfico 2. 10: Média de despesas por viagem	86
Gráfico 3. 1: Isolamento social, em % do total da População, 2006	95
Gráfico 3. 2: Pessoas sem amigos, por grupo etário, em % do total da População, 2006	95
Gráfico 3. 3: Pessoas sem ajuda, por grupo etário, em % do total da População, 2006	96
Gráfico 3. 4: Distribuição Percentual dos Utentes dos Lares por motivo de ingresso.....	100
Gráfico 3. 5: Distribuição por Distrito N.º Idosos Isolados/ em situação isolamento	105
Gráfico 3. 6: Idosos com necessidades de Apoio.....	105
Gráfico 3. 7: Estrutura da população idosa - Isolados e Sozinhos.....	106
Gráfico 3. 8: Género das pessoas idosa isolada/ em situação de isolamento.....	110
Gráfico 3. 9: Nível de Escolaridade da pessoa idosa isolada/em situação de isolamento	111
Gráfico 3. 10: Tipo de transporte utilizado nas deslocações.....	112
Gráfico 3. 11: A quem recorre quando necessita de apoio	112
Gráfico 3. 12: Condições Habitacionais	113
Gráfico 4. 1: Idosos - fardo para a sociedade.....	143
Gráfico 4. 2: Idosos - postos trabalhos para jovens	144
Gráfico 4. 3: Idosos - decisões políticas sobre os jovens.....	145
Gráfico 4. 4: Jovens e Idosos - produtividade empresarial	145
Gráfico 4. 5: Conflito de gerações - visão dos <i>media</i>	146
Gráfico 4. 6: Discriminação devido à idade.....	166
Gráfico 5. 1: Projeção das despesas de cuidados intensivos em 2050 (% do PIB).....	192
Gráfico 6. 1: Inserção local das IPSS.....	207
Gráfico 6. 2: Equipamentos das entidades lucrativas e não lucrativas	209

Gráfico 6. 3: Evolução das entidades proprietárias segundo a natureza jurídica.....	209
Gráfico 6. 4: Respostas sociais por população alvo.....	210
Gráfico 6. 5: Evolução das respostas sociais para pessoas idosas 1998-2010.....	211
Gráfico 6. 6: Capacidade das respostas sociais.....	212
Gráfico 6. 7: Capacidade das respostas sociais por numero das mesmas	212
Gráfico 6. 8: Evolução do nº de camas por 100 000 habitantes de 65 e mais anos	218
Gráfico 6. 9: Nº de profissionais de saúde do RNCCI.....	220
Gráfico 6. 10: Distribuição dos trabalhadores das IPSS por antiguidade	221
Gráfico 6. 11: Nível de qualificação dos trabalhadores	221
Gráfico 7. 1: Necessidades em Recursos Humanos das respostas sociais - H1.....	246
Gráfico 7. 2: Necessidades de recursos humanos das respostas sociais – H2	246
Gráfico 7. 3: Variação total das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 para Portugal.....	254
Gráfico 7. 4: Perfil de Governação e Liderança.....	263
Gráfico 7. 5: Perfil dos Cuidadores e Prestadores	263
Gráfico 7. 6: Perfil dos Promotores e Empreendedores Sociais	264
Gráfico 8. 1: Subsídios em % das Receitas.....	296
Gráfico 9. 1: Percentagem da população com idade entre 65+ e 80+, da OCDE e países da UE - 1960-2050.....	311
Gráfico 9. 2: Influências sobre a oferta e a procura de cuidados domiciliários.....	312

Nota de Agradecimento

A Equipa do UCP/ CEPCEP que levou a cabo este estudo apresenta o seu reconhecimento e agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a sua realização, nomeadamente: GNR – O Comando Geral, em particular, o Sr. Tenente Coronel de Infantaria António Ribeiro Júlio e o Sr. Major de Infantaria Rogério Magro Copeto; SCM Avis – Provedor Francisco Duarte Pinheiro; SCM Alcácer dos Sal – Provedor Fernando Molha dos Reis; SCM Chaves – Provedor João Paulo Abreu; SCM Melgaço – Provedor António Alves Lima e Directora Margarida Cunha; aos Provedores e/ responsáveis dos Lares das SCM de Alcochete, Almada, Amadora, Cascais, Torres Vedras e Vila Franca de Xira; Associação de Bem Estar de Santa Cruz – Directora Luzia Nunes; Associação Humanitária D. Ana Pacheco (Sabóia) - Directora Isabel Mendes; Associação de Serviço e Apoio Social - ASAS - Dr.^a Alexandra Mestre e CS S. J. Arroios - Dr. Pedro Raul Cardos, e aos responsáveis das Caritas Paroquial do Vilar (Cadaval), Centro Paroquial Nossa Senhora Virtuosa (Alenquer), Centro de Bem Estar Social de Queluz (Queluz), Associação de Solidariedade e Apoio Social do Pessoal da TAP (Sintra), Lar Neide Neves (Lisboa) e Fundação Cardeal Cerejeira (Sintra), em virtude de toda a disponibilidade verificada para terem recebido e trabalhado com os peritos desta organização, transmitindo os seus conhecimentos e experiência, não obstante os seus muitos afazeres.

Agradece também reconhecido, o CEPCEP a todos os utentes e familiares inquiridos no decurso dos Estudos de Caso e aos participantes dos dois Focus Groups, o que permitiu uma muito melhor perceção da realidade e do dia-a-dia da população idosa. A Equipa do estudo agradece aos Srs. Dr. Carlos Liz e Dra. Gabriela Correia, da Ipsos-Apeme, pelos contributos para o projeto.

Sumário Executivo

A. Síntese de Conclusões

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história.

Os impactos decorrentes do envelhecimento nas políticas sociais foram identificados pelas autoridades com responsabilidades públicas, quer internacionais quer nacionais. Propostas de Ação na UE como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações constituem importantes pontos de referência para a formulação de estratégias nacionais enquadradoras das políticas sociais e das políticas da saúde. Em Portugal, estas estratégias estruturais devem ter em conta as restrições conjunturais decorrentes da aplicação do Programa de Assistência Financeira bem como os respetivos efeitos nos rendimentos das famílias, afetando, assim, também as populações mais idosas (direta ou indiretamente). De facto, a compatibilização entre a prioridade da sustentabilidade financeira do País e as crescentes necessidades de largas camadas de idosos constitui uma preocupação política da primeira importância.

Destacam-se como prioridades de intervenção das políticas públicas na esfera do envelhecimento ativo: (i) a relação entre pobreza e saúde; (ii) o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento; (iii) a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades; e (iv) a proteção social. O consenso expresso na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) realizada em 2002, em Madrid, sob o tema “Sociedade para Todas as Idades”, continua a ser relevante sobre esta problemática:

“Reconhecemos a necessidade de se conseguir progressivamente a plena realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do máximo possível de saúde física e mental. O objetivo social de alcançar o grau mais alto possível de saúde é de suma importância em todo o mundo e, para que se torne realidade, é preciso adotar medidas em muitos setores sociais e económicos, fora do setor da saúde.

Comprometemo-nos a proporcionar aos idosos acesso universal e igualitário aos cuidados médicos e aos serviços de saúde física e mental. As crescentes necessidades do

processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios. Promoveremos a independência, a capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade.

Reconhecemos a contribuição dos idosos ao desenvolvimento no desempenho de seu papel como guardiões”¹.

Nesta Assembleia, foi também aprovado o Plano Internacional de Ação do Envelhecimento que apontava para três prioridades (ver Relatório referido na nota de pé de página nº1):

- os idosos e o processo de desenvolvimento;
- a promoção da saúde, do apoio social e do bem-estar para todo o ciclo da vida; a criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família; e
- a comunidade como base para um envelhecimento seguro.

Neste Plano de Ação encontram-se, ainda, propostas de políticas tais como²: “i) melhorar o nível dos rendimentos dos idosos e a sua participação no mundo do trabalho, remunerado ou não-remunerado; (ii) incentivar e reconhecer a participação dos idosos na vida cultural e social; (iii) promover a participação dos idosos nos processos de decisão política a todos os níveis; (iv) garantir acesso ao conhecimento, educação e capacitação especialmente em termos da sociedade de informação; (v) fomentar a saúde e o bem estar dos idosos”.

A ênfase dada pela AME no sentido de todas as pessoas poderem desfrutar duma vida saudável, física e mental, em especial em termos de autonomia, independência, capacitação e participação dos idosos na vida social, aponta para a importância de formular ofertas/respostas às necessidades dos diferentes grupos de idosos, em vez de políticas que consideram os idosos como um grupo homogêneo.

A flexibilidade das respostas sociais (e das instituições e agentes na área social) não é incompatível com a implementação de mecanismos centralizados, muito exigentes na gestão, auditoria, complexidade organizacional (e multiplicação de serviços), uma solução genericamente conhecida nos países nórdicos. Um outro modelo possível baseia-se na descentralização dos prestadores

¹ Artigo 14º da Declaração Política da 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, reunida em Madrid, 2002 e convocada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999 (disponível em http://www.c-fam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf).

² Ver Silva (2011, p. 27).

através das instituições locais, no contexto de serviços de proximidade, respeitando as suas ligações, conhecimentos e adaptabilidade, potenciando os escassos recursos disponibilizados para se atingirem os objetivos acima mencionados duma forma mais eficiente e eficaz. Por outro lado, para prevenir o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, é necessário manter os idosos no seu domicílio, contribuindo para a sua qualidade de vida, e envolver a família na prestação de cuidados ao seu idoso, criando-se uma resposta mais económica a nível de política social e mais humana no que respeita ao enquadramento natural do idoso.

Em matéria de ação social e atuando numa lógica de proximidade, foram desenvolvidas modalidades flexíveis de intervenção, designadamente através duma rede de serviços e equipamentos sociais, orientada para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, mesmo daquelas que se encontram em situação de dependência. Neste âmbito, são de realçar as respostas³ como: serviço de apoio domiciliário, centro dia, centro de convívio e, mais recentemente, o centro de noite, enquanto alternativas à institucionalização e respostas às situações de isolamento, de solidão e de insegurança. A melhoria das infraestruturas de saúde tem sido notável, melhorando significativamente os serviços procurados pelas populações, em particular, pelos idosos; subsistem, no entanto, barreiras ao fácil acesso de pessoas idosas nalguns Centros de Saúde, nomeadamente, estrutura física inadequada; falta de estacionamento e de estacionamento gratuito.

As questões centrais da presente investigação podem ser sintetizadas nos quatro pontos seguintes:

- (i) Aprofundar a avaliação da magnitude do impacto do envelhecimento português - na base dos estudos publicados por entidades oficiais portuguesas e internacionais, v.g., Comissão Europeia e INE – investigações produzidas sobre as necessidades concretas dos diferentes grupos de idosos nas áreas da saúde e do apoio social. Ver Cap. 1, 3 e 5.
- (ii) Identificar alternativas na provisão de serviços pessoais e de proximidade, direcionados para os cuidados domiciliários, nomeadamente os de longa duração e recorrendo às novas tecnologias de informação e comunicação⁴, tendo em conta as experiências em outros Estados Membros (EM) e noutros países. Serão investigadas as tipologias de segmentação da nova procura de serviços por forma a inspirar formas diversificadas e mais personalizadas de resposta por parte dos prestadores de cuidados aos idosos. Ver Cap. 6 e 7.

³ Através da celebração de acordos de cooperação com as instituições particulares de solidariedade social, no sentido da expansão, diversificação e qualificação da rede nacional de serviços e equipamentos sociais de apoio às pessoas idosas e respetivas famílias, v.g. Programa de Apoio Integrado (PAII), Regime de incentivo às Microempresas (RIME).

⁴ Complementados por diferentes formas de institucionalização quer ao nível dos serviços de saúde quer do apoio social.

- (iii) Elencar as respostas sociais mais inovadoras, efetivas e eficientes na provisão de serviços bem como os apoios numa lógica de inovação social, investigando os resultados dos estudos existentes e, ainda, conduzindo um conjunto de investigações (estudos de caso) junto dos idosos, familiares de idosos, prestadores de serviços aos idosos (saúde e apoio social) e *focus groups* com peritos nas questões do envelhecimento em Portugal. Ver Cap. 6, 7 e 9.
- (iv) Apurar o impacto potencial positivo de criação de emprego e de novas competências na prestação de serviços aos idosos, nomeadamente através da realização duma investigação sobre competências *soft* específicas para serviços desta natureza. Ver Cap. 7.
- (v) Avaliar a sustentabilidade das instituições prestadoras de serviços aos idosos. Ver Cap. 8.

O presente estudo é um contributo para o Parecer, de iniciativa do Conselho Económico e Social, relativo às “Consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do aumento da população idosa”. De acordo com o caderno de encargos do presente estudo, “A prioridade desta temática reside no facto do envelhecimento da população constituir um dos mais importantes desafios económicos, financeiros e sociais que enfrentam atualmente os países da UE. De facto, o aumento da esperança média de vida, associado à diminuição das taxas de fertilidade, conduzirá os países europeus a enfrentar, nas próximas décadas, um aumento considerável da proporção das pessoas mais idosas no conjunto da população, a par dum largo declínio do peso da população trabalhadora. A UE passará de uma situação em que tinha 4 pessoas em idade ativa por cada pessoa com idade acima dos 65 anos para um rácio de apenas duas pessoas em idade ativa para cada uma acima dos 65 anos. O decréscimo da força de trabalho representará também uma diminuição do crescimento económico potencial, ao mesmo tempo que aumentará, com base nas atuais políticas, a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde e cuidados a longo prazo. O envelhecimento constituirá uma pressão substancial nas finanças públicas, nos sistemas de segurança social, nos mercados de trabalho e em várias outras áreas de política pública. Por tudo isto, o envelhecimento da população constitui, em simultâneo, um desafio e uma oportunidade, se as vidas mais longas e saudáveis coincidirem com o prolongamento da vida ativa. Porém, para que o prolongamento da vida ativa seja atrativo e compensador para os trabalhadores mais idosos, deverão ser adotadas medidas, tanto do lado da oferta como do lado da procura, numa lógica de cooperação entre governo, empregadores, sindicatos e sociedade civil. Com efeito, são necessárias políticas e reformas de modo a assegurar que os mais idosos tenham acesso a pensões adequadas e a cuidados de saúde, sem constituírem um peso insustentável para as gerações futuras.”

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida, na ótica do bem estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, a vizinhança e a economia. Engloba, por exemplo, não só a doença e o respetivo tratamento mas também o desenvolvimento satisfatório das aspirações psicológicas, cognitivas e sociais. Por exemplo, a procura de sentido para a vida ou a prossecução de uma vida com sentido é uma variável cognitivo-afectivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida psicológica. Assim, na perspetiva da OMS, a qualidade de vida inclui “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Os desafios do envelhecimento ativo em Portugal são intensificados pela percepção social do idoso constituir um fardo para a sociedade. A glorificação da juventude, o desinteresse pela experiência e sabedoria dos idosos e a saliência do “*instant gratification*” de muitos e, sobretudo, da comunicação social, constituem forças poderosas conservadoras, bloqueando as mudanças ao nível cultural e político, necessárias para o reforço duma sociedade coesa, justa e solidária. Recusar os contributos dos muitos idosos, a todos os níveis, constitui um erro extravagante e de custo social, económico e financeiro elevado, num período de crise e num contexto europeu muito difícil, senão imprevisível.

As melhores respostas aos principais desafios do envelhecimento devem incluir os *apports* dos diferentes *stakeholders*, refletindo a determinação dos decisores políticos, a imaginação das principais instituições de intervenção, combinando a inteligência questionadora dos mais jovens com a inteligência madura e experiência das pessoas de meia-idade e integrando, ainda, a inteligência prudente e a sabedoria das pessoas idosas.

Uma reflexão que nos parece importante enfatizar é a identificação do desafio central (e daí a oportunidade) do atual processo de envelhecimento. O Cap. 4 investiga a percepção dos idosos na sociedade portuguesa, nomeadamente os estereótipos, mitos e imagens negativas existentes e repetidas pela comunicação social. Os dados disponíveis, quer do Eurobarómetro quer de vários estudos sobre esta temática, indicam um potencial negativo de menor entendimento entre as gerações. A discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com pessoas idosas e/ou difundidos através dos meios de

comunicação não deve ser aceite. As imagens negativas do idoso influenciam a adoção de políticas de ativação e, se os idosos se tornarem “marginais”, objetos de condescendência, será muito difícil realizar os progressos tendentes a uma sociedade coesa, social e politicamente. Por esta razão, a recomendação de Cerqueira (2010) para a comunicação social adotar uma imagem positiva do envelhecimento parece ser de grande interesse e oportunidade.

A AME reconheceu a importância do papel da comunicação social no envelhecimento bem sucedido: “b) Encorajar os meios de comunicação a promover imagens em que se destaquem a sabedoria, os pontos fortes, as contribuições e o valor inventivo das mulheres e dos homens de idade, incluindo as pessoas com deficiências; (...) d) Encorajar os meios de comunicação a transcender a apresentação de estereótipos e a revelar a plena diversidade da humanidade; e) Reconhecer que os meios de comunicação são precursores da mudança e podem actuar como factores orientadores na promoção do papel que corresponde às pessoas de idade nas estratégias de desenvolvimento, inclusive das zonas rurais; f) Divulgar os contributos das mulheres e dos homens de idade apresentando as suas actividades e preocupações nos meios de comunicação; g) Encorajar os meios de comunicação e os sectores público e privado a evitar a discriminação no emprego por razões etárias e a apresentar imagens positivas das pessoas de idade; h) Promover uma imagem positiva dos contributos das mulheres idosas a fim de aumentar a sua autoestima” (p. 43)⁵.

O estudo de Cerqueira (2010, pp. 339-340) indica que: “Desde televisão (séries, concursos), jornais (reportagens, banda desenhada), rádio, às várias formas de arte (cinema, teatro, dança, pintura, escultura, literatura...), a referência a personagens idosas é feita no sentido depreciativo, retratando-as como tendo um problema de saúde que as debilita, de algum modo dependentes e pouco competentes” (...) “Nas séries, as personagens idosas tendem a apresentar vulnerabilidades, em particular do foro físico (com alguma doença) ou sensorial (ouvir ou ver mal). Poder-se-ia passar outra mensagem, retratando as pessoas idosas como indivíduos que têm as suas especificidades, como outros quaisquer... No caso dos jornais, a inclusão em suplementos de reportagens sobre o processo de envelhecimento (e não somente com vista a promover um dos aspectos da velhice, como a ‘nostalgia dos tempos idos’ ou ‘a pílula da juventude’), com testemunhos vários, seria também interessante. Também a rádio poderia promover as imagens mais positivas da velhice e chamar à atenção para a importância da preparação dum envelhecimento bem sucedido, através de programas que abordassem estes temas e onde as pessoas idosas pudessem passar o seu testemunho (e discussão aberta, por exemplo) aos ouvintes. Torna-se, portanto, importante humanizar a figura

⁵ Ver Silva (2011, p. 27).

da pessoa idosa pois é vista muitas vezes como alguém distante do quotidiano dos outros indivíduos. A consciencialização da sua contribuição passada e presente na sociedade, do seu papel na família e na rede social, da validade dos seus ganhos, perdas e preocupações pode ter lugar nos meios de comunicação social, com benefícios evidentes para todos.”

A satisfação na vida e a felicidade estão positivamente correlacionadas com a participação social, destacando-se como efeitos os contactos sociais regulares, seguidos pela ajuda prestada a outras pessoas e a participação em organizações voluntárias. Portugal encontra-se numa situação confortável em relação à maioria dos restantes países da Europa na medida em que apenas cerca de 2% da população de 65 e mais anos não tem contato com amigos, encontrando-se entre os cinco países com maiores relações de amizade para o grupo etário de 65 e mais anos.

- A situação de idosos a viverem sós, em Portugal, não é homogénea em todo o território apresentando diferenças significativas; as realidades são diferentes, consoante se trate de grandes centros urbanos, regiões urbanas ou rurais e, dentro dos grandes centros urbanos, se se considerarem bairros antigos, tradicionais ou novas zonas urbanas. Pode-se admitir que mais de 200 000 grandes idosos⁶ vivem sozinhos.

- O motivo principal para os idosos optarem pela solução lar respeita à insuficiência em gerir as necessidades diárias e à impossibilidade da família prestar os cuidados necessários.

Nos *focus groups* desenvolvidos neste estudo, confirma-se que os idosos se interessam pela informação e estão conscientes da alimentação saudável, exercício físico e interação social. As Universidades de Terceira Idade (UTI) constituem um desenvolvimento positivo da aprendizagem ao longo da vida (ALV); as coletividades e os responsáveis devem dar prioridade à educação dos idosos sobre os estilos de vida mais consentâneos com o envelhecimento saudável, em particular, a mobilidade (exercício físico regular) da população idosa urbana, a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; a promoção da auto-estima e da qualidade de vida; e o combate ao isolamento social⁷.

Quanto à sustentabilidade das IPSS, as entrevistas aprofundadas aos responsáveis das instituições contatadas (ver Cap. 8) mostram os seguintes comportamentos;

⁶ Pessoas com 80 ou mais anos de idade.

⁷ Em Silva (2010, p. 7), pode ler-se: “A transformação da sociedade, dos comportamentos e estilos de vida, obrigam cada vez mais, a um maior relacionamento entre os conceitos de educação e saúde. Grande parte dos problemas das pessoas, inclusive doenças, tem origem no foro emocional e estilos de vida, daí a importância de ter presente uma perspectiva holística da educação para a saúde. É fundamental uma abordagem global e particular do indivíduo, tendo em conta, e trabalhando todas as suas dimensões, no sentido de promover um equilíbrio biopsicosocial.”

- As entrevistas dão conta de processos de ajustamento, com destaque para uma maior agilidade das IPPS face às SCM, que incluem novas estratégias de aquisição e negociação de serviços, reformulações de modelos energéticos e de reciclagem, a par de algumas intenções de abertura ao meio, diversificando o mapa de *stakeholders* mais ativos, recorrendo a mecanismos de voluntariado ou alargando a base de clientes, para além do *core business*;
- Do lado das SCM, a ênfase está colocada na intenção de incorporar mais ativamente a fileira do sistema de saúde, captando doentes em fases mais avançadas de patologia e idade, entrando no aparentemente difuso mundo dos cuidados continuados ou paliativos. Esta opção centrada na doença faz uma evidente clivagem com a ideia de captar públicos mais novos por parte das IPSS - neste, como noutros casos, perspetiva-se o inconveniente de dispormos da única designação “lar” para necessidades e públicos tão distintos, acentuando-se a necessidade de operar uma efetiva segmentação no imenso universo de pessoas mais velhas.

O presente estudo contém duas partes. Os Capítulos 1 a 5 são dedicados às problemáticas: (i) do envelhecimento e do idoso, (ii) o idoso a viver só, (iii) a percepção e imagem do idoso, e (iv) a sustentabilidade financeira face ao envelhecimento. Os Capítulos 6 a 9 são dedicados às IPSS, serviços oferecidos, empregos induzidos pelo envelhecimento, sustentabilidade e inovações sociais. Os principais temas de investigação desenvolvidos neste estudo são:

“1. *Evolução demográfica previsível* – constante do Cap. 1, onde se encontram-se as projeções demográficas oficiais do INE e as projeções de famílias efetuadas por Moreira (2010).

2. *Necessidades da população idosa e programas de resposta* – identificadas nos Cap. 2 e 3. Estes capítulos apresentam a problemática do idoso isolado bem como os resultados de 2 “*focus groups*” e dos estudos de caso de idosos que vivem isolados geograficamente. O Cap. 6 contém estudos de caso sobre os apoios sociais desenvolvidos pelas IPSS de várias regiões do País bem como uma análise SWOT dos apoios sociais e dos serviços de saúde destas instituições.

3. *Análise sobre a previsão da evolução dos custos associados ao aumento da população idosa no que diz respeito aos serviços de saúde e de apoio social e sua compatibilização com a situação financeira do Estado e das famílias* – o Cap. 5 apresenta as projeções oficiais da Comissão Europeia sobre o impacto do envelhecimento nas finanças públicas, nomeadamente as pensões e as despesas em cuidados continuados; esse capítulo inclui, ainda, as estimativas sobre os impactos da reforma do regime das pensões de 2007; uma estimativa das transferências públicas, nomeadamente da Segurança Social para as IPSS encontra-se no Cap. 8. Este capítulo examina a questão da

sustentabilidade financeira das IPSS através de entrevistas aprofundadas aos dirigentes de 12 instituições e do cálculo de indicadores financeiros na base dos dados das contas anuais e da demonstração de resultados de 43 instituições, tendo sido possível apurar os custos por utente e outros aspetos financeiros das valências SAD, Lar e Centro de Dia. Apesar da paucidade dos dados, concluiu-se que os custos das IPSS na valência SAD são inferiores às dos serviços semelhantes fornecidos pelo sector privado.

4. *Análise sobre a criação de emprego potencial no âmbito da resposta às necessidades desta população* – o Cap. 7 apresenta as projeções relativas ao potencial de crescimento de emprego associado ao envelhecimento.

5. *Análise sobre as melhores práticas em termos de serviços de saúde e de apoio social à população idosa na União Europeia* – o Cap. 9 apresenta as boas práticas em termos de apoio social e de serviços de saúde, nomeadamente, os cuidados continuados em vários Estados Membros da UE.

6. *Recomendações relativamente à reorganização e coordenação dos serviços da administração pública e da economia social dirigidos a esta população bem como a definição de prioridades de atuação na sequência da análise prevista no ponto 3.*” A análise dos trabalhos de campo junto das instituições constitui uma base de reflexão sobre a necessidade de mais e melhor coordenação, potenciando as virtualidades das redes bem como vantagens das instituições, nomeadamente, a visibilidade, a ligação ao local (territorialização da intervenção), a aproximação aos utentes e às realidades locais, a promoção de comunicação entre as várias entidades, a disseminação de boas práticas, a capacidade de imaginação e de gestão do insignificante, a capacidade de gerar riqueza e emprego, o voluntariado e os não horários, a capacidade de estabelecimento de alianças estratégicas, a formação dos próprios profissionais que chegam ao terreno com conhecimentos generalistas sobre o social, ...

B. Propostas Estratégicas Finais

Celebramos neste Ano Europeu 2012 os idosos (os “maiores” na expressiva semântica castelhana) e, sobretudo, o envelhecimento ativo, isto é, uma nova primavera da vida outonal feita de utilidade social e de entrega pessoal a trabalhos de que só os mais sábios se deveriam encarregar. Será curioso lembrar a veneração helénica dos filósofos (amigos da sabedoria) pelos mais velhos e sábios, a quem deveria ser confiada a responsabilidade pela condução dos destinos do povo e pela efetivação do bem comum.

No termo dum intenso percurso de estudo que a equipa levou a cabo pensamos ser oportuno visitar algumas considerações estratégicas que se foram tornando claras ao longo das aquisições da investigação e que representam uma decantação de *insights* tácitos que escapam frequentemente ao bisturi analítico mais imediatista do estudioso e que, quantas vezes, se escondem por detrás da parafernália estatística e da profusão de dados empíricos que são recolhidos.

É esse o objetivo da brevíssima secção final com que concluímos o nosso relatório, na qual reunimos em torno de 4 eixos fundamentais as propostas e recomendações finais do estudo.

B.1. O incremento exponencial da população idosa em Portugal encontra-se amplamente documentado no presente estudo. Ele representa, indiscutivelmente, um problema social. Mas, acima de tudo, o aumento do peso da população idosa pode ser encarado como uma grande oportunidade social, cultural e económica. No plano social, trata-se de apostar nas instâncias criadoras de capital social e estreitar as condições propícias a uma maior coesão comunitária, designadamente na colaboração entre grupos de estratos etários diferentes. No plano cultural, importará favorecer o enriquecimento que resulta do diálogo entre culturas distintas por corresponderem a tempos diferentes e a códigos axiológicos distintos. No plano económico, apresentam-se enormes desafios: (i) na consolidação e (re)invenção de - velhos e novos - serviços aos idosos, mediante propostas de valor inovadoras e segmentadas por grupos-alvo, (ii) na procura de uma melhor e mais transparente eficiência e eficácia de respostas, e (iii) na emergência de novos figurinos de profissionais com os consequentes benefícios ao nível da criação de emprego, sobretudo de alta especialização e de proximidade.

A principal via para garantir um envelhecimento ativo - combater a crescente e inelutável dependência psíquica e física, e maximizar o bem-estar do idoso - consiste na adequada preparação pessoal para o período da idade avançada. Neste sentido, reputa-se da maior relevância estratégica o envolvimento do próprio, como ator principal e insubstituível, na compreensão das etapas de vida humana e na gestão das transições mais difíceis, designadamente a passagem à inatividade. Por consequência, as instituições competentes na prestação de serviços ganharão no investimento prioritário em valências de prevenção ao invés da mera ação assistencial, na formação para aquisição da sabedoria de vida, e na consciencialização dos fatores de bem-estar pessoal e relacional que acrescentam vida aos anos. Essa tarefa é tanto mais urgente e necessária quando se assiste a uma conquista sistemática de maior longevidade, a uma melhoria sensível nas condições de saúde da população sénior e à acumulação de evidência empírica sobre a viabilidade de minorar, ou mesmo reverter, patologias do foro neuropsiquiátrico que afetam uma proporção significativa do universo sob estudo. Dito doutro modo, as instituições e os técnicos especializados serão

convocados a desempenhar um papel cada vez mais relevante no adiamento da fase da vida idosa e da pessoa dependente, a qual, sem prejuízo de parâmetros objetivos de aferição do processo de senescência, se pode ver protelada muito para além da tradicional idade da reforma ou da norma etária correspondente ao momento de aposentação. Em resumo:

- As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações seniores e uma redução alarmante do peso da população ativa.
- A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados continuados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3.
- O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010.
- A população idosa tem, em geral, rendimentos inferiores ao da população empregada: a principal fonte de rendimento dos idosos é a pensão ou reforma; 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social tem uma pensão mensal inferior a 500 Euros e apenas 6% dos mesmos tem pensão superior a 1000 Euros. Nos reformados da Caixa Geral de Aposentações, 21% tem reformas abaixo dos 500 Euros, enquanto 50% tem reformas acima de 1000 Euros.
- Em Portugal, a população com 65 e mais anos, de acordo com a Eurostat apresentava, em 2009, uma taxa de risco de pobreza (condição considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1%, e bem acima da média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando na idade, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge os 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.
- A solidão, a falta de rendimentos e a inatividade constituem fatores de risco para os idosos, em termos de necessidades acrescidas de serviços de saúde e de bem estar. Até 2007, a população idosa tem uma taxa de participação relativamente elevada na atividade económica, após ter atingido a idade da reforma ou até mesmo após se ter reformado ou aposentado; nos últimos anos, com o início da crise de 2008, tem vindo a verificar-se uma quebra significativa no emprego de idosos. Os esforços da sociedade

civil na mobilização do voluntariado⁸ para a redução da solidão que afeta muitos idosos são altamente meritórios. A organização de bolsas de voluntários a nível da freguesia (coordenadas pelas Juntas ou Centros Sociais) poderia permitir contatos periódicos e ajuda, sempre que necessária e em tempo útil, aos idosos vivendo só.

- A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões.
- O isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo pelo que se procura através da prevenção e da articulação dos *stakeholders*, a identificação de situações de vulnerabilidade nesta população. Neste contexto, o Conselho Económico e Social (CES) deveria manifestar o seu inequívoco apreço às Autoridades de Segurança, PSP e GNR pelos esforços na identificação e acompanhamento desses casos, bem como na participação com as demais entidades para solucionar os casos mais difíceis, e encorajar essas entidades a prosseguir e a aprofundar a sua meritória atividade em prol dos idosos.
- O motivo principal para os idosos optarem pela solução do internamento em lar reside na insuficiência em gerir as necessidades diárias e na impossibilidade da família prestar os cuidados necessários.

B.2. O apoio continuado a famílias cuidadoras é o único caminho alternativo à institucionalização maciça de idosos avançados. Esta constitui a solução antropológica e socialmente dotada de maior densidade humana além de se apresentar também como a menos dispendiosa para recursos públicos escassos e sujeitos a custos de oportunidade elevados. Esta (re)orientação estratégica de fundo contraria o individualismo pós-moderno e a mentalidade consumista que propende a ignorar o valor da experiência e a marginalizar a presença dos idosos, relegando-os para um isolamento sem perspectivas de superação. O valor educativo das relações de troca intergeracional é hoje inquestionável. Vale a pena, neste apartado, invocar Robert Kegan, um dos mais notáveis psicólogos do desenvolvimento da contemporaneidade. Autor do célebre livro *The Evolving Self* (1982), em que propõe cinco estádios para o desenvolvimento humano – incorporativo, impulsivo, imperial, interpessoal e interindividual – Kegan, num artigo recente, contraria os pessimistas históricos que só detectam sintomas de declínio na humanidade, de geração para geração. O reputado académico e psicólogo diz que, bem pelo contrário, nunca a humanidade esteve tão perto de protagonizar um verdadeiro salto quântico de progresso. Para isso, bastaria, argumenta Kegan,

⁸ A participação de idosos nestas atividades seria um contributo para o envelhecimento ativo.

descobrir uma forma de transferir toda a experiência dos seniores para as novas gerações. Com efeito, segundo o autor, nunca o género humano dispôs de tanta experiência acumulada no seu seio, pelo simples facto de as pessoas viverem hoje mais tempo do que em qualquer outra época e de o fazerem com qualidade física e mental. Esta evolução biológica cria verdadeiras bibliotecas humanas à disposição dos mais jovens que, com elas, queiram aprender a viver e a aproveitar aquele *corpus* de sabedoria profunda que só os anos permitem acumular. E importa-nos relevar este importante facto empiricamente sustentado: só aprende verdadeiramente quem tem a possibilidade de ensinar algo a alguém. O sonho duma aprendizagem ao longo da vida para todos, e cada um, confunde-se assim com o repto de construir uma sociedade onde cada um assuma a humildade de aprender com todos os outros. Em suma:

- A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento.
- Portugal, segundo dados do Eurostat, aparece como o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária. Os idosos com necessidades de apoio nas AVD deverão aumentar com o envelhecimento da população; tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos deve ser correspondida por serviços descentralizados e personalizados, que são os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos seniores; os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (65+ anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas, sendo a maioria dos serviços prestada pelos cuidadores familiares.
- Em Portugal, os familiares (mulheres, pais, maridos, filhos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. A evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas mostra o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sós (cerca de 20% da população, de acordo com os Censos 2011) e o surgimento de novas formas de conjugalidade, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados se não se tomarem medidas de política que contrariem esta tendência.
- A Qualidade de Vida (QdV) está condicionada por fatores psicológicos, para além da saúde física, e da percepção do indivíduo sobre si próprio e a sua vida; as determinantes da qualidade de vida oscilam com o grupo de idade: enquanto para a população com mais de 75 anos a qualidade de vida tem muito a ver com doenças e suas consequências no plano

funcional, já para o grupo etário 65-74 anos, os seus problemas têm mais que ver com o respetivo enquadramento familiar e social.

- As Universidades Seniores, entidades com uma vertente académica, social e lúdica, são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, através de cursos de formação, visitas, oficinas, blogues, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os seniores se sentem úteis, ativos e participativos. Em Portugal, a partir dos anos 90, regista-se uma verdadeira explosão destas entidades, existindo 182 em 2012, com um número de alunos de 35 000 tendo-se tomado consciência do seu papel na qualidade de vida dos seniores e na concretização do princípio da aprendizagem ao longo da vida.
- A criação, nas escolas, de programas de voluntariado para jovens junto da população idosa afigura-se altamente recomendável, favorecendo a geração de imagens mais positivas do envelhecimento e da velhice, associando-lhe competência, independência e maturidade.

B.3. Portugal dispõe duma invejável malha de instituições de solidariedade social – privadas, públicas, associativas e fundacionais – às quais muito deve na cobertura efetiva de necessidades sociais e na mobilização do voluntariado e da filantropia nacionais. Estas instituições, multiseculares, independentemente da sua natureza, estão hoje muito vulneráveis pela sua dependência excessiva das transferências do Estado. Todavia, os estudos de caso desenvolvidos mostram que as instituições estão disponíveis para: (i) a adoção de estratégias e atividades inovadoras⁹, concorrendo com os privados, (ii) a diversificação das fontes de financiamento¹⁰, (iii) o estabelecimento de parcerias alargadas¹¹, (iv) o aumento da qualificação de técnicos e dirigentes através do desenvolvimento de ações de formação, e (v) o recurso ao voluntariado. A sustentabilidade, a longo prazo, das instituições passará por uma conjugação poderosa de esforços contemplando reformas nevrálgicas em dimensões diversas da sua atividade corrente, salientando-se:

- O estreitamento do trabalho entre milhares de instituições ativas no terreno, fomentando redes colaborativas e a formação de parcerias com empresas no âmbito da promoção da responsabilidade social, a criação de centrais de compras, a partilha de especialistas, ou seja, a tomada de medidas que suportem prontidão de respostas, sinergias de meios e otimização dos equipamentos e dos recursos humanos especializados.

⁹ A abertura das autoridades ao ajustamento dos critérios e limites de utentes nalgumas valências tem sido importante para aumentar potenciais receitas destas instituições.

¹⁰ Quintas agrícolas, prestação de novos e mais serviços, atividades recreativas, eventos, etc..

¹¹ Nomeadamente com empresas no âmbito da Responsabilidade Social.

- A melhoria da gestão das instituições mediante o recrutamento, a profissionalização e a formação de executivos com experiência comprovada e relevante.
- A generalização de práticas correntes de prestação de contas, de acordo com princípios de transparência financeira e de responsabilidade social. Ao nível da informação quantitativa das atividades das IPSS e dos apoios da Segurança Social e da Saúde, existe documentação oficial periódica (e.g., Carta Social, Contas da IGFF, Contas da ACS, entre outras fontes). Contudo, o ISS e a ACS devem publicar estudos periódicos sobre as atividades e os apoios concedidos às IPSS (e outras entidades lucrativas), com dados estatísticos desenvolvidos ao nível de NUT III, e informação sobre valências, dimensão (emprego) das IPSS, características socioeconómicas dos trabalhadores bem como dos utentes.
- O conhecimento mais rigoroso dos ativos que integram o vasto património das instituições e a (re)avaliação das respetivas rentabilidades económica e financeira.
- O incremento urgente das receitas próprias, com a consequente diminuição da dependência financeira dos subsídios estatais, mediante:
 - (i) uma diversificação de ofertas tendo em conta os segmentos de grupos-alvo com algum poder económico que estão localizados nos centros urbanos, onde as pensões médias são mais elevadas; a estruturação desses serviços numa lógica social, aliada a uma vertente de saúde e de reabilitação, permitirá, de forma mais eficaz, responder ao público-alvo mais exigente e afluente.
 - (ii) A possibilidade de exploração de novas prestações no mercado das populações de meia-idade e jovens idosos, tendo em mente a sua formação e preparação para as consequências irrenunciáveis da “passagem do tempo”.
 - (iii) O incentivo ao voluntariado como meio de acesso à atividade pelos idosos, divulgando conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida (Portugal encontra-se no grupo de países com uma percentagem “relativamente baixa” de voluntariado cuja contribuição para o PIB se situa abaixo de 1%).
 - (iv) Uma melhor atenção à “atividade lúdica” visto que esta constitui um dos fatores mais contribuintes para a melhoria da QdV da população idosa; o sector do turismo sénior é uma área com perspectivas de crescimento tendo em conta, nomeadamente, a tendência de crescimento do grupo da população de 65 e mais anos no total da população (note-se que em Portugal existem apenas 3 programas de turismo sénior).
 - (v) O reconhecimento da contribuição da saúde para a QdV, tanto para indivíduos como para populações, tornando-se necessária uma boa e efetiva articulação intersectorial bem como o envolvimento ativo da população-alvo.

(vi) A adopção de práticas avançadas de marketing social tendo por objetivo a modernização da imagem e das “marcas públicas” junto da comunicação social e a subida na cadeia de valor, por forma a alcançar zonas de “gama alta” de serviços prestados à comunidade.

(vii) Uma atenção mais aprofundada para o poderoso efeito alavancador das TIC para novas tipologias de diálogo intergeracional onde a geração Y seja levada a valorizar o intercâmbio de conhecimentos e de competências com uma geração X que continua, em larga medida, sedenta de novos saberes e aberta à partilha de “sageza experiencial”.

B.4. Ao Conselho Económico e Social (CES) cabe um papel nuclear na promoção duma nova mentalidade e, por consequência, no desenvolvimento de uma nova geração de programas, relativamente aos idosos. De entre outras inúmeras iniciativas que, no quadro da sua legítima iniciativa, cabe ao CES tomar, salientamos as cinco prioridades seguintes que são aqui seleccionadas pelo seu alcance eminentemente estratégico e multiplicador:

- Tendo em conta os custos sociais decorrentes do atual processo de ajustamento, e a eficiência comprovadamente superior de desempenho das IPSS, o CES deve recomendar ao Governo a necessidade de reforçar os recursos afetos às IPSS, de reforçar o apoio à família e o combate à pobreza, sobretudo dos idosos, de melhor coordenar os serviços públicos responsáveis pela qualidade das respostas às carências básicas dos idosos.
- Atendendo à importância superlativa do papel da comunicação social na formação dos estereótipos e na consolidação das representações sociais, deve o CES promover uma consciencialização dos *media* quanto à sua irrenunciável responsabilidade seja na erradicação de preconceitos discriminatórios, seja como motor de uma imagem positiva dos idosos, assim favorecendo a sua natural integração na vida comunitária bem como um envelhecimento saudável e ativo. Esta campanha deverá mobilizar organismos públicos e regulador, e estender-se a todos os meios de comunicação - tradicionais (analógicos), digitais ou híbridos. Deverá ainda compreender a totalidade da sua atividade: informação, debate, entretenimento, cultura, educação e formação, designadamente quanto à importância da preparação de um envelhecimento bem sucedido.
- Uma melhor coordenação entre serviços de saúde poderá reduzir custos, aperfeiçoar os resultados em saúde dos idosos e induzir a adoção de tecnologias de informação para melhor servir os idosos e grupos etários mais fragilizados, desde a marcação de consultas, circulação dos resultados dos exames/testes, as entrevistas perante juntas médicas, a

vigilância de situações de alto risco, ou a mobilização rápida de socorros de emergência. etc. Em termos mais específicos, o CES deve recomendar às autoridades (i) em cooperação com a entidade reguladora respetiva, o efetivo cumprimento por parte dos operadores de comunicações dos deveres de serviço público universal, visando uma total cobertura da população, independentemente da sua condição sócio-económica ou geográfica, no acesso a meios essenciais de comunicação, designadamente de natureza móvel e (ii) que as unidades de saúde da área assegurem uma coordenação local e efetiva com as demais entidades interessadas, responsáveis pela prestação de cuidados continuados integrados.

- Analogamente, o CES deverá recomendar uma atividade colaborativa estreita entre os serviços de saúde e de proteção social e, ainda, uma melhor articulação local entre entidades autárquicas, privadas e serviços desconcentrados do Estado, incluindo o incentivo à incorporação de uma forte utilização das TIC na consolidação de redes locais, garantes da prestação de serviços essenciais aos idosos.
- Espera-se ainda do CES o exercício de um magistério orientador na dinamização de três vectores tidos por fundamentais nos domínios vastos da Educação-Formação-Qualificação: (i) a generalização de ofertas atrativas de educação de adultos para populações tendencialmente idosas e idosas, cuja frequência é essencial a uma *aprendizagem vitalícia* como alavanca indispensável a um estilo de vida ativo e mentalmente saudável, (ii) a formação de base e avançada dos profissionais dos serviços de apoio social para melhoria permanente das suas competências-chave, e (iii) a sensibilização seminal e qualificação limiar de cuidadores informais (designadamente familiares).

1. Caracterização da População Portuguesa em Termos Demográficos Face ao seu Envelhecimento

1.1. Introdução

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários séniores e uma redução do peso da população jovem. As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução secular do peso da população ativa¹².

O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações¹³. Neste processo, observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (i.e., menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos).

O desenho das políticas de educação, sociais e de saúde e a respetiva governação devem ter em conta as projeções das necessidades da população em matéria de serviços sociais e de saúde, sendo necessário, portanto, um olhar atento relativamente às projeções demográficas para Portugal, tanto ao nível da intensidade do movimento populacional e das suas estruturas etária no médio e longo prazo como no plano das profundas alterações nas estruturas familiares no nosso país.

De acordo com a Estratégia Europeia 2020, adotada em Conselho Europeu de 8 de março de 2010, entre as três prioridades que foram aprovadas, considera-se relevante a do crescimento inclusivo¹⁴,

¹² Ver Quadro A.1 do anexo, reproduzindo informação do exercício Europop2010 do Eurostat. A atual crise e elevadas taxas de desemprego deverão ter contribuído para o reforço dos movimentos migratórios, observando-se fortes fluxos de emigração – em contraste com as hipóteses adotadas no referido exercício. Estes recentes desenvolvimentos deverão contribuir significativamente para um processo mais rápido do envelhecimento da sociedade portuguesa. i.e., os desafios do envelhecimento deverão ocorrer mais cedo e com maior intensidade.

¹³ De fato, a redução da mortalidade está associada ao aumento da esperança de vida das populações, reforçando assim o peso da população sénior num quadro de taxa de fertilidade baixa.

¹⁴ I.e., fomentar uma economia com níveis elevados de emprego que assegure a coesão social.

nomeadamente o objetivo duma taxa global de emprego de 75% para a população dos 20-64 anos e de (50%) para a população idosa com mais de 65 anos.

A CE recomenda que as políticas para fazer face ao desafio do envelhecimento terão que ter em conta a: (1) renovação demográfica; (2) emprego; (3) produtividade; (4) dinamismo produtivo da Europa; (5) acolhimento e integração efetiva de imigrantes; e (6) finanças públicas sustentáveis. O desenho das políticas para atingir as prioridades e os objetivos terá de ter em conta a evolução demográfica da população com todos os fenómenos a ela associados, nomeadamente, o envelhecimento da população nos EM. Em termos práticos, procura-se que cada vez um maior número de cidadãos idosos possa beneficiar duma vida mais ativa, saudável e participativa, o que representa sérios desafios às nossas sociedades e economias para atingir estes objetivos.

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. Os diferentes contextos mencionados, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento. Um aspeto relevante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlo da sua vida, constituindo uma voz ativa no seio da comunidade e família; por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico¹⁵.

Esta situação levanta a questão de saber quais são as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, sendo necessário equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspetiva de conciliação e de identificação das necessidades intrínsecas de cada sénior. Múltiplos princípios encontram-se em jogo, nomeadamente, a dignidade das pessoas, a subsidiariedade, a proximidade dos serviços à população alvo, a coesão social e local, a solidariedade e a economia. Uma vertente importante do envelhecimento é a evolução da família que, tradicionalmente, tem sido o *locus* de interajuda intergeracional - de facto, a família é uma

¹⁵ Ver Figueira (2010, pp. 7-9).

célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde se encontram, se interajudam e complementam. As projeções da família, sobretudo a unipessoal, serão apresentadas na secção 3.

Assim, dando sequência à presente Introdução, a 2ª secção será dedicada ao debate do conceito “idoso”, a 3ª apresenta as projeções demográficas do INE até 2050 e a 4ª apresenta as projeções das famílias até 2050.

1.2. Conceito de idoso e padrões de envelhecimento

Serrão (2006) propõe considerar o termo “Séniore” para os homens e as mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos, abrangendo em termos etários três décadas, dos 65 aos 95 anos. Existem ainda três subtipos de homens e mulheres:

- (i) Idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge “por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal” (Serrão, 2006, p. 132).
- (ii) Idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes.
- (iii) Idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos “agarrados ao falso slogan: não faço nada porque estou reformado” (Serrão, 2006, p. 132).

Estas classificações funcionais são úteis. No entanto, o conceito idoso tem sido objeto de longo debate. A definição do conceito de idoso acarreta dificuldades de delimitação da categoria, confrontando-se duas visões distintas. Uma representação descreve o idoso e a velhice de uma forma negativa, onde o idoso é encarado como um ser humano frágil em situação de “pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência” (Mauritti 2004, p.340). Nesta perspetiva, o percurso de vida de cada um, à medida que a idade avança, culmina fatalmente num quadro dantesco de exclusão e sofrimento. De acordo com Mauritti (2004, p.340), a segunda representação considera o idoso como um potencial “segmento específico de consumo”. Assim, a velhice é uma época de reflexão, de ócio, de dedicação às atividades como o “autoaperfeiçoamento”, que constituem elementos para o conceito de Envelhecimento Ativo¹⁶.

¹⁶ Esta secção constitui uma leitura dos autores dos trabalhos de Fonseca (2004) e (Pinto, 2009).

No contexto do novo paradigma do envelhecimento ativo, Osório e Pinto (2007, p. 216) apresentam no quadro seguinte uma comparação entre o paradigma do envelhecimento sobre a forma de se olhar o idoso no passado e o idoso de hoje e do futuro:

Quadro 1. 1: O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica

Perspetiva tradicional	Perspetiva do envelhecimento produtivo
Nilista	Esperançoso
Deterioração	Crescimento e desenvolvimento
Incapacidade	Saúde e bem-estar
Institucionalização e dependência	Autonomia, independência e interdependência
Forte resistência à mudança	Ajustamento à mudança
Incapaz de aprender	Estimulação intelectual
Preparação para a morte	Desfrutar o dia-a-dia
Vulnerabilidade/passividade	<i>Empowerment</i>
Qualidade de vida (uma dimensão)	Qualidade de vida (multidimensional)
Desapego social	Envolvimento social
Isolamento comunitário	Integração comunitária
Negação e fuga aos desafios	Enfrentar desafios
Necessidades, défices, perda de oportunidades	Força, habilidades, desejos, oportunidades
O passado e o que este poderia ter sido	O futuro e o que ele ainda poderá representar
O microambiente	O macroambiente
Comportamentos “apropriados à idade”	Comportamentos neutrais para a idade
Uso de um <i>stock</i> terapêutico	Melhoria terapêutica
Estilo de vida sedentária	Ativismo e atividade
Receber	Dar, prestar voluntariado, trocar

Fonte: Osório e Pinto (2007, p. 216)

De acordo com Fonseca (2004), parece ser vantajoso o recurso às seguintes “categorias” de idade defendidas por Birren e Cunningham (1985):

- *idade biológica*: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, importante na vertente saúde que afeta os indivíduos - o funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- *idade psicológica*: capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima;

- *idade sociocultural*: conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

A idade biológica constitui somente um indicador do processo de envelhecimento. De facto, as experiências e as vivências ao longo da vida de cada ser são importantes para compreender o comportamento humano (do(a) idoso(a)).

Segundo H. Orimo e N. Kamiva, no Japão, o termo *idoso* tem sido definido como uma idade cronológica de 65 anos ou mais. No entanto, no Japão moderno, onde a média de vida é de 80 anos ou mais, muitas vezes considera-se os 65 anos como idade não adequada para se ser considerado idoso. Face a esta situação, Orimo propõe-se reconstruir uma definição mais flexível do idoso com base em dados sobre múltiplos aspetos das ciências sociais, culturais e médicas, e tal pode ser um ponto de partida para a elaboração duma estratégia para uma sociedade em envelhecimento bem-sucedido¹⁷.

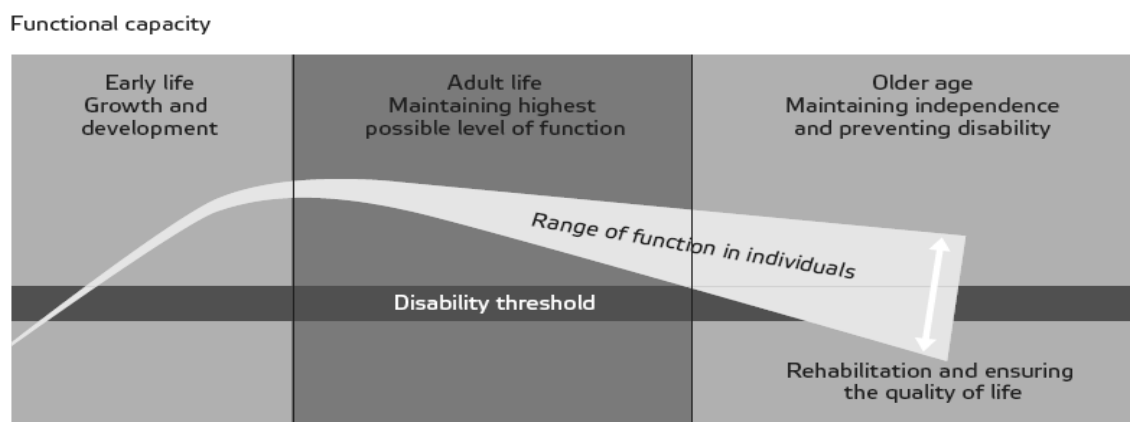
Para Gorman, “O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice” (2000, p. 7).

Por sua vez, Fernández-Ballesteros (2000) propôs a noção de *idade funcional*, tendo em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Uma das implicações deste conceito é a de que uma intervenção externa orientada para reforçar algumas das funções (competências dos idosos) pode permitir uma melhoria nas condições para um envelhecimento satisfatório – exemplo: informação sobre alimentação mais saudável. Fonseca (2004, p. 104) conclui que “se o objetivo for a manutenção da capacidade funcional ao longo dos últimos anos de

¹⁷ Entendido, de acordo com Cerqueira (2010, p. 174): “O envelhecimento será bem sucedido se o indivíduo mantiver um bom grau de satisfação com a vida, pelos relacionamentos, actividades e papéis que desempenha”.

vida, isto pressupõe, na linha do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, educar as pessoas a partir da meia-idade”¹⁸. O Gráfico seguinte sintetiza a ótica da idade funcional.

Gráfico 1. 1: Envelhecimento ativo na ótica do ciclo de vida



Fonte: Kalache and Kirkbusch, 1997, citado no SNIPH (2007).

As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis. Neste contexto, o idoso procura encontrar apoio na família, na vizinhança, nos amigos e nas instituições e a sua qualidade de vida depende das respostas que conseguir obter. “Maior segurança associa-se ao sentimento de maior esperança. Melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança. Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade” (Figueira, 2010, p. 57)

A sociedade está em mudança e, como aborda Aken (2009), a esperança de vida mudou consideravelmente em todo o mundo. Isto inclui não somente os países desenvolvidos como também os países mais pobres. Esse crescimento da esperança de vida aumenta a taxa da população com idade superior a 65 anos, mostrando que essa realidade está longe de ser invertida como sugere Aken (2009). Nesse sentido, a Gerontologia Social deve fomentar meios para que os idosos estejam capacitados a adaptarem-se ao novo conceito dum envelhecimento focado no bem-estar consigo próprio, com o micro e macro ambiente social. Para tal, torna-se evidente a necessidade emergente de trabalhar na promoção da educação dos tendencialmente velhos a fim de equipá-los com uma educação transversal e transdisciplinar.

¹⁸ Ver, por exemplo “Carta de Promoção da Saúde de Otava” de 1986 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, acedido em 28 de Agosto, 2012.

Segundo o inquérito do Eurobarómetro (Número especial 378, de 2012), a maior parte dos inquiridos considera como idosa uma pessoa com mais de 64 anos e, como deixando de ser nova, se tiver mais de 42 anos. Há, no entanto, que ter em atenção as características dos inquiridos na medida em que a opinião varia de acordo com a idade, o país e, ainda, o sexo. Quanto mais velho o inquirido for, mais tarde considera a idade de se ser idoso, ou seja, a sua perceção do início da idade do idoso aumenta. Assim, nos Países Baixos, considera-se idoso a partir dos 70,4 anos enquanto na Eslováquia é a partir dos 57,7 anos. Em média, para os 27 EM da UE, quando se entra com a variável género, as mulheres consideram que se começa a ser idoso um pouco mais tarde (65 anos) do que os homens (62,7 anos).

A nível internacional existem muitas definições sobre o conceito de idoso se bem que tradicionalmente se continue a considerar idosa a pessoa a partir dos 65 anos. Segundo a OMS, considera-se como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos se viver em países menos desenvolvidos. Contudo, por se tratar duma definição arbitrária, ela encontra-se muitas vezes ligada à idade que, num país, se considera uma pessoa ter direito a uma pensão (idade legal de reforma). Por tais motivos, as Nações Unidas optam por não considerar uma idade para se ser considerado idoso aceitando, contudo, a idade de 60 anos para esse efeito. Mas a utilização duma idade de calendário para marcar o limiar da velhice assume equivalência com a idade biológica mas, ao mesmo tempo, é geralmente aceite que estes dois factos não são necessariamente coincidentes.

Ainda dentro da problemática do conceito de idoso, refere-se que, no âmbito deste projeto relacionado com os *focus groups*, a noção de pessoa idosa aparece mais relacionada com a autonomia da pessoa do que com quaisquer outros fatores, nomeadamente cronológicos. Verificou-se que os **mais velhos** não se referem às pessoas da sua idade como idosos¹⁹ mas como um grupo que partilha transversalidades: o que transparece no seu discurso é quase uma oposição entre o Eu – uma pessoa com a sabedoria e experiência que ganhou com os anos, autónoma, que sabe ocupar o seu tempo, que se preocupa com cuidar de si – e os Outros, pessoas que sofrem de solidão, têm problemas de saúde, dependem de outros, tornando-se um peso para a família e não sabem como ocupar o seu tempo. (Ver capítulo 3 a discussão dos resultados do estudo de caso dos idosos isolados geograficamente).

¹⁹ Neste estudo, o termo idoso é tomado como uma descrição fatural (portanto neutra) das pessoas com 65 ou mais anos, não sendo portanto um sinónimo de velho, uma representação social negativa, transmitida quer por autores como Gil Vicente a Camões (o Velho do Restelo), etc. até aos autores contemporâneos (ver recensão destas obras em Silva (2011, pp. 44-52)).

1.3. Cenários demográficos do INE

A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade: a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida e o declínio da fecundidade que, consequentemente, provoca uma alteração e inversão da pirâmide das idades: redução relativa na base e aumento da importância relativa dos mais idosos. Os dados oficiais revelam que a Taxa de Fertilidade total em Portugal apresentou a seguinte evolução: 2,25 em 1980, 1,56 em 1990, 1,55 em 2000 e 1,32 em 2009 (vide Quadro 1.2.1 do Demography Report, 2011). Desde 1990²⁰, esta taxa situou-se abaixo da taxa biológica necessária para manter estável o total da população: 2,1 número de filhos.

Por sua vez, a esperança média de vida à nascença dos homens e mulheres nascidos em 1993 era, respetivamente, de 71 e 78,1 anos; os indivíduos com 65 anos apresentavam uma esperança de vida de 14,2 (H) e 17,5 anos (M).

Estes ganhos significativos em saúde em Portugal, ao longo das últimas décadas, constituem uma base importante para a melhoria do bem estar, nomeadamente das populações idosas. Em 2009, os dados demográficos do Eurostat apresentavam, para Portugal:

Quadro 1. 2: Esperança média de vida

(em anos)	H	M
À nascença	76,5	82,6
Aos 65 anos	17,1	20,5

Fonte: CE, Demography Report (2011), Quadro 1.3.1 e 1.3.2

Esta melhoria da esperança média de vida dos portugueses, como se disse, tem sido muito expressiva na segunda metade do séc. XX; em 1940, os homens tinham uma esperança média de vida de 48,6 anos mas a geração dos de 2001 apresenta uma esperança média de 71,2 anos; para as mulheres, a esperança média era de 52,8 anos em 1940 e as da geração de 2001 apresenta já uma esperança média de 80,5 anos:

²⁰ O índice sintético de fertilidade era: 1,5 em 2001; 1,6 em 1991; 2,1 em 1981; 2,8 em 1970; e 3,1 em 1960.

Quadro 1. 3: Esperança média de vida à nascença

(em anos)	1940	1960	1981	2001
H	48,6	60,7	69,1	71,2
M	52,8	66,4	76,7	80,5

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

De acordo com os dados provisórios dos Censos 2011, a população residente em Portugal era de 10 561 614. Confrontando a população residente em Portugal, em 21 de março de 2011, com a dos Censos de 2001, o quadro seguinte apresenta a respetiva composição relativa:

Quadro 1. 4: Estrutura da População Portuguesa

(%)	2001	2011
0-14 anos	16,0	14,9
15-64 anos	67,6	66,0
65+ anos	16,4	19,1

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011

Observou-se uma redução do peso dos jovens, de 16% para 14,9% (com menos de 15 anos de idade), um aumento do peso dos idosos de 16,4% para 19,1% (65 e mais anos de idade) e uma redução da população ativa de 67,6% para 66% (dos 15 aos 64 anos de idade).

A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22% para acima de 26%.

O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010. Este aumento refletiu, sobretudo, o crescimento da população feminina desta faixa etária que teve um acréscimo de cerca de 80%. A proporção da população idosa em Portugal (com mais de 65 anos de idade), que representava 8,0% do total da população em

1960, mais do que duplicou, passando para 19,1%, em 2011. Em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 2 022 504, em 2011, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000. Segundo os dados das Nações Unidas, para 2007, Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.

1.3.1. Projeções demográficas até 2050²¹

Os cenários demográficos até 2050 constam do exercício do INE denominado “Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060”, publicado em 2010. De acordo com a respetiva nota metodológica, o referido exercício “assenta sobre o conceito de população residente e adota o método das componentes por coortes (*cohort-component method*), em que as populações iniciais são agrupadas por coortes, definidas pela idade e pelo sexo, e continuamente atualizadas, de acordo com as hipóteses de evolução definidas para cada uma das componentes de mudança da população - fecundidade, mortalidade e migração – ou seja, pela adição do saldo natural e do saldo migratório, para além do processo natural de envelhecimento” (INE, 2010).

O cálculo do stock da população é feito pelo método das componentes, na base da equação de concordância da demografia:

$$P_{t+1} = P_t + N_{t+1} - O_{t+1} + I_{t+1} - E_{t+1}$$

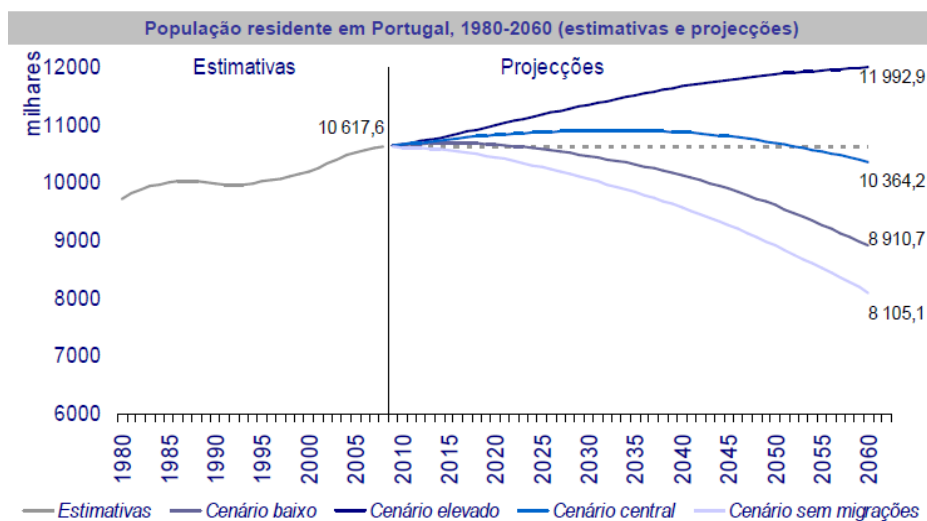
Isto é: o stock de P em (t+1) = P_{t+1} ; os efetivos populacionais do ano t+1 são obtidos a partir dos efetivos do ano t (P_t) a que se adiciona o saldo natural, resultante da diferença entre os nados vivos (N_{t+1}) e os óbitos (O_{t+1}) ocorridos durante o ano t+1, e o saldo migratório, resultado da diferença entre imigrantes (I_{t+1}) e emigrantes (E_{t+1}) durante o ano t+1.

O exercício das projeções demográficas desenvolve-se com o estabelecimento de hipóteses para cada uma destas componentes demográficas, delineando cenários realistas, mas cujos resultados são sempre condicionais. As projeções de nados vivos dependem, fundamentalmente, das hipóteses sobre a taxa de fertilidade; o dos óbitos, das tabelas atuariais e melhoria / ganhos de esperança média de vida. Quanto aos movimentos migratórios, são construídos cenários que condicionam os

²¹ O exercício de projeção do INE cobre até o período 2060, em consonância com o dos outros EM da UE, coordenado pelo EUROSTAT. Neste estudo apresentamos somente as projeções até 2050, tendo em conta outros estudos que cobrem até esse período.

resultados das projeções demográficas. O gráfico abaixo apresenta a evolução dos cenários demográficos até 2060.

Gráfico 1. 2: Estimativas e projeções da população residente em Portugal 1980-2060 (INE)



Fonte: INE, Projeções População residente em Portugal: 2008-2060

Por seu lado, as projeções da população ativa têm por base os cenários demográficos desenvolvidos pelo INE e as hipóteses relativas à taxa de atividade dos diversos grupos etários populacionais bem como dos incentivos associados à situação do mercado de trabalho, decorrentes da situação económica projetada/assumida no período de projeção. São influenciadas, ainda, pelos objetivos da política europeia, como o do aumento da taxa de atividade dos grupos etários séniores – necessário, em alguns EM, para reforçar a sustentabilidade dos sistemas de Segurança Social.

Quadro 1. 5: Projeções da população, Portugal 2060 – cenário central

Grupo populacional/Ano	2010&	2011	2020	2030	2040	2050
POP 15+ anos	9 025 171	8 989 068	9 331 052	9 534 828	9 544 218	9 397 885
POP 15-64	7 115 660	6 966 564	7 101 513	6 899 739	6 465 062	5 982 350
POP 65-79	1 432 063	2 022 504*	1 598 627	1 879 975	2 128 201	2 251 967
Pm: Mulheres	807 253	1 173 316*	884 261	1 025 215	1 142 348	1 194 790
POP +80	477 448		630 912	755 114	950 955	1 163 568
Pm: Mulheres	312 252		406 150	478 990	590 852	710 703
POP 65+/Total (%)	18,0%	19,2%	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, Censos 2011, Estatísticas demográficas e projeções demográficas.
& estimativa; * +65 anos de idade.

A população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas a população ativa deverá diminuir na década de 20; a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção. O quadro seguinte apresenta os pesos de cada grupo etário do cenário central das projeções do INE:

Quadro 1. 6: Peso dos grupos etários no total da População (em %)

Grupo populacional/Ano	2020	2030	2040	2050
POP 0 – 14 anos	13,8%	12,5%	12,2%	12,1%
POP 15-64	65,6%	63,3%	59,5%	56,0%
POP 65-79	14,8%	17,3%	19,6%	21,1%
POP +80	5,8%	6,9%	8,7%	10,9%
POP 65+	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, 2010, Projeções demográficas.

O peso da população jovem (0 aos 14 anos) diminui progressivamente ao longo do período de projeção, passando de 14,9% em 2011 para 13,8% em 2020 e 12,1% em 2050. O peso da população ativa (15 aos 64 anos) deverá passar de 65,9% em 2011 para 59,5% em 2040 e 56,0% em 2050. O da população idosa (65+) no total aumenta progressivamente de 19,2% em 2011 para 32,0% em 2060. Neste grupo etário, de acordo com as projeções disponíveis, o peso da população com mais de 80 anos de idade poderá passar de 4,5% em 2010 para 5,8% em 2020 e 10,9% em 2050. No estudo da Comissão Europeia, Comité de Política Económica e do Grupo de Trabalho do Envelhecimento (2012), encontram-se as seguintes projeções relativas aos rácios de dependência:

Quadro 1. 7: Rácios de Dependência em Portugal (%)

	2020	2030	2040	2050
Share of older population (55-64) (1)	22,2	24,6	26,2	23,7
Old-age dependency ratio (20-64) (2)	34	41	51	61
Total dependency ratio (20-64) (3)	66	71	81	93
Total economic dependency ratio (20-74) (4)	117	109	118	129
Economic old-age dependency ratio (20-64) (5)	42	48	58	70
Economic old-age dependency ratio (20-74) (6)	40	44	54	64

Fonte: European Commission, Economic Policy Committee, Ageing Working Group, 2012, Anexo estatístico

O indicador (1) é dado pelo rácio entre a População com 55 a 64 anos e a População do grupo etário 20 a 64 anos (população ativa²² sénior); o (2) corresponde ao rácio entre a população com 65 + anos e a população ativa sénior; (3) é o rácio entre a população com menos de 15 anos e com 65+ anos em relação à população ativa sénior; (4) corresponde ao rácio entre a população total (excluindo a população empregada) e a população empregada (entre os 15 a 74 anos); (5) é dado pelo rácio entre a população inativa com 65+ anos e a população empregada (entre 15 a 64 anos); (6) idêntico ao (5), com o denominador substituído pela população empregada (entre 15 a 74 anos).

Todos estes indicadores sugerem desafios significativos no ajustamento da sociedade portuguesa ao peso crescente da população idosa. Por exemplo, o indicador (3) apresentava um valor de 62,5% em 2010; as projeções acima apontam para um contínuo crescimento deste rácio até 93%. Estes desafios constituem oportunidades para Portugal, nomeadamente na transformação da cultura, das políticas sociais e de saúde e da economia²³.

O Anexo do presente capítulo apresenta as projeções demográficas para Portugal elaborada no exercício relativo à sustentabilidade das finanças públicas dos EM.

1.4. Estruturas familiares e suas alterações

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento. A família é um conjunto em interação dos seus membros e com outras famílias; é um sistema com sinergias variáveis que responde às necessidades e funções básicas dos seus membros. A família é transmissora de conhecimento e de valores, tendo, portanto, um papel socializador e educativo. A auto-estima e a resistência à frustração partilhados pelos membros criam um sentido de pertença e de identificação da família (ou clã), promovendo, pois, um conjunto de pessoas unidas pelo sentimento de pertença de parentesco e unidas por laços de solidariedade, afeto e responsabilidade.

Em geral, a família desempenha um papel importante na provisão dum vasto conjunto de serviços para fazer face às necessidades dos seus membros, acomodando os efeitos da incerteza em domínios

²² População ativa é definida como a população entre 15 a 64 anos.

²³ Um dos cenários do projeto Portugal 2050 do DPP consiste no desenvolvimento do setor da saúde, lazer e turismo sénior dedicados aos estratos de pensionistas com rendimento mais elevado (dos outros EM da UE), tal como o Estado da Flórida tem desenvolvido relativo aos pensionistas de outros estados dos EUA.

importantes da vida, como são os casos do mercado de trabalho ou dos cuidados pessoais, entre outros²⁴. Por exemplo, estudos mostram que o suporte e o apoio familiar são um factor protetor do risco de mortalidade: para cada grupo etário, os homens solteiro e viúvos têm maior vulnerabilidade ao risco de morte relativamente aos casados e divorciados.

Na sociedade pré-moderna, o sistema básico de “seguro social” implícito consiste em os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos constituindo-se, assim, um sistema de interajuda intergeracional. A transição duma economia rural para uma economia (pós)industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade, quebrou esta instituição ancestral, chegando ao caso dos filhos não terem nem tempo ou vontade para estar com os seus pais.

A família, em Portugal, está em profunda mudança. No passado recente, a organização familiar reconfigurou-se devido às transformações societárias relacionadas com o aumento da taxa de participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das relações conjugais, com as alterações nos processos de trabalho centrados na tecnologia e com a globalização crescente associada tanto a potencialidades como a riscos globais. A figura da mulher doméstica constitui uma raridade. As relações familiares têm sido afetadas pelo aumento de rupturas matrimoniais e de novas formas de conjugalidade, observando-se uma reestruturação das relações, mais aberta e com menor estabilidade. Esta instabilidade está associada aos casos problemáticos de isolamento e de abandono.

A importância da família no envelhecimento da população é dada, por exemplo, pelos estudos relativos aos cuidadores informais. Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos, etc.) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária (Comas-Herrera e Wittenberg, 2003, p. 232). Inovações nas respostas sociais são fundamentais para atender às necessidades em serviços de saúde e apoio social, numa sociedade em rápida mutação e no quadro das restrições financeiras decorrentes do Programa de Assistência Financeira.

O estudo de Carvalho (2010, p. 6) argumenta que “Apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora... A família tende a criar “novas” dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e

²⁴ Esta organização é designada por “familiarista”.

dos cuidados aos seus familiares mais idosos. Esta negociação não é meramente individual. Resulta das funções que cada elemento tem dentro (Durkheim, 1984, p. 143) e fora da família. Remete não só para as normas e princípios sociais, para o tipo de relacionamento existente entre os que cuidam e os que necessitam de cuidados (Finch, 1989; Finch e Mason, 1989), mas também para o tipo de suporte existente no âmbito formal (Fernandes, 2000; 2001; Torres (Coord.), 2004) e para o modo como as dimensões formais e informais se relacionam umas com as outras.”

Para Carvalho, (2009, p. 78) a “estrutura familiar alterou-se com a passagem do predomínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós”. Estas mudanças poderão reduzir o papel das famílias na provisão de serviços para os familiares mais idosos.

Os dados dos Censos da População do INE mostram uma tendência de redução da dimensão média das famílias e diminuição da natalidade. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar. O quadro seguinte reporta a composição das famílias em Portugal para os anos 2001 e 2011.

Quadro 1. 8: Famílias clássicas, Portugal e regiões em 2001 e 2011

		Un: mil	Dimensão (família clássica)									
			1 pessoa		2 pessoas		3 pessoas		4 pessoas		5 ou mais pessoas	
			mil	%	mil	%	mil	%	mil	%	mil	%
2011	Portugal	4 044	867	21,4%	1 277	31,6%	965	23,9%	671	16,6%	262	6,5%
	Continente	3 869	835	21,6%	1 232	31,9%	923	23,9%	637	16,5%	240	6,2%
	Norte	1 331	229	17,2%	390	29,3%	349	26,3%	256	19,3%	105	7,9%
	Centro	904	195	21,6%	300	33,3%	209	23,1%	149	16,5%	49	5,5%
	Lisboa	1 147	293	25,6%	376	32,8%	255	22,3%	160	14,0%	61	5,3%
	Alentejo	302	71	23,7%	103	34,2%	68	22,6%	44	14,6%	14	4,9%
	Algarve	182	45	24,9%	60	33,2%	40	22,2%	26	14,4%	9	5,2%
2001	Portugal	3 650	631	17,3%	1 036	28,4%	918	25,2%	718	19,7%	345	9,5%
	Continente	3 505	611	17,4%	1 003	28,6%	886	25,3%	688	19,6%	315	9,0%
	Norte	1 210	159	13,2%	303	25,1%	325	26,9%	273	22,6%	148	12,2%
	Centro	847	151	17,9%	257	30,4%	201	23,7%	166	19,7%	70	8,3%
	Lisboa	1 005	209	20,9%	302	30,1%	255	25,4%	170	17,0%	66	6,6%
	Alentejo	292	58	20,0%	94	32,2%	69	23,8%	51	17,5%	18	6,4%
	Algarve	149	31	21,0%	46	31,2%	34	23,4%	25	17,0%	10	7,3%

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Entre 2001 e 2011, o número de famílias com 1 pessoa aumentou de 631,8 mil (17,3% do total) para 867,3 mil (21,4%). O número de famílias com 5 ou mais pessoas diminuiu de 345,4 mil (9,5% do total) para 262,4 mil (6,5%). Observa-se também uma diminuição no número das famílias com 3 e 4 pessoas; famílias com 2 pessoas registam aumento em número e peso no total das famílias clássicas.

No espaço de duas décadas a população residente aumentou 6,7% e o número de famílias clássicas cresceu 22,6%, tendo a dimensão média das famílias descido, de acordo com os dados dos Censos, de 4,2 pessoas em 1950, para 3,7 em 1960 e 1970, 3,4 em 1981 e 2,8 em 2001. Por outro lado, o peso das famílias com mais de 5 indivíduos no total das famílias diminuiu de 22,2% em 1950 para 17,1 em 1960, 15,9% em 1970, 10,6% em 1981, 6,6% em 1991 e 3,3% em 2001²⁵.

Estas alterações básicas evidenciam ainda outras dinâmicas sociais, nomeadamente novas formas familiares e conjugais, claramente visíveis, em particular, no surgimento das famílias monoparentais, famílias sem jovens, das famílias de avós com netos, ou mesmo, das pessoas sós e dos casais não coabitantes. Por sua vez, o aumento da esperança média de vida tem contribuído também para o aumento das famílias constituídas somente por idosos.

Nicola (2011) conclui que “A feminização das famílias monoparentais e a terceira idade como o espaço de maior manifestação das famílias unipessoais são duas marcas das estruturas familiares no Portugal contemporâneo. Relativamente a esta última, se no ano de 2000, dois terços destas famílias estavam associados a pessoas idosas, desde então regista-se uma gradual recomposição etária das famílias unipessoais devido ao crescimento de 41,5% das famílias unipessoais com indivíduos com menos de 65 anos. Ainda assim, as famílias unipessoais com pessoas com 65 ou mais anos aumentaram 19% na última década”. (p. 12).

Uma forma simples de projeção da população a viver em família passa por aplicar aos cenários demográficos uma projeção da dimensão média da família. Contudo, este método tem sido criticado por não ter em conta as alterações da dinâmica e da estrutura das famílias (nomeadamente, nupcialidade, taxa de divórcio, coabitação, etc.).

O estudo de Moreira (2008, p. 24) adotou o chamado *propensity method*: “Tendo em conta a realidade portuguesa no que se refere aos conceitos estatísticos e fontes de dados disponíveis sobre família, uma metodologia possível para o cálculo de projeções em Portugal seria o *propensity*

²⁵ Esta evolução está claramente associada à redução do índice sintético de fertilidade.

method, que consistiria, de forma simplista, em partir das projeções da população residente, aplicando as taxas de população aos vários tipos de famílias selecionados, segundo a estrutura observada numa série censitária, o mais longa possível. Cada tipo de família seria projetado, tendo em consideração diferentes cenários de evolução prováveis (Leite, 2005). Para além da projeção dos vários tipos de família, clássica ou institucional, ou tipo de núcleo familiar, podem calcular-se projeções das pessoas a viver em cada uma dessas modalidades, por sexo e idades.... A proporção (ou *propensities*) desses “*Living Arrangements*” é aplicada à população para dar projeções dos efetivos vivendo em diferentes “*Living Arrangements*” Estas projeções são agregadas subsequentemente, para dar projeção às famílias e aos “*Living Arrangements*””. Para um maior detalhe deste método, consultar capítulo 4 do estudo de Moreira (2008) com 22 tipos de “*Living Arrangements*”. Moreira (2008, p. 55) adotou as seguintes hipóteses para a dimensão média das famílias:

Quadro 1. 9: Dimensão média das famílias

Hipótese	2020	2030	2040	2050
A	2,8	2,8	2,8	2,8
B	2,2	1,9	1,5	1,3
C	2,35	2,275	2,275	2,275

Fonte: Moreira (2008, p. 55), Tabela 13

O total das famílias projetadas por Moreira para cada hipótese de trabalho consta do quadro seguinte:

Quadro 1. 10: Nº de Famílias Clássicas

Hipótese	2001	2020	2030	2040	2050
A	3 650 757	3 701 033	3 595 776	3 455 733	3 262 037
B	3 650 757	4 681 122	5 266 318	6 410 961	6 970 764
C	3 650 757	4 387 081	4 404 735	4 217 900	3 973 060

Fonte: Moreira (2008, p. 55), Tabela 14

Assim, no cenário A, o número de famílias clássicas diminuiria, refletindo a redução da população projetada. O total de famílias diminui, uma vez que a dimensão média aplicada à população é a

mesma que em 2001. Relativamente aos Cenários B e C, o número de famílias projetado aumenta consideravelmente face ao dos Censos de 2001. No Cenário C, o decréscimo que se verifica de 2030 a 2050 é explicado pelo acréscimo do número de pessoas a viver em famílias institucionais (nomeadamente a dos idosos). Porém, em ambos os cenários, o número de famílias aumenta entre 2001 e 2050, tendo em conta as tendências assumidas no exercício de projeção.

Relativamente à hipótese dos “Living Arrangements” da população com 75 e mais anos (Cap. 5.2.1.3), Moreira (2008, pp. 46-47) obteve, “de acordo com as nossas projeções, em 2050, a população com 75 anos ou mais deverá residir em família de casal sem filhos, como cônjuge, na proporção de 31.1% na série A (494 mil), 44% na série B (699 mil) e 38,6% (614 mil) na série C. Estes números refletem o facto de as pessoas viverem em família até tarde, necessitando de apoio familiar ou assistência domiciliária, sendo que a sua proporção aumenta em todas as hipóteses, com exceção da Hipótese A.

A mesma leitura se faz das pessoas nesta idade que permanecem em famílias de um só elemento. Em 2050 estes isolados representam 24.0% (382 mil) na Hipótese A, 26.8% na Hipótese B (436 mil) e 27.4% na Hipótese C (436 mil), refletindo um aumento em todas as séries.

A população idosa a viver em famílias institucionais terá um acréscimo significativo. Na Série A assumirá uma proporção na ordem dos 7.6% (121 mil) face a este grupo etário. Nas séries B e C este valor será ainda mais elevado, atingindo valores percentuais de 14.3% (227 mil) na série B e 12.7% (203 mil) na série C.

Todos estes acréscimos estão naturalmente associados ao envelhecimento da população e à deterioração do seu estado de saúde, além das mudanças ocorridas na própria estrutura familiar e no modo como o processo de institucionalização será então encarado pelos mais velhos.”

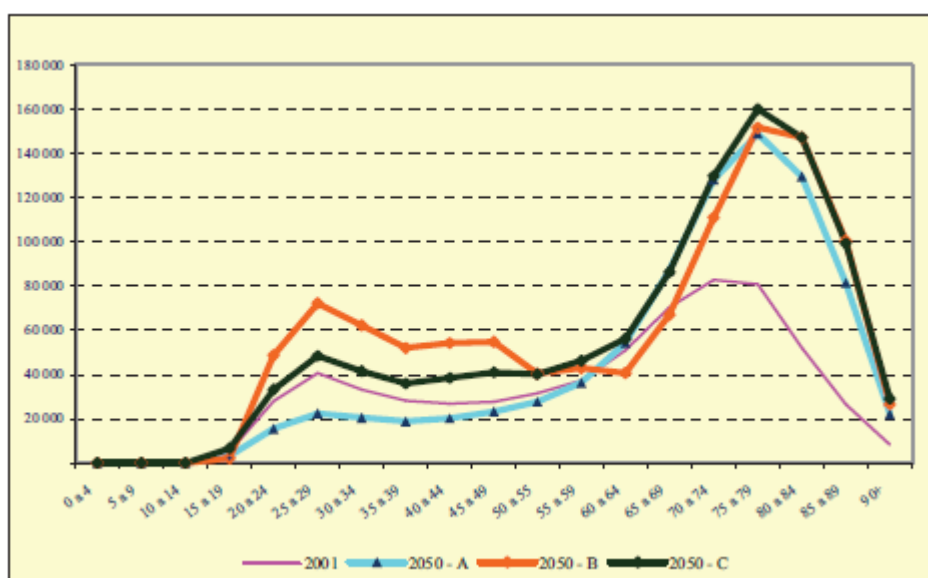
Reproduzimos, no quadro abaixo, os principais resultados do trabalho de Moreira relativa às famílias do grupo etário 75+ anos em 2050, tendo por comparação os resultados dos Censos de 2001.

Quadro 1. 11: Famílias do grupo etário 75 + anos nos vários cenários em 2050

	Censos 2001		A		B		C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casal	225 636	32,2	483 686	30,4	730 553	45,9	628 613	39,5
C s/ filhos	36 578	5,2	90 514	5,7	0	0	3 375	0,2
1 pessoa	167 817	23,9	382 186	24,0	426 394	26,9	435 807	27,4
F. institucional	48 266	6,9	121 142	7,6	227 105	14,3	202 552	12,7
Total	701 366		1 590 204		1 590 204		1 590 204	

Fonte: Moreira (2008, p.47), Tabela 11

A projeção dum forte aumento das famílias unipessoais do grupo etário da população com 75+ anos nas próximas décadas constitui um aspeto importante da presente investigação dos idosos isolados. Este número poderá ser ainda superior à da projeção de Moreira, na hipótese de redução da taxa de institucionalização dos idosos, resultante da atual orientação da política social de privilegiar a retenção dos idosos nos respetivos domicílios e do esforço conjugado dos diferentes *stakeholders* para atingir este objetivo. O aumento das famílias unipessoais nos grupos etários de idosos é consistente com as projeções demográficas apresentadas na secção anterior.

Gráfico 1. 3: Número de pessoas em Famílias Unipessoais, por Grupo Etário

Fonte: Moreira (2008, p. 48), Gráfico 2

Para Moreira, “o número de pessoas sós a residir em famílias institucionais tem tendência a aumentar gradualmente, embora o seu peso relativamente à população total continue a ser baixo. Em 2001, representava 0.97% (101 mil). Este valor só deve aumentar até um valor máximo de 264 mil no cenário C, representando 2.84% da população total. Nos cenários A e B este valor fica-se pelos 168 mil (1.81%) ou 240 mil (2.59%), respetivamente. Estudos já realizados admitem que esse facto se relacione com a manutenção da vida em casal até idades muito avançadas”. (p. 48) O gráfico seguinte ilustra bem estas projeções, com forte aumento das famílias unipessoais dos idosos em 2050.

Os problemas específicos dos idosos a viverem serão abordados no Cap. 3. Os dados dos Censos de 2011 apontam um número significativo de idosos a residirem sós (cerca de 20% da população). As projeções apresentadas neste capítulo sugerem a necessidade de se antecipar respostas ao crescente número de idosos a viverem sós ou isolados geograficamente.

1.5. Conclusões

- As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução do peso da população ativa. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa.

- A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3.

- O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010.

- Quanto às projeções demográficas, segundo o estudo do INE denominado “Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060”, constata-se que a população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas a população ativa deverá diminuir na década de 20; a população com

mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050 e 2060; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção. O peso da população idosa (65+ anos) no total aumenta de 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060.

- A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento.

- Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados.

Anexo: Projeções demográficas Europop2010 para Portugal

O Eurostat publicou um exercício de projeções demográficas para os EM da UE, conhecido por Europop2010. Para Portugal, reproduzimos as projeções mais relevantes nos quadros abaixo.

Quadro 1. 12: Principais variáveis do Europop2010 para Portugal

Demographic projections - EUROPOP2010 (EUROSTAT)	2020	2030	2040	2050	2060
Population (millions)	10,7	10,8	10,8	10,6	10,2
Children population (0-14) as % of total population	13,5	12,4	12,3	12,2	12,0
Prime age population (25-54) as % of total population	41,5	38,9	35,9	34,9	33,8
Working age population (15-64) as % of total population	65,7	63,4	59,5	56,4	56,0
Elderly population (65 and over) as % of total population	20,7	24,2	28,2	31,4	32,0
Very elderly population (80 and over) as % of total population	5,9	7,1	8,9	11,1	13,6
Very elderly population (80 and over) as % of elderly population	28,6	29,1	31,6	35,2	42,4

Fonte: European Commission, Economic Policy Committee, Ageing Working Group, 2012, Anexo estatístico

A população total deverá aumentar até 10,8 milhões (entre 2025 a 2040), diminuindo para 10,2 milhões em 2060. O peso da população ativa diminui para 66,8% em 2010, 65,7% em 2020 e 56% no final do período de projeção. O da população idosa (65+) aumenta de 18% em 2010 para 20,7% em 2020 e 32% em 2060.

Para referência, apresentam-se ainda as hipóteses adotadas no estudo da Comissão Europeia et al. (2012) para o mercado de trabalho:

Quadro 1. 13: Hipóteses sobre o mercado de trabalho

Labour force assumptions	2020	2030	2040	2050	2060
Working age population (15-64) (thousands)	7052	6831	6404	5967	5734
Labour force 15-64 (thousands)	5338	5257	4932	4593	4397
Participation rate (15-64)	75,7	77,0	77,0	77,0	76,7
young (15-24)	36,7	38,3	37,8	37,2	37,7
prime-age (25-54)	89,9	90,1	90,1	90,1	90,0
older (55-64)	63,2	68,5	69,1	69,2	69,4
Average effective exit age (TOTAL)	64,3	64,7	64,7	64,7	64,7
Employment rate (15-64)	66,9	70,8	71,3	71,3	71,1
Employment rate (15-74)	60,4	63,4	63,1	62,5	63,2
Unemployment rate (15-64)	11,6	8,0	7,5	7,3	7,3
Unemployment rate (15-74)	11,2	7,5	6,9	6,8	6,8
Employment (15-64) (millions)	4,7	4,8	4,6	4,3	4,1
share of young (15-24)	7%	7%	7%	7%	7%
share of prime-age (25-54)	76%	72%	71%	73%	71%
share of older (55-64)	18%	21%	22%	20%	21%

Fonte: European Commission, Economic Policy Committee, Ageing Working Group (2012), Anexo estatístico

A idade de reforma efetiva dos trabalhadores, estimada em 63,5 anos em 2010, deverá aumentar progressivamente até 64,7 anos a partir de 2030. A taxa de participação da população entre 55 a 64 anos deverá aumentar de 54,2% em 2010 para 63,2% em 2020, 68,5% em 2030, atingindo um pico em 2035 com 69,6%. Relativamente à taxa de desemprego, as projeções são, quando comparadas com a experiência histórica (excluindo os anos recentes), muito altas, mantendo-se uma taxa nos 7% mesmo entre 2040 a 2060. Por outro lado, o peso do emprego de séniores (55-64 anos) aumenta para a casa dos 21 a 22%.

2. Caracterização da População Idosa

2.1. Atividade económica

A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões²⁶. O crescente peso da população idosa (ver Capítulo 1) deve ser encarado não como uma ameaça, o que poderia constituir um potencial foco de tensão social entre as gerações (ver Capítulo 4 sobre a perceção e preconceitos sobre idosos). O emprego, autoemprego e o voluntariado permitiram aos idosos uma participação ativa na sociedade, com efeitos significativos em termos de despesas de saúde e de bem estar dos próprios²⁷.

A Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo (2006) apresenta um conjunto de objetivos, atuando ao longo do ciclo da vida ativa dos trabalhadores. Em particular, esta Estratégia visa:

“I. PRIORIDADE 1 – ESTIMULAR A PERMANÊNCIA DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS NO MERCADO DE TRABALHO

Melhorar a qualidade do trabalho, de forma a combater a saída precoce dos trabalhadores do mercado de trabalho;

Promover condições mais favoráveis ao prolongamento da vida ativa, reforçando os incentivos ao alargamento da vida ativa dos trabalhadores e evitando a antecipação do processo para a inatividade.

II. PRIORIDADE 2 – VALORIZAR E PROMOVER O CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS

Promover o acesso dos trabalhadores mais velhos à educação e formação / Aprendizagem ao Longo da Vida, concretizando em termos estratégicos o aumento das habilitações e qualificações dos trabalhadores deveras importantes no mercado de trabalho, onde as competências são valorizadas;

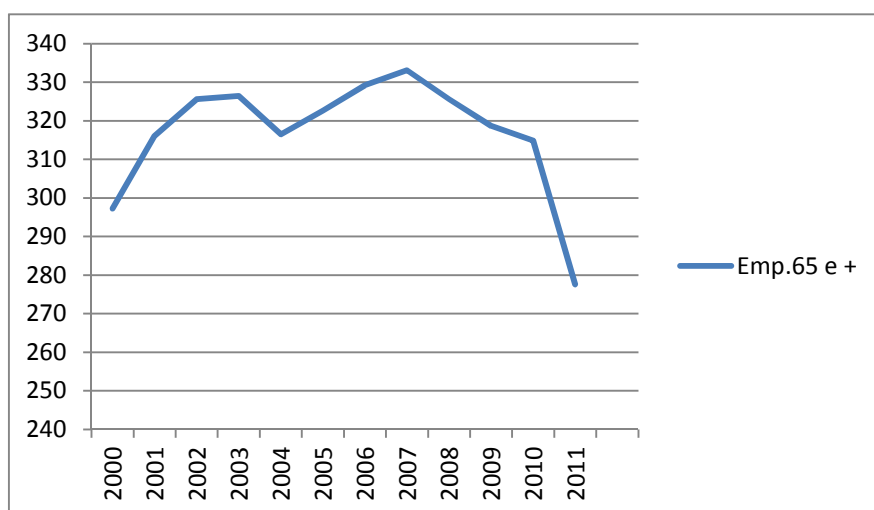
²⁶ A questão do impacto financeiro do envelhecimento nos sistemas de pensões será abordada no Capítulo 5.

²⁷ Os estudos disponíveis sugerem que a solidão, a falta de rendimentos e a inatividade constituem fatores de risco para os idosos (em geral para outras camadas da população) em termos de necessidades acrescidas de serviços de saúde e de perdas de bem estar. Por exemplo, a prática de atividade física, de acordo com o estudo Carvalho et al. (2007), “está associada a um maior equilíbrio e a um menor medo de cair.” (resumo). Ver também o estudo de Faria e Marinho (2004) sobre a atividade física e saúde e qualidade de vida.

Fomentar a valorização da experiência profissional dos trabalhadores mais velhos, promovendo a mudança de mentalidades e das práticas das entidades empresariais no reconhecimento do Know-how adquirido ao longo da vida pelo trabalhador. “

Em Portugal, por exemplo, a taxa de participação na força de trabalho da população do grupo etário dos 60 aos 64 anos do sexo masculino passou de 78% em 1974 para 52% em 2008. Até 2007, a população idosa tem uma taxa de participação relativamente elevada na atividade económica, após ter atingido a idade da reforma ou até mesmo após se ter reformado ou aposentado. Nos últimos anos, com o início da crise de 2008, tem vindo a verificar-se uma quebra no emprego de idosos²⁸.

Gráfico 2. 1: População empregada com 65 e mais anos



Fonte: PORDATA, INE, Inquérito ao Emprego

Com efeito, a situação da população com mais de 65 anos, em 2011, é a seguinte:

²⁸ Ultrapassada a atual fase de recessão, e numa perspetiva de longo prazo, uma maior participação da população idosa no mercado de trabalho, para atingir as metas acordadas na Estratégia Europeia 2020, pode ser, de acordo com Aleixo (2011, pp. 62-63), conseguido por “Aumentos na idade de elegibilidade e na idade normal de reforma [que] reduzem obrigatoriamente o abandono do mercado de trabalho, pois forçam a expansão do período de atividade... O aumento de 1 ano nas idades referidas aumenta a participação no mercado de trabalho para esta idade em cerca de 10 pontos percentuais. No caso do aumento ser de 3 ou 5 anos, em 23 pontos percentuais ou 41 pontos percentuais, respetivamente. Não há dúvida de que se trata de números bem expressivos.”.

Quadro 2. 1: População com 65+ anos, por condição perante o trabalho

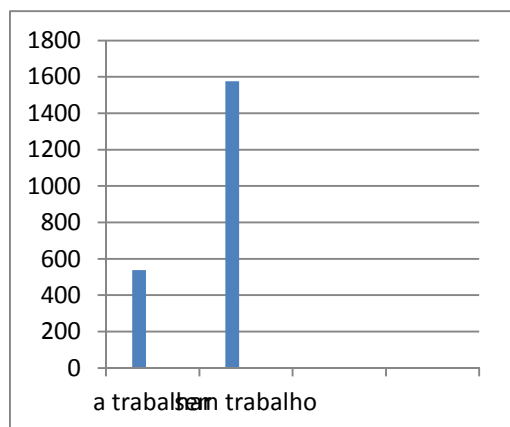
milhares	População Empregada	População Inativa	População Reformada*	Pensionistas velhice SS	Pensionistas CGA	Total Pensionistas
Total	277,6	1714,9	1576	1752,4	362,4	2114,8
Homens	174,1	673,7	743,1	823,6**	170,4**	994
Mulheres	103,5	1068,2	832,9	928,8**	192,0**	1120,8

Fonte: INE, Inq. Emprego 1º trimestre 2011; Censos 2011; PORDATA, IGFSS e CGA

* dados IE **dados estimados

Analisando os dados referentes a reformados, na base do Inquérito ao Emprego²⁹, verifica-se que o número de reformados, sendo de 1 576 milhares é bastante inferior ao do total de pensionistas (menos 538,8 milhares) o que pode indicar que 538,8 milhares dos pensionistas trabalham (25,4%).

Muito deste emprego poderá, contudo, estar localizado no sector informal da economia se se atender ao facto de que, conforme apresenta o IE do 1º trimestre de 2011 apenas 277,6 milhares de pessoas se encontram empregadas (eventualmente emprego formal). Note-se que, de acordo com os dados dos Quadros de Pessoal, relativos a Outubro de 2010, existiam a trabalhar cerca de 27 mil pessoas com mais de 65 anos. Como os Quadros de Pessoal não contemplam as situações de trabalho por conta própria, admite-se que, para além do trabalho no sector informal da economia, uma grande parte das pessoas reformadas com mais de 65 anos exerce a atividade como trabalhador independente ou na agricultura.

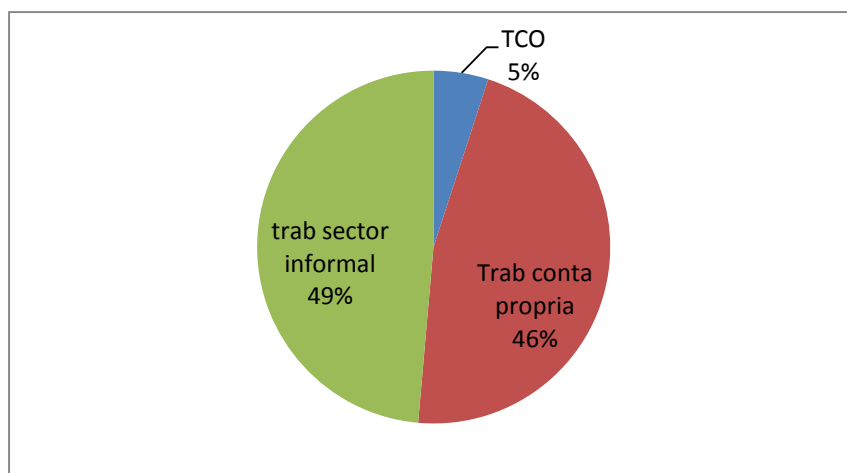
Gráfico 2. 2: Pensionistas de velhice com mais de 65 anos segundo condição perante o trabalho

Fonte: Estimativas dos autores

Em termos de estrutura dos pensionistas ativos, o Gráfico seguinte apresenta as estimativas obtidas acima.

²⁹ O critério de classificação de uma pessoa ser ativa é o seu contributo para o PIB.

Gráfico 2. 3: Pensionistas ativos segundo o modo de trabalho



Fonte: Estimativas dos autores

2.2. Atividades não económicas

Conforme Fernando Sá Ferreira alude no seu trabalho intitulado “As atividades ocupacionais, o isolamento, a depressão no idoso institucionalizado” e, segundo Geis e Rubi (2003), o envelhecimento saudável apresenta-se como aquele em que o individuo se adapta numa forma fácil e adequada às mudanças que se vão verificando quer físicas e psíquicas quer sociais.

Segundo Madox (1995, citado por Rossell *et al.*, 2004), considera-se um envelhecimento saudável aquele que combina três elementos básicos: a supervivência, a saúde e a satisfação com a vida. Conforme Conde (1997) estabelece, para que o envelhecimento decorra de forma saudável, deverá:

- Exercício das faculdades mentais e nível de instrução;
- Capacidade do ego para simbolizar;
- Capacidade para continuar vinculado a objetos externos.

Para tal, os idosos devem manter-se ativos o maior período possível, de modo a poder conservar as capacidades físicas e mentais.

Deste modo, conforme se verifica uma saída do mercado de trabalho, deve haver uma busca de atividades que compensem as que foram abandonadas trazendo, ao mesmo tempo, uma maior satisfação à vida dos idosos, tornando-os mais ativos.

Surge, assim, a importância das atividades ocupacionais não económicas como fatores que contribuem para se alcançarem tais objetivos. Dentre estas, assumem relevância as atividades ligadas ao voluntariado.

Os idosos têm uma contribuição inestimável para dar à sociedade, para além da reforma. Devido ao crescimento demográfico e ao número crescente de pessoas idosas na Europa é, ainda, mais crucial criar oportunidades para que os idosos se mantenham ativos e promover a solidariedade intergeracional. O voluntariado é, assim, um meio de permitir às gerações atividades em conjunto e de fornecer oportunidades para os cidadãos séniores permanecerem ativos e contribuírem para a comunidade, divulgando conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida.

Ao nível europeu, e de acordo com dados publicados pelo Eurobarómetro em Outubro de 2011, sobre Voluntariado e Solidariedade Intergeracional, 22% de reformados pratica atividades de voluntariado ao nível Europeu, sendo as seguintes as atividades que desenvolvem:

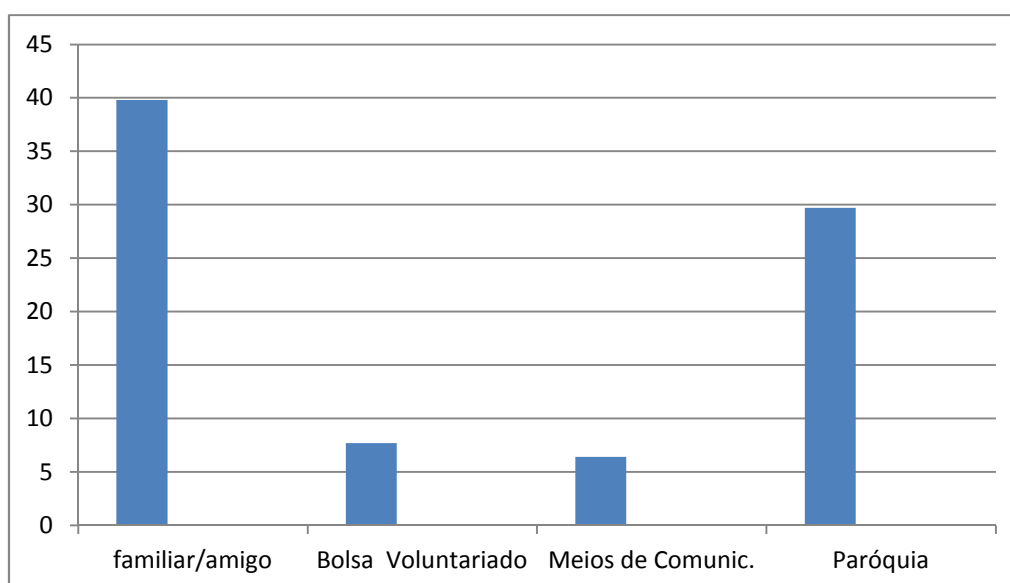
- solidariedade, 34%
- cuidados de saúde, 37%
- educação e formação, 19%
- ambiente, 19%
- inclusão social e pessoas desfavorecidas, 18%
- direitos humanos, 19%

Em 2010, foi realizado um estudo por uma parceria constituída por Banco Alimentar, ENTRAJUDA e Universidade Católica Portuguesa (através do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião - CESOP e Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia – CESSS) que contemplou perguntas relativas ao voluntariado nas instituições (IPSS). Esse estudo permitiu a seguinte caracterização de voluntários que chegam às instituições em Portugal através de:

- familiares e amigos (39,8%); e
- das paróquias (29,7%).

A Bolsa de Voluntariado representa 7,7% da angariação do total dos voluntários.

Gráfico 2. 4: Processo dos voluntários chegarem às instituições



Fonte: Entrajuda (2011)

- 56,5% dos voluntários têm idade superior a 56 anos (56-65 e mais de 65 anos) e 41,6% já estão reformados;
- 34,9% entre os 56 e os 65 anos;
- 21,6% mais de 65 anos;
- 41,6% das instituições têm voluntários reformados.

Na Bolsa de Voluntariado encontram-se inscritas cerca de 16 700 pessoas mas destas apenas 1,4% (233 idosos) têm mais de 65 anos. Tal situação aponta para a existência duma população voluntária potencial que deve ser aproveitada.

Observando o nível de voluntariado na Europa, conforme o quadro que a seguir se apresenta, verifica-se que, globalmente, Portugal se encontra no grupo com uma percentagem “relativamente baixa” de voluntariado e com uma contribuição para o PIB abaixo de 1%.

Quadro 2. 2: Nível de voluntariado nos estados membros da UE

Muito alto (40%): AT, NL, SI, GB	Alto (30-39%): DK, FI, DE, LU	Médio (20-29%): EE, FR, LT
Relativamente baixo (10-19%): BE, CY, CZ, IE, MT, PL, PT, SK, RO, SE, ES		Baixo (menos de 10%): BG, GR, IT, LV

Fonte: EU - European Year of Volunteering 2011-VEU final report

Quadro 2. 3: Dimensão económica do voluntariado

Menos de 0,1% PIB: SK, PO, GR	Inferior a 1% PIB: BG, CZ, IT, HU, LT, MT, PT, RO, SI	1-2% PIB: BE, FR, DE, IE, LU, ES
Mais de 2% PIB: GB, FI, DK		3-5% PIB: AT, NL, SE

Fonte: EU - European Year of Volunteering 2011- VEU final report

Alguns programas da UE dirigem-se à problemática dos idosos, nomeadamente, o programa Grundtvig. “O Programa Grundtvig da UE oferece um quadro de auxílio financeiro no domínio da Aprendizagem ao Longo da Vida e Educação de Adultos, através da cooperação europeia e intercâmbios internacionais. As ONGs, como a APCS, são candidatos elegíveis. A ideia de aprendizagem geral de adultos em Grundtvig é muito ampla e inclui não apenas cursos de qualificação formal mas também atividades de aprendizagem não-formal e, até mesmo, ambientes de aprendizagem completamente informal. Este é o caso, por exemplo, dos nossos voluntários séniores aos quais, através das suas atividades de voluntariado, é dada a possibilidade de se tornarem ainda ativos bem como contribuir para a renovação e atualização das suas habilitações e competências, quando as suas vidas de trabalho estão no fim.” (EU, Grundtvig Programme)

2.3. Atividades de lazer/turismo sénior

Lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para desenvolver a sua informação ou formação desinteressada, a sua participação social voluntária ou a sua livre capacidade criadora após “livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.” (Dumazedier, 1976, *apud* Oleias).

Sabendo que os idosos não constituem um grupo homogêneo, existindo diferentes padrões de adaptação à velhice que depende essencialmente de fatores como a idade da reforma, a classe socioeconómica, o estado civil, o sexo e a religião importa oferecer-lhes uma gama variada de atividades de lazer. Assim, segundo o estudo “os idosos e as atividades de lazer” de Martins (2010, p. 2)³⁰ as atividades de lazer devem constituir momentos onde o indivíduo idoso se empenhe, algo que escolha de livre e espontânea vontade, que lhe dê prazer e que contribuam para o desenvolver como pessoa. Os prazeres podem ser encontrados em diferentes atividades lúdicas, como ler, ver televisão, jogar cartas, jardinagem, fazer tricô, etc. ... (ver quadro abaixo com as respostas).

³⁰ Martins (2010).

Nesta lógica torna-se um dever proporcionar “políticas” que priorizem ações que estimulem e beneficiem os idosos, nos segmentos da cultura, lazer, desporto e educação, tendo como meta a promoção da cidadania na terceira idade, preparando-os para uma maturidade e uma velhice bem sucedida.

Esta necessidade aparece como imperativo na medida em que através de um estudo levado a cabo, em 1995, pela Direção-Geral de Saúde, sobre a qualidade de Vida (QdV) dos idosos portugueses, se mostrou que “a ausência de atividade lúdica” constituía um dos fatores que mais contribuía para a diminuição da QdV da população idosa.

Quadro 2. 4: Respostas dos idosos sobre as atividades de lazer

PRÁTICAS ACTIVIDADES	MUITO POUCO		BASTANTE		Nem muito / nem pouco		Pouco		Muito POUCO/NADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LER												
Grupo DOM	28	8,3	23	6,8	53	15,8	59	17,6	173	51,5	336	100
Grupo INST	12	3,6	41	12,2	40	11,9	59	17,5	185	54,9	337	100
TV												
Grupo DOM	36	10,7	123	36,6	87	25,9	54	16,1	36	10,7	336	100
Grupo INST	56	16,6	148	43,9	50	14,8	58	17,2	23	6,8	337	100
MÚSICA												
Grupo DOM	19	5,7	47	14	66	19,6	95	28,3	109	32,4	336	100
Grupo INST	25	7,4	81	24	97	28,8	89	23,7	54	16	337	100
PASSEAR												
Grupo DOM	40	11,9	112	33,3	59	17,6	82	24,4	43	12,8	336	100
Grupo INST	44	13,1	126	37,4	75	22,3	55	16,3	37	11	337	100
JARDINAGEM												
Grupo DOM	24	7,1	62	18,5	38	11,3	65	19,3	147	43,8	336	100
Grupo INST	10	3	39	11,6	22	6,5	44	13,1	222	65,9	337	100
HORTICULTURA												
Grupo DOM	53	15,8	53	15,8	44	13,1	53	15,8	133	39,6	336	100
Grupo INST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRICOTAR												
Grupo DOM	16	4,8	49	14,6	53	15,8	24	7,1	194	57,7	336	100
Grupo INST	10	3	44	13,1	13	3,9	26	7,7	244	72,4	337	100
CARTAS												
Grupo DOM	11	3,3	43	12,8	34	10,1	44	13,1	204	60,7	336	100
Grupo INST	19	5,6	35	10,4	28	8,3	47	13,9	208	61,7	337	100
CONVERSAR												
Grupo DOM	51	15,2	214	63,7	32	9,5	14	4,2	25	7,4	336	100
Grupo INST	102	30,3	188	55,8	22	6,5	19	5,6	6	1,8	337	100

Fonte: Direção Geral de Saúde, 1995, A qualidade de Vida (QdV) dos idosos portugueses

Assim, as atividades mais praticadas pelos idosos em ambos os grupos são “conversar com amigos”, ver televisão e “passear”. Em sentido oposto, encontram-se as alternativas menos valorizadas pelo grupo DOM que são: jogar às cartas, fazer tricô e ler; enquanto, para o grupo INST, a sequência corresponde a fazer tricô, jardinagem e jogar às cartas.

Segundo o estudo de Mendonça (2012)³¹, a realização de atividades de lazer depende dos níveis financeiro, educacional e cultural dos idosos sendo, no caso dos idosos dos meios rurais, agravado pela falta de suporte de transportes e de contactos sociais. Quanto aos resultados deste estudo às atividades de lazer preferidas dos idosos, praticadas dentro de casa (72%), são as seguintes:

1. Ver televisão (93%)
2. Ouvir rádio (80%)
3. Cuidar de plantas (63%)
4. Leitura (52%)
5. Cuidar de animais (43%)
6. Bordado/Tricô (16%)
7. Palavras-cruzadas (13%)

Como atividades de lazer realizadas fora de casa destacam-se as visitas a museus e a frequência de teatros e cinemas mas este tipo de atividades é efetuado por idosos que têm mais disponibilidades financeiras e um maior nível de educação.

Quando se passa para a faixa etária dos 80 e mais anos, constata-se: diminuição geral do nível de atividade, menos atividade de lazer fora de casa e diminuição das atividades que requerem disposição/ predisposição.

As atividades de lazer são muito importantes para uma melhor qualidade de vida do idoso, tal como é salientado pela Direção-Geral de Saúde ao enumerar as vantagens da realização de atividades físicas e de lazer:

- Reduz o risco de morte prematura;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 30% de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afeta 20% da população adulta mundial;

³¹ Mendonça (2012).

- Ajuda a controlar o peso e diminuir o risco de se tornar obeso;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- Reduz o risco de desenvolver dores lombares e pode ajudar o tratamento dessas situações;
- Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

2.3.1. Turismo Sénior

Tendo por base um relatório do EUROSTAT com uma análise comparativa entre grupos de idade e relativa ao comportamento turístico, de 2006, pode-se destacar que os indivíduos entre os 25 e 44 anos representam a maioria dos turistas, enquanto a população com 65 anos representa apenas 15% do total dos turistas europeus. No entanto, a tendência para viajar é mais elevada no grupo dos mais velhos que mantêm todas as suas funcionalidades. Quanto às motivações sobre gozar férias, referidas por este grupo de população, têm fundamentalmente a ver com sair da rotina, descanso e relaxação, motivos sociais (fazer novas amizades e estar em família), motivos culturais (alargar horizontes, visitar novos lugares, experimentar situações novas) e prática de atividades físicas, principalmente ao ar livre.

Neste contexto, o que é mais valorizado pelos seniores nas suas viagens, é a qualidade de vida e de bem-estar, hospitalidade, clima saudável e ambiente agradável. Numa segunda ordem de prioridades, aparecem a disponibilidade de tempo, sentir que têm alguém que se dedique a eles durante os seus passeios e terem diversão, animação e sol.

Um estudo realizado para Portugal junto dum grupo de turistas seniores das Universidades de Terceira Idade³² destacaram-se como principais motivações: (1) as férias em família; (2) o convívio com a família e amigos; e (3) o descanso completo; assim como (4) a valorização pessoal e intelectual, seguidas (5) da necessidade de evasão e de fuga à rotina diária. Os resultados deste estudo ainda permitiram verificar que as motivações turísticas destes seniores estão diretamente relacionadas com o sexo, a idade e o grau de instrução. É de destacar que no perfil dos inquiridos prevaleciam os seniores com uma formação ao nível do ensino médio e superior, com cerca de 67%, o que de certo modo justifica as suas motivações.

³² O estudo das motivações turísticas dos seniores das Universidades de Terceira Idade através de uma abordagem funcionalista, de Joana Neves, Universidade Lusíada, 2006.

O sector do turismo sénior é uma área com perspectivas de crescimento tendo em conta: (i) a tendência de crescimento do grupo da população de 65 e mais anos no total da população; (ii) o seu peso duplicará praticamente até aos anos 2060, alcançando cerca de 30% da população; (iii) melhoria das condições de saúde deste grupo etário; (iv) a população jovem atualmente participa mais ativamente em atividades de turismo que os grupos mais idosos dos nossos dias, o que leva a concluir que aquele grupo passará a viajar mais quando envelhecer.

2.3.2. Turismo Sénior em Portugal

Em Portugal existem fundamentalmente três programas para pessoas com 60 anos e mais: Turismo Sénior e Saúde e Termalismo Sénior, programas oferecidos pela Fundação INATEL, a qual se ocupa de programas de turismo social para vários segmentos que possuem constrangimentos à prática de atividades turísticas e, ainda, um programa das Misericórdias Portuguesas através da Turicórdia.

O “Turismo Sénior” consiste num programa de férias lúdico-culturais, com a duração de sete dias e sete noites, tendo como objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população com 60 ou mais anos de idade;
- Estimular a interação social, enquanto fator de combate à solidão e exclusão;
- Possibilitar à população sénior com menores recursos financeiros o usufruto de períodos de férias e lazer;
- Incentivar esta população à prática de turismo;
- Dinamizar a atividade económica e cultural das regiões onde o Programa é desenvolvido.

O “Saúde e Termalismo Sénior” consiste num programa de férias e lazer, à semelhança do “Turismo Sénior”, diferenciando-se, no entanto, pela sua duração e, mais importante, pelo fator “saúde e bem-estar”. Uma programação rica em atividades culturais e turísticas oferece aos participantes as condições e ambientes próprios à realização de tratamentos termais em algumas das melhores estâncias no território nacional, sendo este fator contemplado na definição do plano de atividades. Este programa apresenta como objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população a quem se destina o programa, nomeadamente através da efetivação de tratamentos termais;
- Possibilitar à população sénior com menores recursos financeiros o usufruto de períodos de férias e lazer;
- Estimular a interação social, enquanto fator de combate à solidão e exclusão;

- Incentivar a utilização de estâncias termais, promovendo a realização de tratamentos durante as férias;
- Dinamizar e potenciar a atividade económica das regiões abrangidas pelo programa;
- Dinamizar a atividade cultural das regiões.

2.3.3. Programa de turismo social das Misericórdias Portuguesas

Este programa é desenvolvido através da Turicórdia que é uma estrutura de referência nacional ao nível da inovação, da qualidade, da eficiência e da eficácia, com vista a assumir-se como uma linha de serviço determinante e que a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) põe ao dispor das suas associadas. À Turicórdia compete:

- Desenvolver uma Rede de Turismo Social com as Misericórdias Portuguesas;
- Promover o Envelhecimento Ativo nas Misericórdias Portuguesas e na própria comunidade local;
- Realizar ações de informação e aconselhamento às Misericórdias que pretendam conhecer o projeto e integrar a Rede de Turismo Social;
- Prestar apoio técnico às Misericórdias na elaboração de programas turísticos à medida;
- Divulgar e promover o património móvel, imóvel e sacro das Misericórdias vocacionado para a atividade turística.

Para a promoção do turismo para idosos foi criado o Clube de Turismo Sénior que é uma estrutura associativa informal, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de promover e desenvolver um conjunto alargado e diversificado de atividades de turismo e lazer vocacionadas para séniores;

As atividades da Turicórdia desenvolvem-se em três grandes áreas: Turismo (excursionismo, férias, termalismo), animação sociocultural (programas e atividades socioculturais, recreação e lazer) e relacionamento interpessoal (convívio, sociabilidades, troca de experiências inter-geracionais).

A oferta de programas de turismo social, ao proporcionar viagens turísticas a um grupo de pessoas que, na maioria dos casos, e por vários tipos de constrangimentos, poderia não viajar, proporciona impactes consideráveis, tanto a nível social como cultural e económico. Estes impactes poderão ocorrer tanto nas economias de origem dos participantes destes programas como nas economias de destino, salientando-se também o impacto nos próprios utentes.

Assim, os benefícios da participação dos indivíduos em viagens turísticas são fortemente reconhecidos na literatura, podendo ser categorizados em três grandes dimensões: benefícios a nível físico e psicológico, benefícios em termos de aprendizagem e benefícios em termos de socialização (Programa de Turismo Sénior - Universidade de Aveiro Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, 2012).

Uma análise dos potenciais benefícios dos programas de turismo social para os participantes encontra-se no anexo do presente capítulo. Para além dos benefícios para os participantes neste tipo de turismo, existem igualmente benefícios nos destinos originando efeitos em vários tipos de agentes, nomeadamente no sector público, nas atividades económicas e na comunidade local.

Em termos económicos, os benefícios totais dos Programas de Turismo Social integram os benefícios que são gerados diretamente pelo programa, designados também como benefícios primários, e os benefícios que são gerados de forma indireta e induzida, frequentemente designados como benefícios secundários. Os benefícios diretos que são gerados na economia em consequência da oferta de Programas de Turismo Social ocorrem devido à oferta de bens e serviços pelas atividades económicas para satisfazer as necessidades dos participantes nos programas. Por sua vez, estas atividades económicas (exemplos: unidades hoteleiras, restaurantes) para fornecerem bens e serviços aos participantes dos Programas de Turismo Social necessitam de adquirir bens e serviços a outras atividades económicas, iniciando um fluxo de interligações entre as diferentes atividades económicas, o que originará um conjunto de efeitos económicos indiretos dos programas.

Apesar do papel relevante que este Programa de Turismo Social desempenha para o bem-estar dos seniores, o número de seniores Portugueses que participa no Programa é, ainda, muito limitado, quando comparado com o número total de residentes em Portugal com idade igual ou superior a 60 anos. De facto, o grau de penetração do Programa na população sénior Portuguesa foi muito baixo (1,96% em 2001 e 2,09%, em 2005).

Destaca-se, ainda, que a oferta de programas com as características do Programa Turismo Sénior origina um aumento da procura de bens e serviços numa determinada economia, tanto pela entidade responsável pelo desenvolvimento do Programa (Fundação INATEL) como pelos seniores quando realizam despesas extra pacote durante a realização das viagens (ex: aquisição de lembranças). Este aumento da procura provoca um aumento em cadeia das transações que originará um aumento da

produção, logo um aumento do emprego, um aumento do rendimento e um aumento das receitas públicas.

Quadro 2. 5: Receitas totais geradas na economia portuguesa em 2005 em consequência do Programa Turismo Sénior, por tipo de produtos consumidos

	Implementação do Programa		Despesas dos seniores extra programa		Receitas Totais geradas	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%
Compras			1 770 254	54,4%	1 770 254	10,7%
Alojamento, alimentação e bebidas	7 990 848	60,3%	1 124 260	34,5%	9 115 108	55,3%
Transportes	4 346 094	32,8%	62 331	1,9%	4 408 425	26,7%
Animação cultural, recreativa e desportiva	288 312	2,2%	297 283	9,1%	585 595	3,5%
Serviços prestados às empresas, publicidade	176 345	1,3%			176 345	1,1%
Serviços financeiros	35 645	0,3%			35 645	0,2%
Administração pública	406 500	3,1%			406 500	2,5%
Total	13 243 744	100,0%	3 254 128	100,0%	16 497 872	100,0%

Fonte: Eusébio et al. (2012)

O turismo é uma das atividades que, devido às suas características, pode alterar comportamentos de exclusão social devido aos benefícios que proporciona aos seus participantes em termos de melhoria das condições físicas e psicológicas, de aprendizagem e de socialização, tal como foi referido. Assim, o turismo social, logo o turismo sénior, contribui para:

- diminuir fenómenos de exclusão social;
- maior envolvimento dos indivíduos nas diversas dimensões da sociedade;
- maior desenvolvimento pessoal e social;
- melhoria do bem-estar das comunidades recetoras;
- aumento do rendimento disponível das famílias, do emprego, da produção, da comercialização de bens e serviços e das receitas do Estado.

2.3.4. Universidades Sêniores

As Universidades Sêniores (UTI) são “a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos”.

As Universidades Sêniores, independentes da denominação, são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, através de aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os sêniores se sentem úteis, ativos e participativos.

Baseiam-se, assim, num conceito de instituição com dois níveis de preocupações. Por um lado, a vertente académica, por outro, os aspetos sociais e lúdicos. Relativamente à primeira, não se ministram cursos nem se atribuem diplomas, uma vez que se não pretende preparar profissionais para o mercado de trabalho mas tão somente que os alunos possam adquirir competências e saberes de acordo com os interesses de cada um.

A diversidade da oferta das UTI deve-se aos diferentes níveis de escolaridade dos alunos que frequentam estas instituições, desde licenciados ou detentores de outros graus académicos, a indivíduos que possuem apenas a antiga 4ª classe, pelo que se pode depreender que os seus alunos estão tão interessados em aprender como em conviver. “Valoriza-se hoje a ideia de que o processo de crescimento da pessoa no que se refere à aquisição dos saberes e conhecimentos necessários a viver num mundo complexo, já não tem lugar num único tempo e num único espaço, como se aceitava no passado.

O grande desafio que se coloca às nossas sociedades, aos sistemas formais de educação e formação e a cada um de nós, é a aceitação de que a aprendizagem tem lugar permanentemente, ao longo de toda a vida, em múltiplos tempos e nos mais diversos locais.” (Ana Maria Canelas - Associação O Direito de Aprender.)

Assim, o repto que se coloca de há uns anos a esta parte, e cada vez mais se colocará no futuro, é o de encontrar respostas adequadas às necessidades/expectativas individuais ao longo de todo o percurso de vida (e, simultaneamente, a uma economia cada vez mais globalizada e marcada por um grau muito elevado de imprevisibilidade) quer através do sistema formal de educação quer de vias informais ou não formais, aparecendo as UTI como mais uma forma de dar satisfação a um grupo

específico da população no quadro das ofertas da aprendizagem informal, seguindo a abordagem da aprendizagem ao longo da vida.

A primeira Universidade de Terceira Idade/ Sénior surgiu em Portugal em 1976 através da criação da Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa (UITIL). A esta, seguiram-se a Universidade Popular do Porto, a Universidade de Lisboa da Terceira Idade (ULTI) e a Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade do Porto (UATIP).

Apesar de ter acompanhado o ritmo mundial de crescimento da rede das UTI, a partir dos anos 70, a verdade é que, em Portugal, o número de UTI existentes nunca foi significativo, mas sim bastante restrito, estando limitado aos grandes pólos de desenvolvimento, as cidades de Lisboa e Porto. Saliente-se o facto de que este fenómeno foi essencialmente urbano, com uma concentração elevada no litoral norte do país. Na segunda metade da década de 80 surgiram mais cinco Universidades de Terceira Idade.

Todavia, nos finais dos anos 90 é que se pode falar efetivamente num verdadeiro processo de explosão das Universidades de Terceira Idade em Portugal, com o surgimento de mais quinze UTI. A partir desta altura, começou-se a verificar uma certa consciencialização por parte do Estado e da própria sociedade do real envelhecimento da população, começando a valorizar-se a participação e o papel do idoso na mesma. Nesta fase, Portugal viu surgir mais de 30 novas universidades destinadas à população idosa.

Com o lançamento do Ano Europeu de Envelhecimento Ativo, houve uma tomada de consciência e de sensibilização para estas questões e outros desafios do envelhecimento por parte autoridades públicas, parceiros sociais e organizações da sociedade civil, passando-se de 15 universidades séniores em 2007 para 182 em 2012 e o número de alunos de 1 200 para 35 000.

A maioria das Universidades Séniores assenta em associações auto-organizadas e em associações sem fins lucrativos, podendo também, em alguns casos, assumir-se como cooperativas e institutos. Algumas associações vieram a tornar-se Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS, a fim de obterem apoios e subsídios por parte do Estado. Neste contexto, funcionam fora do sistema escolar e cumprem os princípios da aprendizagem informal estando a maior parte das UTI agregada a outra associação, tipo IPSS, Associação Cultural ou Clube.

Em Portugal, as UTI têm de acordo com o seu regulamento geral, os seguintes objetivos:

- A promoção da melhoria da qualidade de vida dos séniores;
- A realização de atividades sociais, culturais, de ensino, de formação, de desenvolvimento social e pessoal, de solidariedade social, de convívio e de lazer, preferencialmente para maiores de 50 anos;
- A participação cívica e a auto organização dos séniores, principalmente após a reforma;
- A educação para a cidadania, para a saúde, para a tolerância, para o voluntariado e para a formação ao longo da vida;
- A colaboração na investigação académica e científica na área da gerontologia e da andragogia;
- A divulgação dos serviços, deveres e direitos dos séniores;
- O fomento do voluntariado, na e para a comunidade.

Em Portugal, as UTI estão representadas pela RUTIS, a Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS), entidade representativa das UTIS, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que foi fundada a 21 de Novembro de 2005, através de escritura pública, por 35 associados fundadores. A 16 de Janeiro de 2006 os seus primeiros estatutos foram publicados em Diário da República. A RUTIS tem procurado, nas suas atividades, promover o envelhecimento ativo, sendo este “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (OMS, 2002).

As UTI são um exemplo de vitalidade da sociedade civil e envelhecimento ativo, sendo frequentadas maioritariamente por mulheres, entre os 60-70 anos, com graus de instrução variável, desde a 4ª classe ao Doutoramento e, essencialmente, por reformados.

No que se refere ao impacto das UTI na qualidade de vida dos idosos foi levado a cabo um estudo em 3 destas organizações, em 2004 e 2005, baseado num inquérito da OMS (Medical outcomes study short form) e adotando grupos testemunhos que chegaram às conclusões abaixo indicadas:

Quadro 2. 6: Impacto das UTI na qualidade de vida

Pergunta / Grupo	Grupo A - Alunos	Grupo B - Não-alunos
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? (Nas ultimas 4 semanas)	6% disseram que sempre, a maior parte do tempo ou bastante tempo	35% disseram que sempre, a maior parte do tempo ou bastante tempo
Se sentiu feliz? (Nas ultimas 4 semanas)	77% disseram que sempre, a maior parte do tempo ou bastante tempo	42% disseram que sempre, a maior parte do tempo ou bastante tempo
Como avalia a sua qualidade de vida?	76% disseram que boa ou muito boa	23% disseram que boa ou muito boa

Fonte: Luís Jacob (2005)

Apesar da amostra ser diminuta, 150 inquiridos, o mesmo estudo conclui que as UTI combatem a depressão da população alvo destas instituições, que é a perturbação psíquica mais frequente dos idosos. Esta dedução é apoiada por outras investigações que consideram que a ocupação e a atividade têm um papel fundamental no combate às depressões; os idosos com maior depressão evidenciam maiores índices de atividades de lazer e maiores índices de solidão. Para Costa (2010, p. 87) “As UTI são também um projeto social e de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos séniores e prevenindo o isolamento e exclusão social. As UTI pertencem, aliás, ao projeto europeu de formação ao longo da vida (educação permanente), destinada a possibilitar que cidadãos europeus passem livremente de um ambiente de aprendizagem para um emprego ou vice-versa, ou de um país para outro, usando adequadamente as suas competências e qualificações, numa aprendizagem que vai do pré-escolar à pós-reforma, abarcando uma educação formal e/ou não-formal.

Existe por parte dos idosos uma demanda da construção de laços de socialização diferentes, com a dispersão da grande família, e a perda dos laços informais de vizinhança, pelo que surgiu a necessidade de se criarem redes sociais alternativas, papel muito bem desempenhado pelas UTI”.

2.4. Rendimento, pensões e situações de pobreza

A população idosa tem, em geral, rendimentos inferiores ao da população ativa, nomeadamente empregada, associado ao fato da principal fonte de rendimento dos idosos ser a pensão ou a reforma. Os dados da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações indicam um total de 3,5 milhões de pensionistas e reformados em Portugal em 2011.

Quadro 2. 7: Número de Pensionistas e Reformados

2011	Segurança Social				Caixa Geral de Aposentações		
TOTAL Pensões e Reformas	TOTAL	Velhice	Invalidez	Sobrevivência	TOTAL	Reformados e Aposentados	Pensionistas
3 502 809	2 943 645	1 951 031	282 697	709 917	559 164	453 129	138 648
%	84,0%	55,7%	8,1%	20,3%	16,0%	12,9%	4,0%

Fonte: PORDATA (2012)

As estatísticas da Segurança Social mostram que, em dezembro de 2010, a distribuição dos pensionistas de invalidez e velhice do regime geral, por escalões de pensões, apresentava uma maioria de pensionistas (65,4%) no escalão entre 246,36 e 419,21 euros mensais – um escalão intermédio que agrega os pensionistas que recebem entre 50% e 100% do IAS. Comparativamente a 2009, este escalão de pensões regista uma redução de 1,12 p.p. em termos de peso relativo, enquanto todos os outros escalões vêm o seu peso relativo aumentar em 2010. De referir, ainda, que o número de pensionistas inseridos no escalão mais elevado, superior a 5 594,34 euro, apresenta uma expressão relativa muito reduzida face ao universo considerado (0,03%), contemplando 491 pensionistas em dezembro de 2010.

Quadro 2. 8: Pensionistas - Rendimento por escalões

Escalões (euros)		2008		2009		2010	
2008	2009_10	Nº	%	Nº	%	Nº	%
+ 5479	+ 5594	491	0,03%	455	0,03%	491	0,03%
2444 - 5479	2515 - 5594	8 783	0,51%	9 665	0,55%	10 560	0,59%
611 - 2444	629 - 2515	196 733	11,37%	213 438	12,06%	223 587	12,41%
407 - 611	419 – 629	156 356	9,04%	170 684	9,64%	179 984	9,99%
236 - 407	246 – 419	1 178 747	68,15%	1 177 070	66,50%	1 177 965	65,39%
102 - 236	106 -246	168 647	9,75%	174 030	9,83%	180 311	10,01%
Até 101,87	Até 106,12	19 845	1,15%	24 812	1,40%	28 427	1,58%

Fonte: Contas da Segurança Social, 2008 e 2010, p. 275.

De acordo com os dados da Segurança Social, 77,0% dos pensionistas de velhice auferem um valor de pensão inferior ao valor do IAS (419,22 euro), o que compara com 77,7% em 2009 (representando uma redução de 0,7 p.p. em termos de expressão relativa). Analisando a distribuição dos pensionistas da Segurança Social, com mais de 65 anos, por escalões da pensão, observa-se a seguinte distribuição:

Quadro 2. 9: Pensionistas de Velhice da Segurança Social e Reformados da CGA por escalões da pensão (euros/mês) - 2011

	Total	Até 50	51-150	151-250	251-500	501-1000	1001-2500	2501-5000	+5000
Pensionistas SS	1 661 629	7 654	37 957	172 481	1 188 160	155 943	87 681	10 846	907
Estrutura %	100,0	0,5	2,3	10,3	71,5	9,4	5,3	0,6	0,1
Reformados CGA	453 129			57 017*	38 394	131 118	174 631	46 374**	5 235***
Estrutura %	100,0			12,6	8,5	28,9	38,5	10,2	1,3

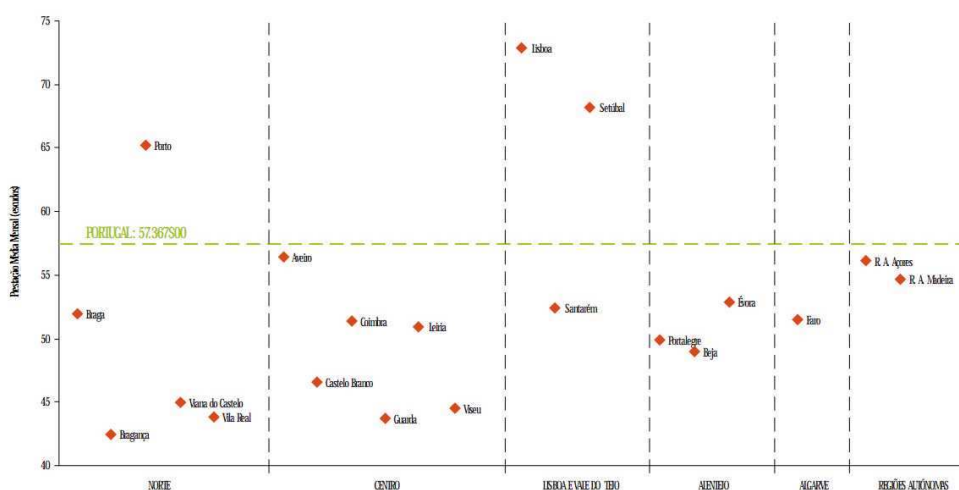
*Valores até 250; **escalão 2501-4000; ***+4000

Fonte : PORDATA (2012)

84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social têm uma pensão menor que 500 Euros e apenas 6% dos mesmos têm pensão superior a 1000 Euros. Nos reformados da CGA, 21% têm reformas abaixo dos 500 Euros enquanto 50% têm reformas acima de 1000 Euros. Conforme se pode observar pelo gráfico seguinte, são os Distritos de Lisboa, Porto e Setúbal que apresentam pensões médias mais elevadas e os Distritos de Bragança, Vila Real, Guarda e Viseu aqueles que apresentam pensões médias mais baixas.

Gráfico 2. 5: Prestações médias mensais das pensões por distritos

As Prestações Médias Mensais nos Distritos de Lisboa, Setúbal e Porto estão acima da média nacional.
Prestações Médias Mensais de Pensão de Velhice por Distrito



Fonte: Estatísticas da Segurança Social, 2010 Pensões e Pensionistas

Numa análise das remunerações dos trabalhadores de empresas cobertas pelos Quadros de Pessoal, verifica-se que, para um universo de cerca de 3 126 milhares de trabalhadores, existem 26% que têm uma remuneração abaixo de 500 Euros e 77% recebe menos do que 1 000 Euros, sendo a remuneração média mensal em 2009 de 867,54 Euros (para as mulheres é de 773,47 Euros e para os homens de 940,52 Euros).

2.4.1. Risco de pobreza

A pobreza, segundo Silva (2008), é um fenómeno complexo, multidimensional, com privação acentuada dos elementos básicos para uma vida longa e saudável, incluindo falta de alimentação adequada, carência de habitação e vestuário, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho, falta ou pouco acesso a serviços de saúde, a participação social e a decisões políticas, entre outros aspetos. Recorde-se que a taxa de risco de pobreza corresponde à população com rendimento anual inferior a 5 207 Euros ou seja 434 Euros/mês

Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, registando as taxas mais elevadas no que respeita a incidência, severidade e intensidade da falta de recursos. A população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%). Conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.

Os dados do INE relativos ao risco de pobreza (ver Quadro abaixo) mostram, ainda, um elevado risco para as famílias com um adulto com 65 ou mais anos comparado com a população em geral (coluna 3 do quadro). A condição de reformado revela um risco de pobreza bastante mais elevado em comparação com os indivíduos que estão a trabalhar. O quadro seguinte mostra o aumento do risco da pobreza dos idosos, em particular as idosas.

Quadro 2. 10: Taxa de risco de pobreza após transferências sociais, segundo o sexo e o grupo etário

Ano	Total			65 e mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M
2003	20,4	19,2	21,6	28,9	28,7	29,1
2004	19,4	18,7	20,1	27,6	27,5	27,8
2005	18,5	17,7	19,1	26,1	25,8	26,4
2006	18,1	17,2	19,0	25,5	23,6	26,9
2007	18,5	17,9	19,1	22,3	19,2	24,5
2008	17,9	17,3	18,4	20,1	17,7	21,8
2009	17,9	17,3	18,4	21,0	17,5	23,5

Fonte: INE, I.P., Anuário Estatístico, 2010. Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2004-2010 (ICOR; EU-SILC) II.7.12

Em 2005, foi instituído o Complemento Solidário para Idosos CSI, uma prestação do subsistema de solidariedade para pensionistas com 65 e mais anos, cujos rendimentos são inferiores a 4800 €/ano (valor de 2008). Os beneficiários podem ainda usufruir de benefícios adicionais de saúde (D.L. 252/2007) que consistem: a) na participação financeira em 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipados pelo Estado; b) na participação financeira em 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de €100, por cada período de dois anos; c) na participação financeira em 76% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de €250, por cada período de três anos. Em 2010, os beneficiários do CSI no Continente receberam, em média, 116 euros mensais e eram 12,2% no universo de pessoas idosas com mais de 65 anos.

Quadro 2. 11: Taxa de risco de pobreza segundo a condição perante o trabalho e composição do agregado familiar, Portugal, 2010 (%)

	%
Empregado	9,7
Desempregado	36,4
Reformado	18,5
Outros inativos	28
Total	17,9
1 adulto sem crianças	30,1
1 adulto c/ pelo menos 1 criança	37,0
2 adultos, pelo menos 1 c/ 65+ anos, sem crianças	20,3

Fonte: EU, SILC, 2010

Por outro lado, deve salientar-se que, face à situação de desemprego atualmente existente, existe um número significativo de pessoas que têm um risco de pobreza bastante elevado conforme se constata pelo Quadro acima. Se se tiver em atenção que a taxa de desemprego dos jovens é de 36%, facilmente se deduz que o risco de pobreza dos jovens está acima de 36%, sendo contudo de salientar que a taxa de risco de pobreza dos reformados se encontra também acima do valor global. Em síntese, existe grande diferença entre a taxa de risco de pobreza da população empregada em relação à população, desempregada, reformada ou inativa.

A situação é, ainda, mais preocupante quando em termos de composição familiar se verifica que as famílias constituídas por 1 adulto e 1 criança apresenta uma taxa de risco de pobreza de 37%. De salientar, ainda, a taxa de risco de pobreza de agregados familiares constituídos por 1 adulto sem crianças (30,1%), que integra a população idosa vivendo só e de agregados constituídos por 2 adultos, tendo, pelo menos, 1 mais de 65 anos e sem crianças (20,3%).

2.4.2. Despesas dos idosos

Ao analisar-se as despesas anuais de acordo com o rendimento médio das famílias e composição respetiva, observam-se que as despesas dos agregados familiares constituídos por 1 adulto com mais de 65 anos estão estimadas em 9 379 Euros, ou seja, 781 Euros mensais. Recorde-se que só 12 a 15% dos pensionistas de velhice da Segurança Social terão pensões que permitam cobrir as despesas mensais.

Quadro 2. 12: Despesa anual média por composição do agregado familiar 2010/2011

	Despesa anual média (euros)	
	por agregado	por adulto equivalente
Total	20 400	11 848
Agregados sem crianças dependentes	16 712	11 464
1 adulto não idoso	13 789	13 789
1 adulto idoso	9 379	9 379
2 ou + adultos não idosos	21 925	12 748
2 ou + adultos, pelo menos 1 idoso	16 963	10 352
Agregados com crianças dependentes	26 786	12 512
1 adulto com 1 ou + crianças dependentes	18 417	11 800
2 ou + adultos com 1 criança dependente	26 788	13 117
2 ou + adultos com 2 ou + crianças dependentes	28 784	11 911

Fonte: INE, Inquérito às Despesas Familiares, 2010/11 (valores provisórios)

Note-se que as despesas dos agregados constituídos com 1 adulto e 1 ou mais crianças dependentes são de 1 534 Euros mensais, também valor muito mais elevado que a remuneração média mensal em 2009 que era de 867,54 Euros (para as mulheres - 773,47 Euros e para os homens - 940,52 Euros). Se atendermos às despesas mensais dos agregados constituídos por 1 adulto idoso pode-se salientar que o mesmo, tendo uma despesa mensal de 782 Euros, gasta com habitação 330 Euros, com alimentação 99 Euros e com saúde 81 Euros. Em termos de agregados constituídos por pelo menos 2 adultos sendo pelo menos 1 idoso, este gasta por mês 1 413 Euros, sendo 484 Euros com despesas de habitação, 236 Euros com despesas para alimentação e 141 Euros para saúde. Se tivermos em consideração que cerca de 1,5 milhões de aposentados e reformados têm reformas e pensões abaixo de 500 Euros, refira-se que, em média, esta população só conseguiria garantir com os seus rendimentos o pagamento das despesas de habitação.

Quadro 2. 13: Estrutura das despesas dos idosos – 2010/2011

Euros	Total	1adulto idoso	2ou+ ad, sendo 1/+ id.
Despesa média anual por agregado	20 400	9 379	16 963
01 Produtos alimentares e bebidas n. alc	2 712	1 189	2 835
02 Bebidas alcoólicas, tabaco, etc.	384	67	275
03 Vestuário e calçado	757	194	438
04 Habitação: desp. água, elect, gás e comb.	5 958	3 957	5 815
05 Móveis, artigos de decoração, equip. doméstico e desp corr.de manutenção	864	460	781
06 Saúde	1 186	975	1 691
07 Transportes	2 957	472	1 771
08 Comunicações	680	276	513
09 Lazer, distração e cultura	1 073	286	622
10 Ensino	441	x	x
11 Hotéis, restaurantes, cafés e similares	2 111	872	1 205
12 Outros bens e serviços	1 277	619	955

Fonte: INE, Inquérito às Despesas Familiares, 2010/2011

2.5. Condições e qualidade de vida

A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, e da perceção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos que podem ser perceptíveis através de relações sociais, de valores pessoais, de sentimentos de isolamento / solidão e de preocupações com a segurança e situação financeira. Na verdade a qualidade de vida das pessoas também é afetada por questões monetárias e de privação material.

Muitos dos desafios que os idosos enfrentam no seu dia-a-dia estão ligadas à autonomia e independência das suas condições de vida, quer sejam ou não capazes de enfrentar e tomar decisões pessoais numa base diária, enquanto viverem de forma independente com pouca ou nenhuma ajuda de outras pessoas, sejam familiares ou amigos ou quaisquer outras pessoas.

A qualidade de vida tem muito que ver com o grupo de idade. Se no que se refere à população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional, já no grupo etário 65-74 anos, os seus problemas de saúde têm mais que ver com a evolução do seu estatuto social, nomeadamente com a entrada na reforma que, por muitos, pode ser considerada como uma perda de ligação social, podendo originar problemas de depressão.

A OMS define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo do seu lugar na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito muito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os elementos essenciais de seu ambiente. A partir desta definição, a OMS propõe uma divisão em seis “domínios” e 24 “Áreas” a estudar, para identificar a qualidade de vida, tal como definido acima:

1. Campo-Físico, incluindo os seguintes aspetos:

Dor e desconforto; energia e fadiga; dormir e repouso

2. Âmbito psicológico

Sentimentos positivos; pensar, aprendizagem, memória e concentração; estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos

3. Níveis de independência

Mobilidade; atividades da vida diária, dependência de remédios ou de ajuda médica; capacidade para trabalhar

4. As relações sociais

As relações pessoais; apoio social; atividade sexual

5. Envolvência

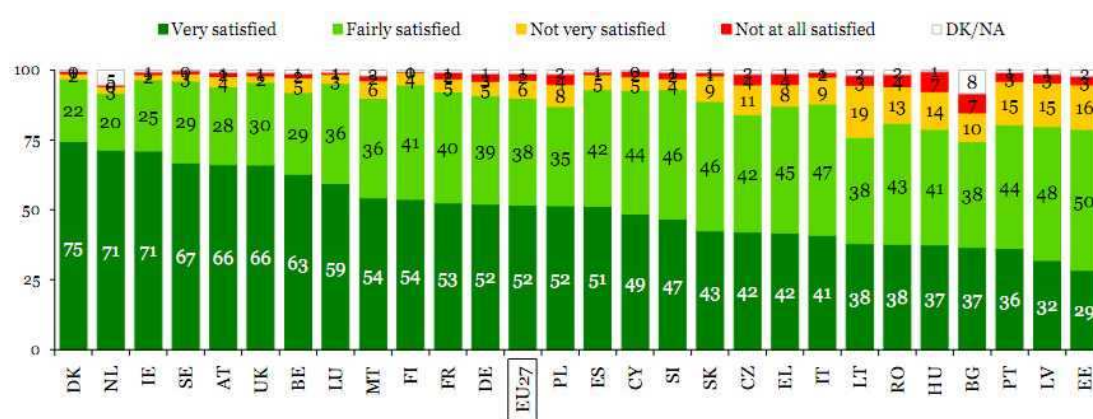
Segurança física; ambiente do local de residência; recursos financeiros; serviços de cuidados de saúde e sociais, sua disponibilidade e qualidade; oportunidades para adquirir novas competências e informações; participação e oportunidades para participar em atividades recreativas; ambiente (poluição, ruído, trânsito, clima); transportes

6. Espiritualidade/Religião/ Crenças Pessoais

Em Portugal, esta análise ainda não foi realizada com uma perspetiva tão ampla. Contudo, muitos aspetos são hoje chaves na contribuição que os mesmos têm para a qualidade de vida dos idosos, nomeadamente em períodos de crise, como é a atual situação. Por outro lado, as condições de vida da população idosa devem ter em linha de conta as condições de habitação. O tipo de habitação varia muito entre os Estados Membros da UE, quer em tamanho quer em idade ou qualidade. As estratégias nacionais de habitação se se pode dizer que existem em todos os EM, também se pode dizer que já não é assim quando se trata dos políticos estarem preocupados com a problemática do envelhecimento e a promoção das necessidades de acomodação dos idosos. A preferência de local para viver dos idosos varia muito, tendo que ver com o tipo de vida urbana e o tipo de vida rural.

Saliente-se que Portugal é um dos países da UE onde a satisfação da vida familiar na dimensão muito satisfatória é mais pequena, ao mesmo tempo que “nada satisfeito” é muito reduzida. Conforme citado no Eurobarómetro nº 247 – “family life and the needs of an ageing population”, a maneira como os idosos gostariam de viver de modo a garantir melhor qualidade de vida, 40% da população com 55 e mais anos prefere viver, enquanto idosos, em casas pequenas no mesmo local onde têm vivido, 15% prefere viver no campo, 8% numa zona urbana, 11% em habitação protegida, 3% com familiares, 8% com familiares mais chegados e 4% noutros locais. Em termos de satisfação com a vida familiar, verifica-se a seguinte situação nos Estados Membros da UE:

Gráfico 2. 6: Satisfação com a vida familiar



Fonte : CE Eurobarómetro nº 247

Também o rendimento dos idosos tem uma incidência direta sobre as condições de privação e, deste modo, sobre a qualidade de vida. Tendo por base o Painel dos Agregados da Comunidade Europeia,

Alexandra Lopes realizou um estudo tendo por objetivo analisar as dimensões de privação relativamente aos idosos. Foram identificados 22 indicadores de privação com base num conjunto de questões, que conduziram à conclusão da autora de que “ *particularmente marcadas são as diferenças observadas no índice das condições de habitabilidade básicas e no índice das necessidades primárias, facto tanto mais relevante quanto remete para um conjunto de necessidades que, a não serem satisfeitas, colocam em risco grave a própria integridade física do individuo.*” (p. 8)

Quadro 2. 14: Índices de carência

Dimensões de carências	Indivíduos abaixo de 65 anos	Indivíduos acima dos 65 anos
Necessidades primárias	0,59	0,65
Estilo de vida básica	0,61	0,72
Estilo de vida secundária	0,24	0,38
Condições de habitabilidade básicas	0,07	0,17
Condições de conforto da habitação	0,21	0,28

Fonte: Lopes (2008)

Conforme se pode observar pelo quadro acima, a situação dos idosos apresenta para todas as dimensões de carências, índices mais elevados que a população mais jovem, o que significa uma situação de maior desfavorecimento.

2.6. Conclusões

- A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões.

- A solidão, falta de rendimentos e a inatividade constituem fatores de risco para os idosos (em geral para outras camadas da população), em termos de necessidades acrescidas de serviços de saúde e de bem estar - até 2007, a população idosa tem uma taxa de participação relativamente elevada na atividade económica, após ter atingido a idade da reforma ou até mesmo após se ter reformado ou

aposentado; nos últimos anos, com o início da crise de 2008, tem vindo a verificar-se uma quebra no emprego de idosos.

- O voluntariado é, assim, um meio de permitir às gerações atividades em conjunto e de fornecer oportunidades para os cidadãos séniores permanecerem ativos e contribuírem para a comunidade, divulgando conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida. Portugal encontra-se no grupo com uma percentagem “relativamente baixa” de voluntariado e com uma contribuição para o PIB abaixo de 1%

- A “atividade lúdica” constitui um dos fatores que mais contribui para a melhoria da QdV da população idosa.

- O sector do turismo sénior é uma área com perspetivas de crescimento tendo em conta, nomeadamente, a tendência de crescimento do grupo da população de 65 e mais anos no total da população; em Portugal existem 3 programas de turismo sénior.

- As Universidades Séniores, entidades com uma vertente académica e outra social e lúdica, são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, através de aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os séniores se sentem úteis, ativos e participativos. Em Portugal, só a partir dos anos 90 se deu uma verdadeira explosão destas entidades, existindo 182 em 2012, com um número de alunos de 35 000 e se tomou consciência do seu papel na qualidade de vida dos séniores e numa concretização do princípio da aprendizagem ao longo da vida.

- A população idosa tem, em geral, rendimentos inferiores ao da população ativa, nomeadamente empregada, e está associada ao fato da principal fonte de rendimento dos idosos ser a pensão ou reforma; 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social têm uma pensão menor que 500 Euros e apenas 6% dos mesmos têm pensão superior a 1000 Euros. Nos pensionistas da CGA, 21% têm pensões abaixo dos 500 Euros enquanto 50% têm pensões acima de 1000 Euros.

- Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos; a população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de

20,1% e superior à média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.

- Em termos de despesas das famílias, e se tivermos em consideração que cerca de 1,5 milhões de aposentados e reformados têm reformas e pensões abaixo de 500 Euros, pode-se concluir que, em média, esta população só conseguia garantir com os seus rendimentos o pagamento das despesas de habitação.

- A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, da perceção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos; a qualidade de vida tem muito que ver com o grupo de idade: para a população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional, já no grupo etário 65 -74 anos, os seus problemas de saúde têm mais que ver com a evolução do seu estatuto social.

- Portugal é um dos países da UE onde, para os idosos, a satisfação da vida familiar, na dimensão muito satisfatória, é mais pequena e onde a situação dos idosos apresenta para todas as dimensões de carências, índices mais elevados que a população mais jovem, o que significa uma situação de maior desfavorecimento.

- Portugal, segundo dados do Eurostat, aparece como o segundo País da UE com as mais elevadas taxas da População idosa com limitações nas atividades da vida diária.

- Os estudos analisados neste capítulo sobre idosos com necessidades de apoio sugerem uma significativa e crescente população idosa com estas necessidades para a realização de atividades da vida diária; tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos sugere que serviços descentralizados e personalizados poderão ser os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos seniores; os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (65+ anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas, sendo a maioria dos serviços prestada pelos cuidadores familiares.

Anexo: Turismo Sénior em Portugal - os benefícios da participação

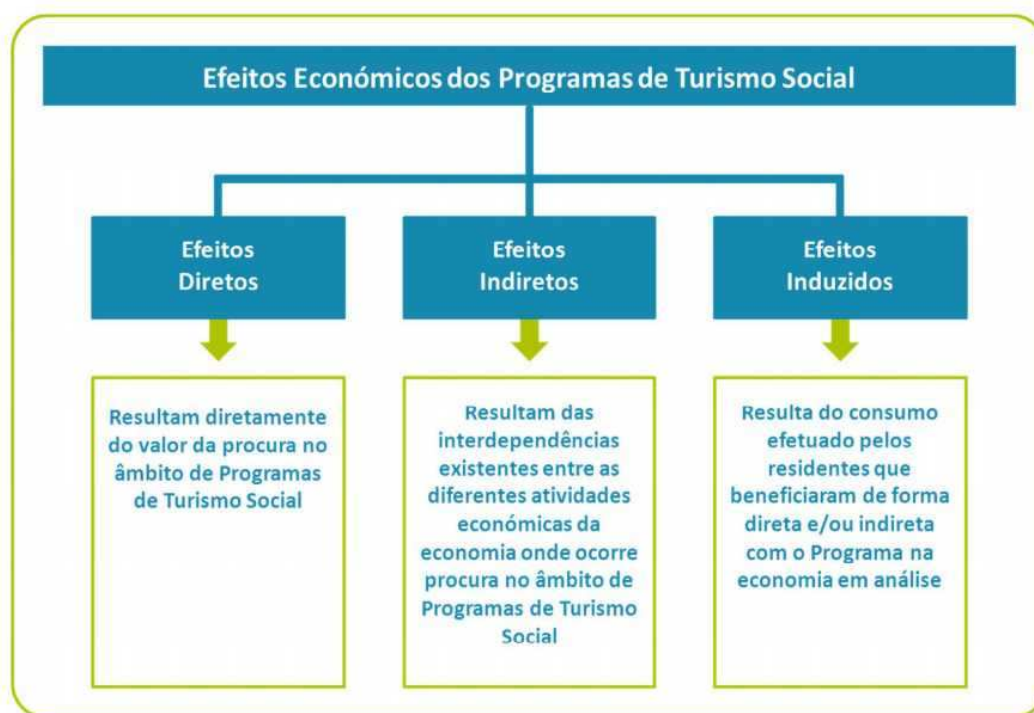
Os benefícios da participação dos indivíduos em viagens turísticas são fortemente reconhecidos na literatura, podendo ser categorizados em três grandes dimensões: benefícios a nível físico e psicológico, benefícios em termos de aprendizagem e benefícios em termos de socialização - Universidade de Aveiro Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, 2012.

Gráfico 2. 7: Potenciais benefícios dos programas de turismo social para os participantes

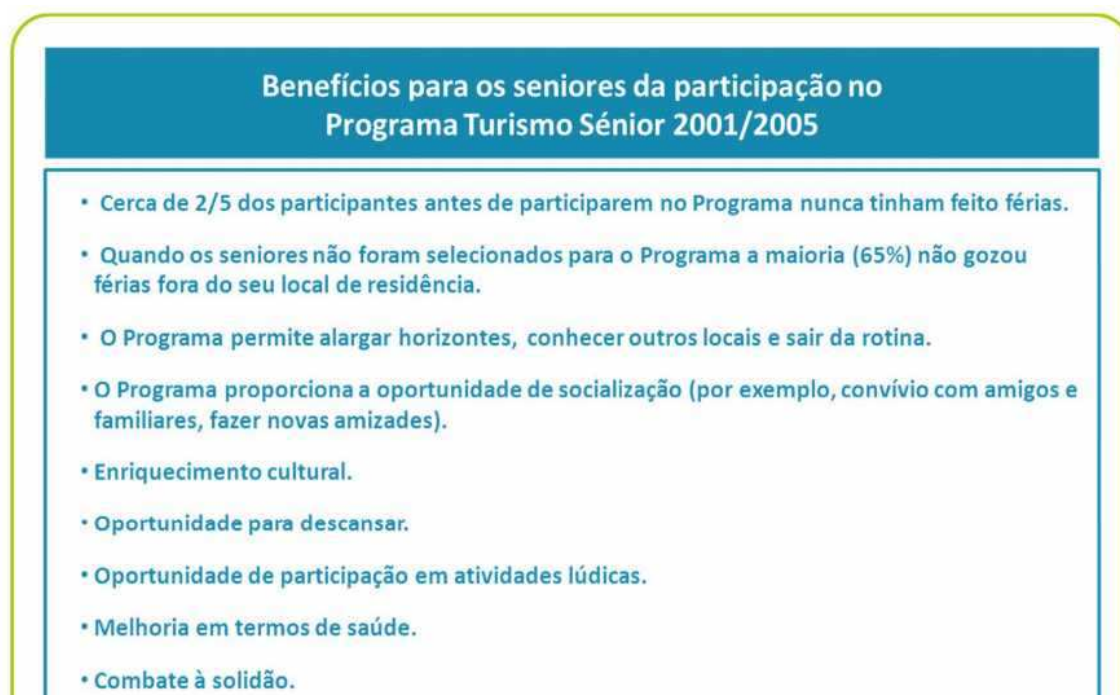


Fonte: Lima *et al.* (2010)

Por sua vez, estas atividades económicas (exemplos: unidades hoteleiras, restaurantes) para fornecerem bens e serviços aos participantes dos Programas de Turismo Social necessitam de adquirir bens e serviços a outras atividades económicas, iniciando um fluxo de interligações entre as diferentes atividades económicas, o que originará um conjunto de efeitos económicos indiretos dos programas. Observa-se, também, que estes programas contribuem de forma direta e indireta para o aumento do rendimento disponível das famílias. Quando este rendimento é gasto na economia em estudo ocorre um novo ciclo de efeitos que são designados por efeitos induzidos.



Segundo o mencionado estudo o inquérito por questionário, administrado a 1000 séniores que participaram no Programa no período de 2001 a 2005, permitiu avaliar os benefícios obtidos pelos participantes deste Programa (Figura 11). Os resultados obtidos revelam claramente que este Programa tem um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida dos participantes.

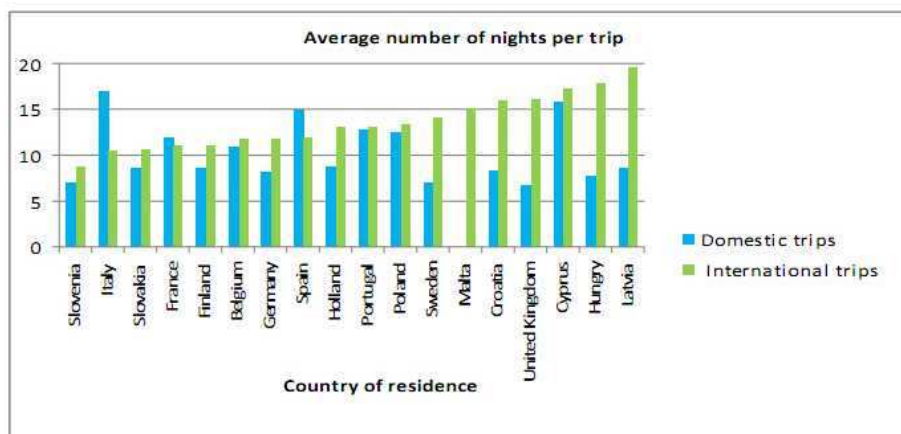


Através do estudo mencionado pode constatar-se que pelos efeitos sociais e económicos da oferta de Programas de Turismo Sénior, os mesmos terão reflexos positivos em períodos de recessão económica, considerando-se que, em períodos de crise económica, a oferta de Programas de Turismo Social deve ser intensificada.

Gráfico 2. 8: Contributos dos Programas de Turismo Social para ultrapassar períodos de recessão económica



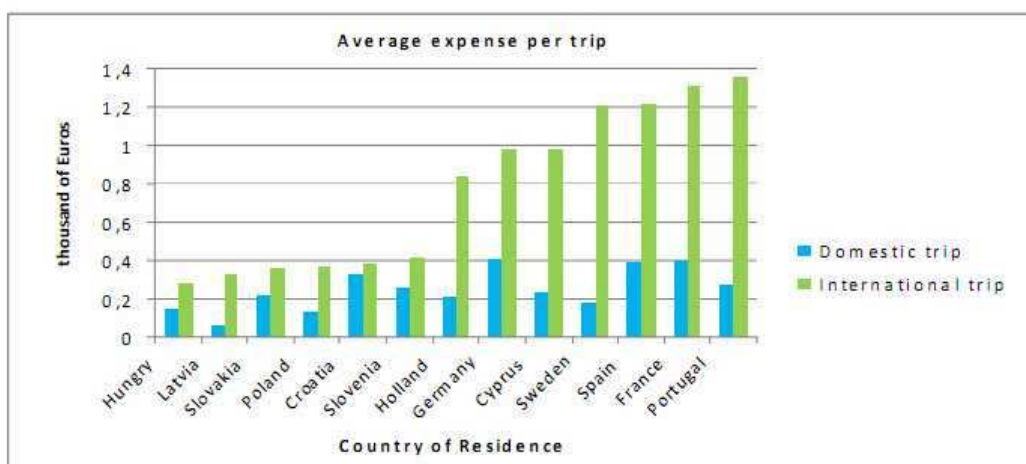
Gráfico 2. 9: Número médio de noites por viagem



Note: The information refers to holiday trips with 4 or more nights undertaken by seniors with 65 or more years.

Source: Adapted from EUROSTAT (2012)

Gráfico 2. 10: Média de despesas por viagem



Fonte: Eurostat (2012)

3. A População Idosa e a Situação de Isolamento

Como refere a Organização Mundial de Saúde (2002), o aumento da proporção de população idosa no total da população, bem como no número de idosos a residirem sozinhos, tem vindo a originar a problemática do isolamento social, considerada como uma preocupação a ter em consideração e a avaliar.

Atendendo aos resultados apurados nos Censos 2011 e outros dados estatísticos relevantes, que irão ser referidos ao longo do presente capítulo, também em Portugal este aumento é significativo, razão pela qual, têm vindo a ser desenvolvidas ações, no sentido de minimizar os seus efeitos negativos junto da população idosa isolada ou a viverem sós.

Considerada como uma boa prática, a Operação Censos Sénior, realizada pela Guarda Nacional Republicana – GNR (2012), apresenta-se como uma das intervenções de grande contributo no conhecimento prático sobre esta temática em Portugal, ao cooperar para a caracterização desta população a nível nacional e na sinalização de situações de vulnerabilidade que carecem de acompanhamento social.

Neste âmbito, e com a preciosa colaboração da GNR, foi realizado um estudo de caso sobre este tema, em que foi aplicado um inquérito por questionário por agentes desta força policial junto de pessoas idosas durante o mês de junho do corrente ano em todos os distritos do Continente. Este estudo permitiu a elaboração de algumas considerações que irão ser apresentadas, sendo igualmente apresentados os resultados obtidos no levantamento realizado através da operação Censos Sénior.

Considerando o que atrás foi referido, este capítulo procura ser mais um contributo para a reflexão da problemática do isolamento social, procurando contextualizar estatisticamente e conceptualmente este problema em Portugal e na União Europeia. Serão referidas algumas práticas de intervenção que têm vindo a ser desenvolvidas para a redução dos seus impactos na população idosa em situação de isolamento, sendo também abordada brevemente a problemática do envelhecimento ativo, atendendo este ser o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações”.

3.1. A problemática do isolamento social

Para melhor compreender a problemática do isolamento social é necessário desdobrar este conceito, atendendo que os significados atribuídos *a pessoa idosa isolada* e *a pessoa idosa sozinha* serem diferentes apesar de, por vezes, serem entendidos como sinónimos e se encontrarem na bibliografia outros conceitos similares.

Para o conceito de isolamento social encontram-se algumas definições, que no presente estudo se aplicou a seguinte definição: “objective state of having minimal contact and interaction with others and a generally low level of involvement in community life.”³³ Para Findlay e Cartwright (2002) este conceito envolve duas componentes, as poucas inter-relações sociais combinadas com a experiência da solidão.

O conceito de “*Isolamento social*” diz respeito a integração de uma pessoa e/ou grupo num contexto social. Inclui dados objetivos, como seja o número, o tipo e duração de contactos entre indivíduos e o meio social envolvente. Um dado importante nesta componente é a rede social do indivíduo (Wenger et al. 1996).

Também os conceitos de “*viver sozinho*” e “*solidão*” são na sua conceção diferentes (Townsend e Tunstall 1968); por exemplo, o facto de se ter uma rede de relacionamento mais alargado não previne sentimentos de solidão. Com o envelhecimento pode-se ficar mais isolado mas não quer dizer que seja a causa do isolamento. Fonseca (2004³⁴, pp. 210-11) indica que “se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos (sobretudo daqueles que na comunidade vivem pior), é igualmente necessário e não menos importante proporcionar oportunidades para que as pessoas idosas possam entrar em relação com terceiros e encontrar outras pessoas em quem possam confiar. O estabelecimento de relações de confiança surge, efetivamente, como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão que, independentemente do contexto onde se vive, espreita por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte iminente ou, simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.”

³³ Naufal (2008, p.10).

³⁴ Fonseca (2004).

Os trabalhos de Paúl mostram bem as características das populações afetadas pela solidão, que não está indissociavelmente ligado à idade mas sobretudo à falta de objetivos: “Sem objetivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosa e solitária, [os idosos] ou se sentiam acompanhados por algum Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável” (Paúl, 1992, p.78). No entanto, “nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos, mesmo vivendo sós, mantinham-se satisfeitos com a vida” (p.78). Verificou-se, ainda, que os idosos analfabetos “vêm acrescidas a sua solidão, pelas dificuldades que têm no acesso à informação, escrita e mesmo falada, reforçando ainda mais o seu isolamento” (Paul, 1992, p.73); outros estudos mostram que os níveis elevados de solidão “ocorrem em classes sociais mais baixas, com poucos interesses específicos e com uma baixa capacidade de ocupação em atividades de índole pessoal... relacionada com a fraca ou inexistente educação escolar, bem como com a falta de experiência anterior em atividades de ocupação de tempos livres.” (Fonseca, 2004, p. 174)

O conceito de “*Solidão*” entenda-se como uma avaliação que é realizada a título individual e subjetivo da rede de contactos sociais (Andersson, 1998). *Toda pessoa tem, virtualmente, pelo menos um contacto social mínimo, por isso a solidão é vista mais como representando insatisfação com o número ou a qualidade total de contacto social. (Peplau; Perlman apud Neto; Barros, 2001).*

Segundo Findlay e Cartwright (2002), os fatores de risco que podem potenciar o isolamento social são:

- Ter uma doença física ou mental
- Ser muito idoso (mais de 80 anos)
- Viver sozinho
- Ser cuidador de outrem por período longo
- Sofrer a perda de um ente querido
- Ser vítima de maus tratos na terceira idade
- Ter dificuldades de comunicação (audição)
- Possuir baixas habilitações
- Ter dificuldade de acesso a meios de transporte
- Residir em zonas pobres

“Viver sozinho” refere-se simplesmente a uma pessoa que reside sozinha; segundo os Censos 2011 em Portugal Continental das 1 949 557 pessoas com mais de 65 anos, vivem sozinhas: 433 901 tem entre 75-79 anos; 301 251 tem entre 80 – 84 anos; e 243 137 têm mais de 85 anos.

Quadro 3. 1: População com 65 ou mais anos a viver só

Desagregação geográfica	População com 65 ou mais anos de idade			Alojamentos familiares de residência habitual nos quais todos os residentes têm 65 ou mais anos		
	Total	A residir em alojamentos familiares sem outras pessoas		Total	Com 1 pessoa com 65 ou mais anos	Com 2 ou mais pessoas com 65 ou mais anos
	(1)	(2)	= (2)/(1)	(3)	(4)	(5)
Portugal	2 022 504	1 205 541	59,6%	797 851	400 964	396 887
Continente	1 949 557	1 171 634	60,1%	774 492	387 715	386 777

Fonte: INE, Censos 2011

Sumariando, conforme os vários estudos analisados, todas as definições de solidão implicam que a solidão resulta de deficiências nas relações sociais da pessoa sozinha e, também, que a solidão é vista como um fenómeno psicológico subjetivo e, por isso, não é sinónimo de isolamento.

3.2. O envelhecimento ativo e o isolamento social

Por envelhecimento ativo entende-se como “a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida”³⁵.

O envelhecimento ativo e saudável está relacionado com a promoção da autonomia e assenta em duas premissas: **na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas**. Também a questão da qualidade de vida, do bem-estar estão diretamente ligadas ao convívio, atividade familiar e ao sentir-se útil.

³⁵ <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=pt>.

Atendendo a importância desta problemática foi elaborada uma **Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012** aprovada em 5 de Abril de 2012, em que se recomenda ao governo:

Art.n.º3 - Incentive o voluntariado de vizinhança, coordenado pelos concelhos locais de ação social e em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social, **com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência**, e encaminhar para a rede social ou comissões sociais de freguesia que devem providenciar, tendo em consideração a vontade e autonomia da pessoa idosa, as respostas adequadas junto das entidades competentes.

- Art. N.º 4 — Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e **assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa** e favorecendo a sua saúde física e mental.

- Art. N.º 5 — Generalize a utilização da tecnologia, com especial relevo para a telemática, garantindo a segurança, vigilância, monitorização eletrónica e alarme das pessoas idosas.

O isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo. Esta realidade, já identificada por várias entidades, é a razão pela qual se procura através da prevenção e da articulação, a identificação de situações de vulnerabilidade nesta população.

3.3. Segmentação da população idosa na Europa

A população com 65 e mais anos tem vindo a aumentar significativamente em todos os países da União Europeia o que, aliado ao facto de em muitos deles se observarem baixas taxas de natalidade, tem originado um envelhecimento cada vez maior na UE, tendência que se irá manter nas próximas décadas conforme estudos realizados, nomeadamente pelo EUROSTAT.

Efetivamente em 1 de janeiro de 2010, conforme o quadro que a seguir se apresenta, verificava-se existirem cerca de 87 milhões de pessoas com mais de 65 anos o que representava 17,4% da população total sendo a população com idades compreendidas entre 65 e 79 anos, de 63,6 milhões e a população com mais de 80 anos de 23,5 milhões.

Na generalidade, todos os estados membros apresentam um peso elevado quer do grupo etário 65-69 anos quer do grupo etário de 80 e mais anos, com maior realce para a Alemanha, Grécia, Bulgária, Itália, Lituânia e Portugal no grupo etário 65-79 anos e Itália, França, Suécia, Alemanha, Finlândia, Áustria e Portugal para o grupo de pessoas com 80 e mais anos.

Quadro 3. 2: População em 1 de janeiro de 2010 nos Países da União Europeia

Milhares	Total	50 a 64 anos			65 a 79 anos			80 + anos		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
UE27	501 104	19,1%	9,3%	9,8%	12,7%	5,7%	7,0%	4,7%	1,6%	3,1%
Euro área	330 910	18,9%	9,3%	9,6%	13,3%	6,0%	7,2%	5,0%	1,7%	3,3%
BE	10 840	19,3%	9,6%	9,7%	12,2%	5,6%	6,7%	4,9%	1,7%	3,2%
BG	7 564	20,8%	9,8%	11,0%	13,7%	5,7%	8,0%	3,8%	1,4%	2,4%
CZ	10 507	20,8%	10,1%	10,7%	11,7%	5,0%	6,7%	3,6%	1,1%	2,4%
DK	5 535	19,6%	9,8%	9,8%	12,2%	5,8%	6,4%	4,1%	1,5%	2,7%
DE	81 802	19,3%	9,6%	9,7%	15,6%	7,2%	8,4%	5,1%	1,6%	3,5%
EE	1 340	18,8%	8,3%	10,5%	13,0%	4,6%	8,3%	4,1%	1,0%	3,1%
IE	4 468	16,0%	8,0%	8,0%	8,5%	4,1%	4,5%	2,8%	1,0%	1,8%
EL	11 305	18,9%	9,2%	9,7%	14,3%	6,4%	8,0%	4,6%	2,0%	2,6%
ES	45 989	17,4%	8,5%	8,9%	12,0%	5,4%	6,6%	4,9%	1,7%	3,1%
FR	62 791	19,2%	9,4%	9,9%	11,5%	5,2%	6,3%	5,3%	1,8%	3,5%
IT	60 340	19,0%	9,2%	9,7%	14,5%	6,5%	7,9%	5,8%	2,0%	3,8%
CY	803	18,0%	8,9%	9,1%	10,1%	4,7%	5,4%	2,9%	1,2%	1,7%
LV	2 248	18,5%	8,2%	10,3%	13,4%	4,8%	8,7%	3,9%	0,9%	3,0%
LT	3 329	17,7%	7,8%	9,9%	12,4%	4,5%	7,9%	3,6%	0,9%	2,7%
LU	502	17,8%	9,1%	8,7%	10,3%	4,7%	5,6%	3,6%	1,2%	2,5%
HU	10 014	20,3%	9,4%	11,0%	12,7%	4,9%	7,8%	3,9%	1,2%	2,8%
MT	414	21,4%	10,6%	10,8%	11,5%	5,1%	6,4%	3,3%	1,2%	2,1%
NL	16 575	20,1%	10,1%	10,0%	11,4%	5,4%	6,0%	3,9%	1,3%	2,6%
AT	8 375	18,4%	9,0%	9,3%	12,8%	5,8%	7,0%	4,8%	1,5%	3,3%
PL	38 167	20,8%	9,8%	10,9%	10,2%	4,1%	6,1%	3,3%	1,0%	2,3%
PT	10 638	18,6%	8,9%	9,7%	13,4%	5,9%	7,5%	4,5%	1,6%	2,9%
RO	21 462	18,8%	8,9%	9,9%	11,9%	4,9%	6,9%	3,1%	1,1%	2,0%
SI	2 047	20,3%	10,3%	10,1%	12,6%	5,4%	7,2%	3,9%	1,1%	2,8%
SK	5 425	19,5%	9,3%	10,2%	9,5%	3,8%	5,8%	2,7%	0,8%	1,9%
FI	5 351	21,7%	10,8%	11,0%	12,4%	5,6%	6,8%	4,6%	1,4%	3,2%
SE	9 341	19,1%	9,6%	9,5%	12,8%	6,1%	6,7%	5,3%	2,0%	3,3%
UK	62 027	18,2%	8,9%	9,2%	11,8%	5,5%	6,3%	4,6%	1,7%	2,9%

Fonte: Eurostat, Base de dados Demográficos

Ao mesmo tempo, verifica-se que, na UE, 31,1% da população com 65 e mais anos vive só, 48,3% vive em casal e 25,2% vive em família com ou sem filhos (ver Quadro seguinte). Cerca de nove em cada dez pessoas com 65 anos ou mais viviam em 2009 de forma independente na Alemanha, França, Finlândia e Reino Unido, enquanto nos Países Baixos encontravam-se nesta situação 95,1% dos idosos. Segundo a mesma fonte de informação, Chipre (71,2%), Espanha (61,3%), Estónia (57,9%) e Portugal (66,2%) são os países onde se verifica menor independência dos idosos (a viverem sós ou em casal). Tal poderá ser justificado, segundo o EUROSTAT, por existir um maior

peso de famílias integrando várias gerações, onde as pessoas idosas beneficiam dos cuidados dos familiares mais novos.

Quadro 3. 3: Segmentação da população com 65 e mais anos em 2009

(%)	Vivendo Só	Vivendo em conjunto	Vivendo noutro tipo de família	Vivendo em Família com crianças
UE27	31,1	48,3	20,6	4,6
BE	26,8	50,7	22,6	4,2
BG	31,2	44	24,8	6,4
CZ	33,5	50,1	16,4	3,3
DK	nd	nd	nd	nd
DE	33,7	57,3	9	1,3
EE	20,3	37,6	42	11,2
IE	29,4	43,9	26,7	4,1
EL	25,4	48,8	25,7	3,8
ES	20	41,3	38,8	6,5
FR	36	54,5	9,5	1,7
IT	32,7	41,6	25,7	3
CY	16,4	54,8	28,7	2,9
LV	26,3	27,5	46,2	17
LT	39,4	31,2	29,4	12,2
LU	30,1	52,1	17,8	5,9
HU	30,1	39,9	30	8,1
MT	24	40,5	35,5	5,7
NL	36,1	59	4,9	0,8
AT	33,6	43,5	22,9	5,7
PL	26,5	37,2	36,6	15
PT	20,9	45,3	33,8	8,1
RO	26,8	35,6	37,6	18,1
SI	32,5	39,4	28,2	6,6
SK	30,9	38,9	30,2	9,8
FI	35,4	52,5	12,1	1
SE	nd	nd	nd	nd
UK	34,1	53,4	12,5	1,9

Fonte: Eurostat, Base de dados Demográficos

O bem-estar das pessoas tem uma componente marcada fortemente pelos contactos e relações sociais para além dos padrões de vida materiais, rendimento, consumo e riqueza. Nos contactos e relações incluem-se os laços de amizade e familiares, aparecendo nalguns países europeus os primeiros como mais intensos do que os laços familiares. Contudo, numa série de países fundamentalmente da Europa do Sul, entre os quais se encontra Portugal, prevalecem os contactos

com os familiares, com cerca de 60% da população apresentando encontros com familiares, pelo menos uma vez por semana.

Constata-se, assim, pelo quadro abaixo, que a satisfação na vida e a felicidade estão positivamente correlacionados com a participação social, destacando-se com efeitos mais fortes os contactos sociais regulares, seguido pela ajuda a outras pessoas e participação em organizações voluntárias, de acordo com os coeficientes estimados.

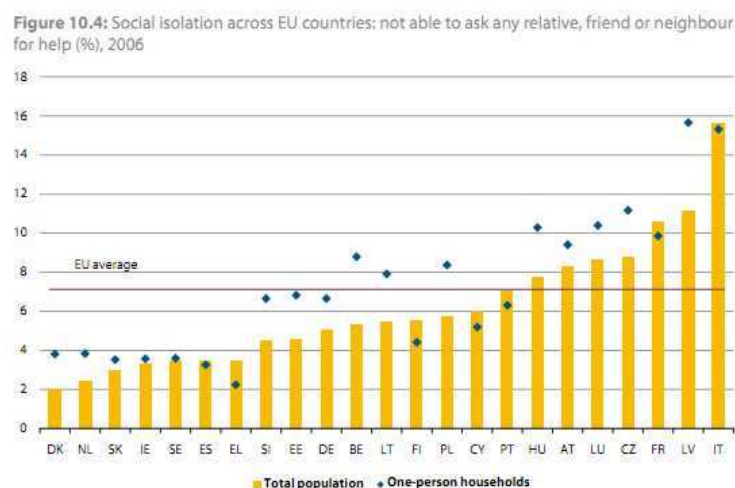
Quadro 3. 4: Correlação entre bem-estar e de participação social

	Bem-estar	Felicidade
Envolvidos em trabalho de organizações voluntárias	0,14	0,13
Outras ajudas (exceto família/trabalho/voluntariado)	0,15	0,14
Ajuda / atividades auxílio em comunidades locais	0,13	0,12
Encontros com amigos, familiares ou colegas pelo menos uma vez por mês	0,16	0,19

Fonte: EUROSTAT, 2010, Income and living conditions in Europe

O isolamento social é um fenómeno que pode ser determinado através de vários indicadores e, segundo alguns autores, são mais importantes, em termos de felicidade pessoal, os contactos sociais do que dispor de rendimentos. Numa perspetiva cultural e psicológica, não é bom, sob vários ângulos, viver-se de uma forma isolada. Ainda é de salientar que as pessoas que nunca se encontram com amigos ou familiares terão mais dificuldades em receber ou prestar ajuda; basta ter-se pelo menos um contacto por ano para que a capacidade para receber apoio/ajuda se mostre diferente. Entre os indicadores citados no trabalho “Income and Living conditions in EU” e que se referem ao isolamento social apontam-se os seguintes: falta de apoio se necessário, nunca encontrar parentes, nunca encontrar amigos, não ter contactos com familiares, não ter contactos com amigos, não encontrar parentes nem amigos.

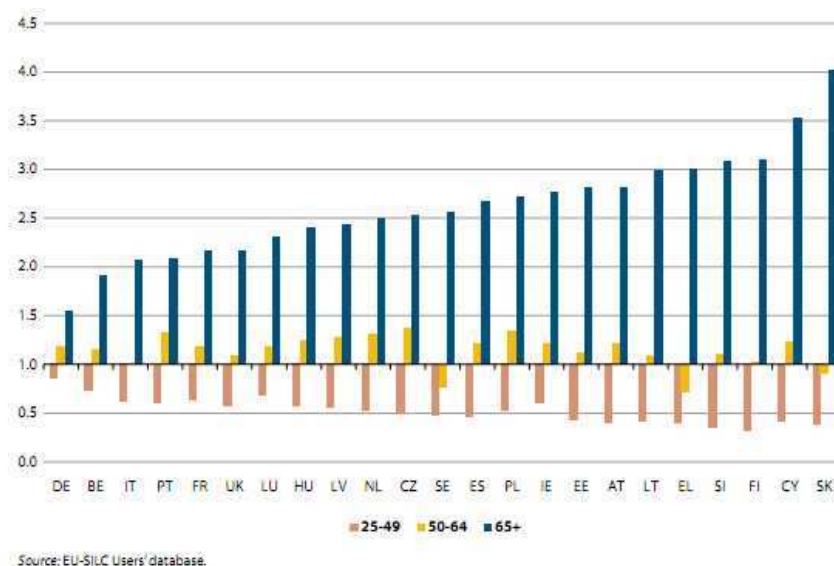
Gráfico 3. 1: Isolamento social, em % do total da População, 2006



Fonte: EU, SILC Users database

De acordo com o Gráfico acima, constata-se que a maioria da população dos países da Europa apresenta-se como tendo hipótese de obter apoio de familiares, amigos ou vizinhos. Somente 8% das pessoas, como média europeia, dizem que não conseguem obter qualquer apoio (a falta de capacidade para obter apoio se necessário - indicador chave para o isolamento social).

Gráfico 3. 2: Pessoas sem amigos, por grupo etário, em % do total da População, 2006



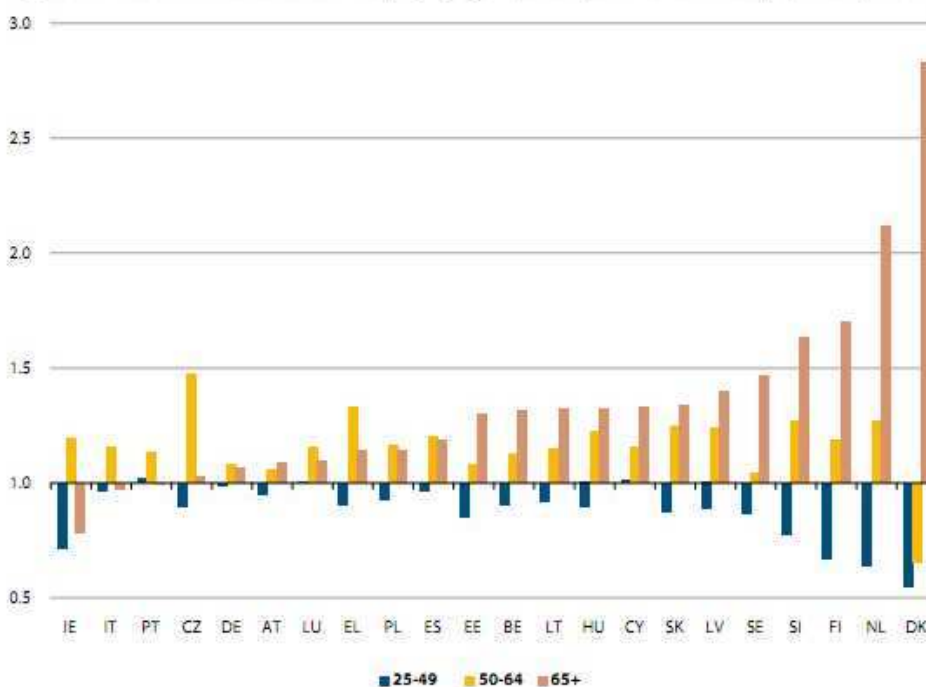
Passando a análise do isolamento por grupo de idades verifica-se que, com o aumento da idade, é também maior a percentagem de pessoas que não têm relações de amizade por vários motivos, nomeadamente por morte dos amigos e dificuldade de os substituir ou encontrar novas amizades;

em cerca de metade dos países europeus, uma em cada 10 pessoas com 65 e mais anos não tem qualquer ligação com amigos, nem pessoalmente nem por qualquer outra forma de contacto. Porém, a família e parentes desempenham um papel maior na prevenção do isolamento nas idades mais avançadas. No entanto, Portugal encontra-se numa situação confortável em relação à maioria dos restantes países da Europa, na medida em apenas cerca de 2% da população de 65 e mais anos não tem contacto com amigos, encontrando-se entre os cinco países com maiores relações de amizade para o grupo etário de 65 e mais anos, embora acima dos outros grupos etários.

Ao passar-se à análise do isolamento dos idosos em termos de não obterem qualquer ajuda constata-se que este indicador não é agravado pela questão da idade, sobretudo se se comparar com o indicador da relação com os amigos. Em relação a Portugal, na linha da tendência, a idade não afeta grandemente a existência de ajuda. Portugal encontra-se entre os países com um dos melhores indicadores no que respeita à obtenção de ajuda para os idosos, caso seja necessário; encontra-se em terceiro lugar, a nível dos Estados Membros da UE, o que mostra a existência e a importância de redes informais de solidariedade (familiares, amigos e vizinhos).

Gráfico 3. 3: Pessoas sem ajuda, por grupo etário, em % do total da População, 2006

Figure 10.7: Ratio of those with no help by age groups compared to the total population, 2006



Source: EU-SILC Users' database.

3.4. Segmentação da população idosa em Portugal

Contudo, a situação de idosos a viverem sós, em Portugal, não é homogénea em todo o território, apresentando diferenças significativas. Em termos absolutos, em 2011 e de acordo com os Censos da População, cerca de 1 205,5 milhares de pessoas com mais de 65 anos viviam sós (1 171 no Continente) e 797,9 milhares viviam em companhia exclusiva de outras pessoas idosa (774 no Continente - cerca de 60% vivendo sós ou em companhia de outros idosos).

Recorde-se que o total de população de 65 e mais anos era em 2011, para o Continente, de cerca de 1 171 milhares, o que representava 19,4% do total de população, encontrando-se a maior parte da mesma nas Regiões Norte e Centro e na Região de Lisboa.

No Continente, é na região de Lisboa onde se encontram mais idosos vivendo sós (22,3%), seguindo-se as regiões do Alentejo (21,9%) e Algarve (20,7%). Em termos de idosos que vivem exclusivamente com outros idosos, é a região do Alentejo onde a percentagem dos mesmos é maior (43,5%), seguindo a Região Centro (42,9%) e a Região do Algarve (41,2%).

Quadro 3. 5: Percentagem da População Idosa que vive sozinha ou com outros idosos - 2011

%	PT	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve
População com 65 ou + anos que vive sozinha	19,8	17,1	20,1	22,3	21,9	20,7
População com 65 ou + anos que vive com indivíduos com 65 ou mais anos	39,8	37	42,9	40,1	43,5	41,2

Fonte: INE – Censos 2011

Porém, a realidade da distribuição de idosos no espaço do Continente português apresenta realidades diferentes consoante se trate de grandes centros urbanos, regiões urbanas ou rurais e, dentro dos grandes centros urbanos, se se considerarem bairros antigos ou tradicionais ou novas zonas urbanas. Com efeito, são os concelhos rurais (considerados estes como tendo menos de 15 000 habitantes que apresentam maior peso da população idosa (27,2%) e, pelo contrário, os Concelhos ou Áreas Metropolitanas os que apresentam valores menores – Braga, Grande Porto, Leiria, Aveiro, Península de Setúbal e Grande Lisboa.

Por outro lado, o peso de idosos a viverem sós, é maior na Grande Lisboa onde 23% estão nesta situação, seguindo-se Covilhã e Évora com 22,7%, ao mesmo tempo que a situação de idosos vivendo exclusivamente com outros idosos é maior nas zonas rurais ou concelhos urbanos da zona interior do país. Deve-se também salientar que são os concelhos de Braga, Aveiro, Viseu e Grande Porto onde o maior número de idosos vive em família, todos estes concelhos com mais de 40% de idosos nesta situação.

Quadro 3. 6: Distribuição dos idosos segundo a segmentação em algumas regiões do país- 2011

	% Idosos	Sós	Com outros idosos	Em família
Continente	19,4%	19,8%	41,3%	38,9%
Concelhos c/ menos de 15000 pessoas	27,2%	21,2%	43,1%	35,7%
Grande Porto	16,6%	18,3%	37,0%	44,7%
Grande Lisboa	18,4%	23,0%	39,5%	37,5%
Península de Setúbal	18,1%	20,2%	41,7%	38,1%
Braga	13,20%	14,60%	34,50%	50,9%
Aveiro	17,10%	18,40%	40,10%	41,5%
Viseu	18,70%	17,00%	41,10%	40,2%
Covilhã	23,80%	22,70%	43,40%	32,8%
Coimbra	18,10%	20,00%	40,60%	39,4%
Leiria	17,50%	19,10%	43,60%	37,3%
Évora	19,80%	22,70%	42,70%	34,6%
Faro	18,20%	21,30%	40,0%	38,7%

Fonte: INE, Censos, 2011

O facto de no Concelho de Lisboa ser significativo o número de idosos e a viverem sós, mostra as grandes assimetrias existentes nos grandes centros urbanos, com áreas antigas e tradicionais apresentando grande peso de idosos e áreas novas com uma população muito menos envelhecida. Estas áreas são naturalmente áreas limítrofes e, habitualmente, são os locais onde habitam os casais mais jovens, essencialmente por motivos de natureza financeira.

Quadro 3. 7: Freguesias do Concelho de Lisboa - segmentação da população idosa

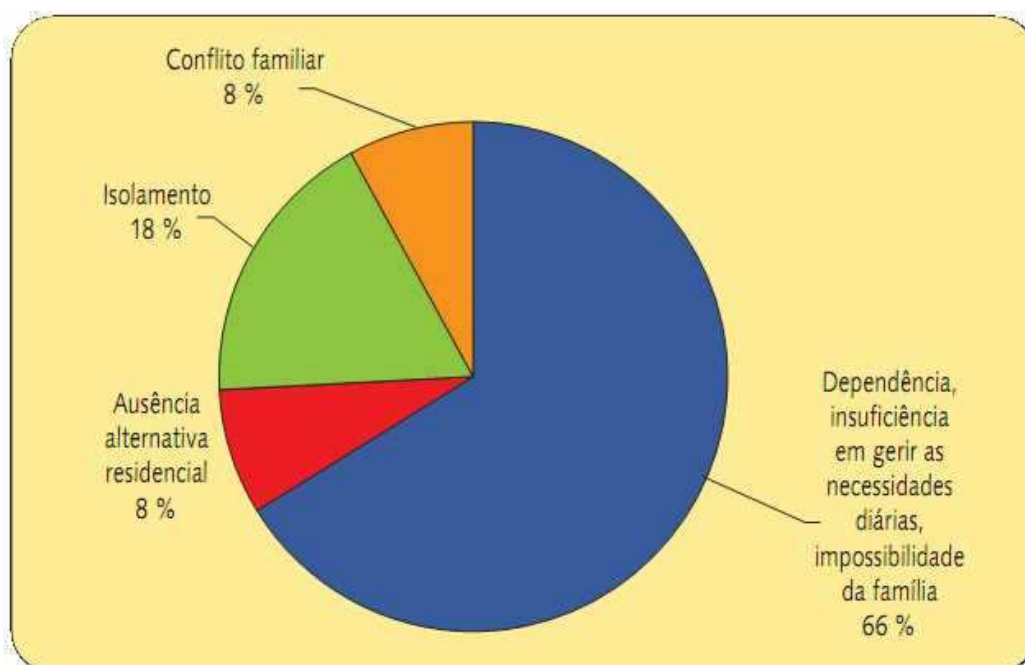
Com maior volume de idosos	Com maior peso de idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós	Com maior peso de idosos a viverem com outros idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós ou c/ outros
Santa Maria dos Olivais - 12184	Santiago - 34,8%	São Miguel - 44,6%	Socorro – 51,1%	Socorro – 83,5%
Benfica – 10722	São João de Brito – 32,0%	Santo Estevão - 44,0%	Penha de França- 50,1%	Penha de França – 80,5%
São Domingos de Benfica - 8356	Alvalade - 31,3%	Castelo - 37,5%	Alcântara - 49,9%	Alcântara – 79,3 %
Marvila - 7196	Graça – 31,0%	São Cristóvão e S.L. – 34,8%	Campo Grande – 45,9%	São Miguel 78,1%
Lumiar - 6716	Ajuda 29,7%	São Vicente de Fora – 34,6%	Benfica - 43,4%	Santo Estevão -74,2%
São Jorge de Arroios - 4690	Benfica – 29,3%	Santos-o-Velho – 33,8%	Santa Engrácia – 42,8%	Santa Engrácia – 73,8%
Santo Condestável - 4320	Santa Maria de Belém 29,1%	Santo Condestável – 33,6%	São Domingos Benfica – 42,5%	Campo Grande 73,5%
São João - 4135	São João de Deus – 28,9%	Mercês – 33,6%	São Francisco Xavier – 42,4%	Santo Condestável – 72,3%
Nossa Senhora de Fátima - 4016	Santo Estevão – 28,8%	Pena - 33,5%	Santa Maria Olivais - 41,2%	São Vicente de Fora – 71,1%
São João de Brito - 3720	Alcântara - 28,8%	Encarnação - 33,4%	Ameixoeira – 39,5%	São João de Deus 70,6%

Fonte: INE, Censos 2011

No Concelho de Lisboa, existem várias freguesias, onde, praticamente para cada 100 idosos, mais de 70 vivem sós ou exclusivamente com outros idosos (Socorro, Penha de França, Alcântara, São Miguel, Santo Estevão, Santa Engrácia, Campo Grande, Santo Condestável, São Vicente de Fora e São João de Deus).

De acordo com a Carta Social, a capacidade dos lares é de cerca de 712 000 lugares, e, visto que praticamente todos apresentam uma ocupação a 100%, verifica-se assim que, mesmo para a população mais idosa, o peso da população que vive em lares é bastante pequena. Note-se que existem mais de 450 000 pessoas com mais de 80 anos e, mesmo admitindo-se que nos lares só estão pessoas com mais de 80 anos (o que não é verdade), só 15% estaria em lares. Estimando-se que existe uma tendência para as pessoas idosas, naturalmente, ficarem cada vez mais sós, pode-se admitir que mais de 200 000 grandes idosos vivem sozinhos. Porém, a situação de isolamento não é a principal causa que leva os idosos a irem para os lares. Com efeito, de acordo com a Carta Social de 2005, só 18% dos idosos estão no lar por motivos de viverem sós. As infraestruturas de apoio social a idosos serão analisadas no Cap. 6.

Gráfico 3. 4: Distribuição Percentual dos Utentes dos Lares por motivo de ingresso



Fonte: GEP – Carta Social 2005

Conforme se pode constatar pelo gráfico apresentado acima, o motivo principal respeita à insuficiência em gerir as necessidades diárias e à impossibilidade da família prestar os cuidados necessários, o que poderá querer indicar que, muitas vezes, mesmo vivendo em família, o idoso se encontra isolado.

Quadro 3. 8: Alojamentos habitados por pessoas idosas vivendo sozinhas nos quinze municípios mais populosos do país – 2011

	Nº de alojamentos - Residência habitual	Nº de alojamentos com 1 pessoa com 65 ou mais anos	% de alojamentos ocupados por 1 pessoa com 65 ou mais anos
	(1)	(2)	(3)=(2)/(1)
Lisboa	237 404	35 470	14,9%
Sintra	142 807	10 503	7,4%
Vila Nova de Gaia	113 671	8 172	7,2%
Porto	98 799	13 026	13,2%
Cascais	81 473	7 984	9,8%
Loures	79 510	6 878	8,7%
Amadora	71 750	7 745	10,8%
Oeiras	70 969	7 527	10,6%
Almada	70 908	7 662	10,8%
Matosinhos	67 258	5 063	7,5%
Braga	63 222	3 528	5,6%
Gondomar	61 123	4 085	6,7%
Seixal	60 951	4 212	6,9%
Odivelas	56 752	4 589	8,1%
Guimarães	53 678	2 995	5,6%

Fonte: INE, Censos 2011

Conforme anteriormente referido, a problemática da população idosa vivendo só assume diferenças significativas de acordo com a distribuição territorial e, se em valores absolutos, o número será naturalmente maior nos concelhos de maior volume de população, isso não significa que situações muito graves se encontrem quando ao isolamento natural do idoso se acrescenta um isolamento

territorial. Porém, também nos concelhos dos centros urbanos com mais população se tem verificado casos de idosos completamente isolados do meio onde estão inseridos. Por tal motivo convém alertar para o total de idosos nestas condições onde, só para os 15 maiores concelhos existem cerca de 135 000 idosos vivendo sós.

3.5. Práticas nacionais e internacionais de combate ao isolamento social

Esta problemática também ocorre em outros locais do mundo pelo que se têm vindo a desenvolver algumas práticas e projetos para fazer face a este problema. No entanto, é de referir, segundo Findlay³⁶, que apesar de terem vindo a ser implementadas várias intervenções poucas demonstram evidências que resultam na redução do isolamento social.

Seguem alguns exemplos:

Nos **EUA**, os programas desenvolvidos baseiam-se essencialmente na implementação de sistemas de teleconferência, sendo realizadas aulas para desenvolvimento de competências na área da informática.

No **Canadá**, as suas práticas assentam no envolvimento da comunidade, através de um projeto denominado por “Gatekeeper Project” que opera através de um linha confidencial de acesso ao público para onde podem contactar quando se apercebem que existe um idoso em risco. Deste contacto resulta uma visita ao idoso que pode referenciar a pessoa para a resposta mais adequada à situação. Este projeto passa também pela formação de membros voluntários da comunidade na identificação de sinais de que um sénior pode estar a precisar de cuidados para lhe garantir segurança e bem-estar, procurando-se prevenir antes da situação acontecer. Consideram-se como sinais a ter em consideração: a perda de memória/ dificuldades de comunicação, apresentarem comportamentos agressivos e hostis, mudança de aparência, a deterioração das condições habitacionais, pouca mobilidade, perda de capacidade de gerir dinheiro/pagamentos, negligência.

Na **Suíça**, procurou-se constituir grupos de intervenção e programas educacionais nesta área. Em **Itália**, a intervenção assenta em programas de teleconferências. Na **Inglaterra**, os projetos assentam no modelo de providenciar resposta as necessidades essenciais e apoiar pessoas em situação de doença com baixos recursos económicos. Mais recentemente, desenvolveram modelos

³⁶ Findlay (2003).

de constituição de grupos de apoio para aqueles que se encontram ativos socialmente e não para quem se encontra em risco.

Na **Austrália**, de modo geral, têm-se desenvolvido projetos assentes no apoio da comunidade através de grupos de apoio (clubes sociais e de problemas de saúde específicos), a teleconferência e serviços de informação assentes em suportes telefónicos. Projetos ligados à informática mais acessível a organizações.

Em **Portugal**, considera-se como uma **boa prática** o trabalho desenvolvido pela GNR, enquanto projeto que funciona como plataforma que identifica situações de pessoas idosas isoladas em situação de risco e vulnerabilidade e as encaminha para os serviços de apoio adequados a situação.

A Câmara Municipal de Lisboa desenvolveu uma Linha de atendimento pública – “S.O.S. Lisboa – Não deixe os nossos idosos sós”, sendo uma iniciativa para prevenir situações de risco.

A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa promoveu, também na cidade de Lisboa, uma identificação de idosos isolados, com o apoio das Juntas de Freguesia e jovens recém-licenciados em situação de desemprego percorrendo “rua-a-rua, casa-a-casa.”; esta entidade também tem sistema de teleassistência.

Em Outubro do corrente ano vai ser desenvolvido através da ONG - Mundo a Sorrir - Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses - e dos seus voluntários no Centro Histórico do Porto, um projeto premiado pela Câmara do Porto para se cuidar da saúde dentária de 700 idosos isolados e que vivem em solidão nas suas casas. Esta ONG desenvolve a sua Ação através da sensibilização, divulgação e promoção de cuidados de Saúde Oral em Portugal e no Mundo, através de programas de saúde e apoio ao desenvolvimento sustentado.

3.6. Boa prática portuguesa: Guarda Nacional Republicana

Este ponto será dedicado ao levantamento efetuado pela Guarda Nacional Republicana (GNR), numa perspetiva de cobertura do País quanto à existência de população idosa isolada bem como um tratamento específico de alguns casos de idosos isolados.

3.6.1. Operação Censos Sénior

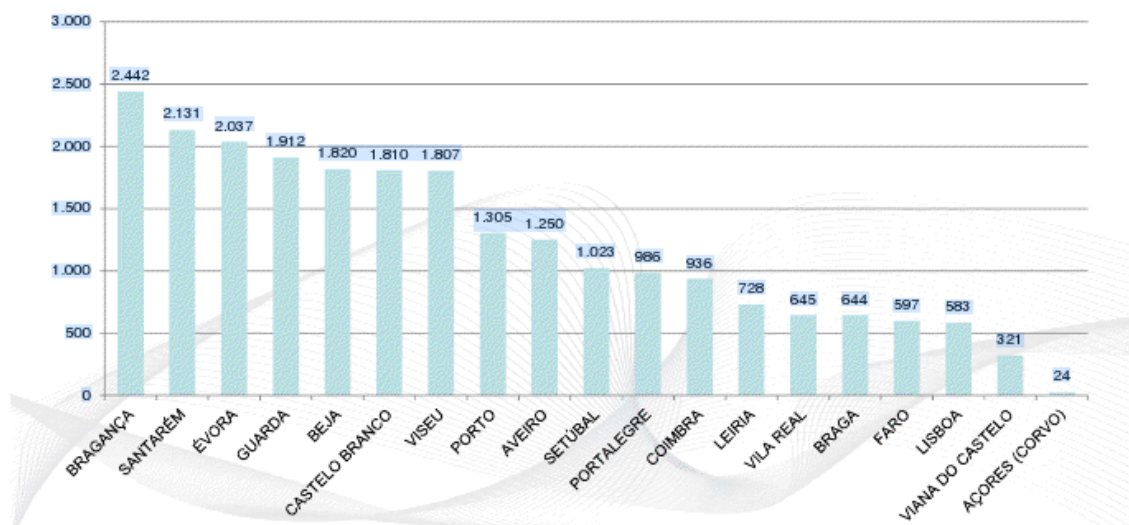
A GNR levou a efeito, entre 15 de Janeiro e 29 de Fevereiro, uma operação de recolha de dados – “Operação Censos Sénior 2012”, direccionada aos idosos que vivem sozinhos e/ou isolados (sozinho – idoso que vive sem mais ninguém, sozinho isolado – idoso que vive sem ninguém e isolado territorialmente) existentes na área de responsabilidade da GNR, que corresponde a cerca de 94% do território nacional e a 54% da população residente.

Esta operação enquadra-se no Programa Idosos em Segurança que visa:

- Garantir o reforço da segurança dos idosos que vivem isolados;
- Apoiar todos os idosos principalmente os que vivem isolados;
- Conhecer a sua situação na zona de ação da GNR;
- Intensificar a proximidade aos idosos isolados;
- Sensibilizar adequadamente os idosos para os diferentes tipos de criminalidade que sobre eles incidem com maior frequência;
- Garantir as condições para que os idosos se sintam protegidos;
- Ser diligente no atendimento pessoal ou telefónico;
- Apoiar os idosos nas suas necessidades

Nesta operação foram registados 23 001 idosos a residir sozinhos e/ou isolados, apresentando um aumento em relação a 2011, onde tinham sido registados 15 596 idosos a residir sozinhos e/ou isolados. Destes: a residir sozinhos foram identificados 18 082 idosos (78,6% dos idosos registados); a residir em locais isolados foram identificados 2 483 idosos (10,8% dos idosos registados); a residir sozinhos e isolados, foram registados 2 436 idosos (10,6% dos idosos registados).

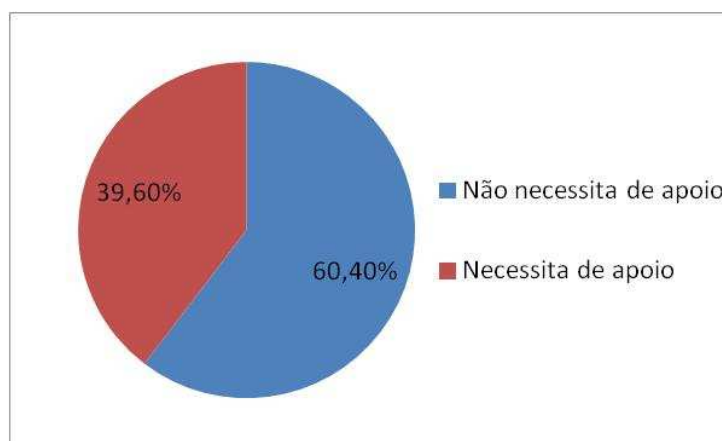
Gráfico 3. 5: Distribuição por Distrito N.º Idosos Isolados/ em situação isolamento



Fonte: Apresentação Powerpoint, Major Rogério Copeto, GNR, 3 de Julho de 2012

Este levantamento cobre a quase totalidade do País, tal como se referiu acima, 94% do território nacional, tendo sido os distritos de Bragança, Santarém, Évora, Guarda, Castelo Branco e Viseu onde se verificaram mais registos de idosos. Destaca-se que destes idosos registados existe um maior peso dos idosos, 60%, que não precisam de apoio tal como se constata pelo gráfico abaixo.

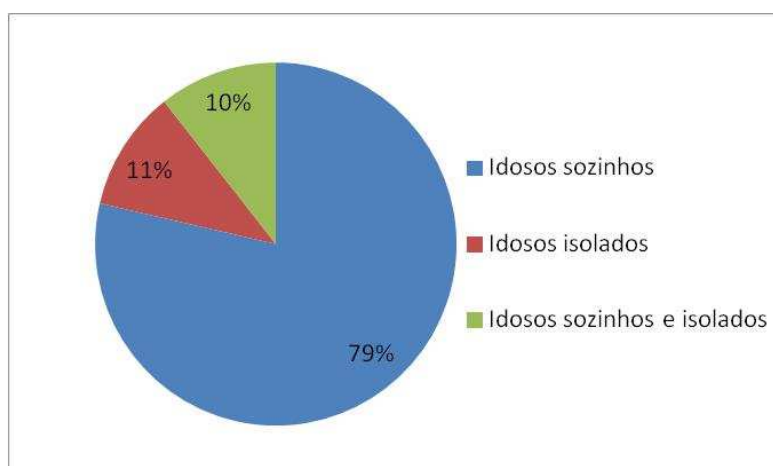
Gráfico 3. 6: Idosos com necessidades de Apoio



Fonte: GNR, Operação Sêniores, 2012

Quanto à questão do grande isolamento dos idosos, ou seja, idoso que vive sozinho em casa e afastado territorialmente, a Operação Censos Sénior registou cerca de 10%, tal como se pode visualizar no gráfico abaixo.

Gráfico 3. 7: Estrutura da população idosa - Isolados e Sozinhos



Fonte: GNR, Operação Sêniore 2012

3.6.2. Alguns testemunhos – *Focus Groups*

Foram realizados dois **Focus Groups**, um na zona de Lisboa e outro na zona de Viseu (Cf. Elemento de Trabalho B), junto de pessoas com idades compreendidas entre os 65 – 85 anos onde também esta temática é abordada. Apresentam-se os resultados das perceções e opiniões destas pessoas sobre as questões que se prendem com o isolamento:

- **Manter o contacto com os outros**, socializar é importante a todos os níveis – o isolamento leva facilmente à depressão.

Fora do âmbito familiar, as oportunidades para contactar com outras pessoas são proporcionadas pelas relações de vizinhança e pela vivência na comunidade. Assumem assim grande importância as questões relacionadas com o espaço envolvente e com a existência de locais que facilitem as trocas sociais: cafés, associações, jardins.

Depois do almoço, vou ao café tomar um café e depois aparecem sempre lá pessoas malandras como eu e vamos jogar às cartas umas duas ou três horas e depois mais um bocado de conversa, depois vou também visitar outras pessoas que estão mais longe.

(Viseu)

... ou elas (as amigas)vêm ter comigo ou vou eu ter com elas ou telefonamos e, muitas vezes, ao domingo à tarde chamo uma e vamos dar uma volta de 2 quilómetros mas no último domingo estava tanto frio que até cheguei a casa constipada...(Viseu)

Vou aqui, vou ali, de manhã vou tomar o meu pequeno-almoço fora. Estou ali um bocado no convívio com as minhas, iguais a mim, pessoas, conversamos um bocado, venho para casa, faço as coisas e pronto. (Lisboa)

- No entanto, nos casos de pessoas mais velhas que vivem sozinhas, não é fácil vencer a solidão e os receios que lhes estão associados – surgiram nos grupos testemunhos sobre medos de estar sozinho à noite ou sentimentos de desalento relativamente a morar em casas que, com a perda dos companheiros, se tornaram grandes demais para cuidar.

À noite custa-me muito, a minha filha quer que eu vá para casa dela mas eu não estou muito inclinada. (...) A vizinha do lado, as vivendas estão juntas, e a vizinha do lado é estupenda, o casal é estupendo. É como se fossem filhos meus. Mas à noite custa muito. De dia passo muito bem, tenho uma cadela e tal. Agora as noites... (Lisboa)

3.6.3. Estudos de Caso

Com o objetivo de aprofundar algumas situações referente aos idosos vivendo sós, foram entrevistadas pela GNR, por aplicação de um guião, 54 pessoas em situação de isolamento ou vivendo com outro idoso, das quais, 37 eram do género feminino e 17 do género masculino. A média de idades dos entrevistados rondou os 80,7 anos. Deste grupo 35 pessoas residem sozinhas, sendo 28 do género feminino e 7 do género masculino.

Para os entrevistados que vivem com outro idoso a idade média destes é de 78 anos.

As áreas geográficas abrangidas no estudo foram todos os Distritos do Continente:

3.6.3.1. Objetivo geral

Identificar necessidades e respostas de apoio à população idosa isolada ou em situação de isolamento. Conhecer as principais características de parte da população idosa isolada, nomeadamente de variáveis socioeconómicas e atividades da vida diária.

3.6.3.2. Objetivos específicos

- a. Caracterizar a população idosa isolada ou em situação de isolamento por áreas geográficas.
- b. Caracterizar a população idosa isolada ou em situação de isolamento atendendo a sua capacidade funcional.
- c. Identificar as necessidades sentidas pela população idosa isolada ou em situação de isolamento.

3.6.3.3. Definição do Grupo-Alvo

Para a seleção do grupo-alvo a entrevistar procurou-se selecionar uma amostra não aleatória do objeto, mas sim uma pela sua representatividade social (Guerra 2006), solicitando a colaboração do responsável pelo Programa Censos Sénior da GNR.

A definição do grupo-alvo teve em conta o conceito de diversidade e heterogeneidade dos sujeitos que se pretendeu estudar, atendendo a que cada um destes é portador de identidades sociais próprias. Foram tidas em conta as variáveis do objeto da pesquisa do estudo e as variáveis de estudos quantitativos (género, idade, região, resposta social) para a sua definição.

Em cada distrito do Continente e de acordo com os critérios de seleção definidos, procurou-se entrevistar três pessoas idosas em situação de isolamento.

Procurou-se entrevistar pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, de modo a poder ser compreendido e explicado o âmbito do estudo, procurou-se que os utentes não tivessem qualquer situação de interdição para governar a sua pessoa e bens, o que permitiria o estabelecimento de espaços construtivos para o diálogo. Para o perfil, optou-se por se entrevistar utentes com necessidade de assistência ou ajuda para realizar Atividades da Vida Diária, pois são os que efetivamente recorrem em maioria a respostas de apoio social ao se depararem com uma situação

que gera dependência do apoio de outra pessoa. Foi considerado, por fim, a situação a nível de rendimentos mensais do utente aferido pela pensão de reforma. Teve-se também em consideração a questão da rede de suporte social informal (família, vizinhos) pois verifica-se que, apesar das alterações no papel da família, esta permanece como o principal prestador de cuidados.

3.6.3.4. Metodologia

Para a presente investigação de cariz qualitativo, de modo a direcionar um conhecimento assente numa abordagem de ordem compreensiva e interpretativa dos fenómenos, foi escolhido como metodologia o estudo de caso, que se caracteriza por procurar compreender e explorar uma causa ou causas de um determinado acontecimento/fenómeno; e/o processo ou processos que motivam ou desencadeiam esse fenómeno e que permitem explicar o mesmo e a forma como os sujeitos compreendem e interpretam a sua realidade social (comportamentos, decisões, crenças, valores, representações).

Na ótica de Guerra (2003), a metodologia qualitativa permite observar a interação do sujeito - sociedade e, em simultâneo, compreender os factos e as emoções que os acompanham e como se repercutem na sua vida. Permite também o confronto de dados empíricos com um determinado conjunto de conhecimentos teóricos, levando a interpretação dos resultados da pesquisa, construindo progressivamente um conhecimento conjunturalmente produzido. Deste modo, para a compreensão e análise das respostas e necessidades de apoio às pessoas idosas é necessária a participação e o contacto com o seu quotidiano.

Foi elaborado um questionário (Cf. Elementos de Trabalho A) atendendo aos objetivos que se propunham alcançar, com questões relativas à sua situação social e reconhecimento das dificuldades derivadas do isolamento e que se encontram sós.

Na construção dos guiões, utilizaram-se indicadores sobre o conceito de qualidade de vida das escalas de respostas do WHOQOL-100, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) que reconhece a multidimensionalidade deste conceito baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e

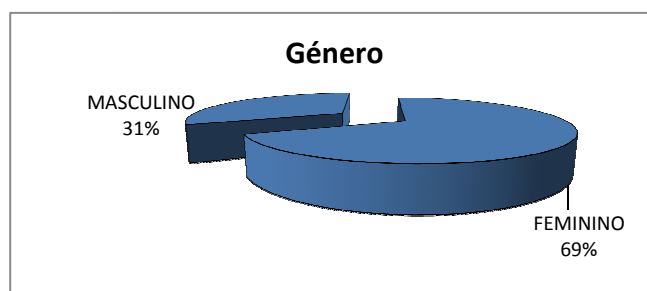
espiritualidade / religião / crenças pessoais. Para este estudo, os indicadores selecionados foram retirados dos seguintes domínios: psicológico, nível de independência, relações sociais e meio-ambiente.

De modo a aferir a capacidade funcional do utente, isto é, a capacidade de autonomia para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e que permitem assegurar a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário, recorreu-se a dois instrumentos de avaliação da funcionalidade utilizados na prática clínica: Índice de Barthel e o Easy Care. Este último instrumento avalia o que a pessoa idosa sente que é capaz de fazer e não aquilo que a pessoa idosa faz na realidade, apresentando numa só escala as várias vertentes da qualidade de vida e bem-estar do idoso. Após a realização das entrevistas procedeu-se à análise da recolha dos dados.

3.6.3.5. *Análise dos resultados*

As áreas geográficas abrangidas no estudo foram as seguintes 18 cidades: Beja, Braga, Castelo Branco, Évora, Setúbal, Santarém, Portalegre, Aveiro, Vila Real, Viseu, Lisboa, Portalegre, Coimbra, Porto, Viana do Castelo, Guarda, Faro, Bragança.

Gráfico 3. 8: Género das pessoas idosa isolada/ em situação de isolamento

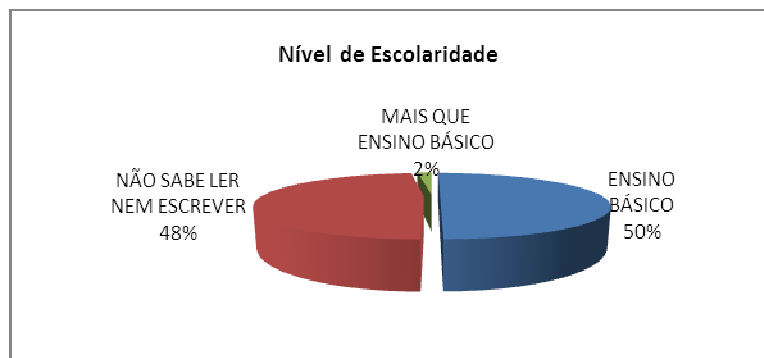


Participaram 54 pessoas das quais, 37 são do género feminino (68,5%) e 17 do género masculino (31,5%). A média de idades dos entrevistados rondou os 80,7 anos. Deste grupo 35 pessoas residem sozinhas (64,8% do total), sendo 28 do género feminino (80%) e 7 do género masculino (20%). Embora a maioria dos inquiridos seja do sexo feminino, a predominância de idosas a viverem sozinhas reflete também uma esperança média de vida das mulheres superior à dos homens.

Como aspetos mais relevantes destacam-se os seguintes aspetos:

(i) Habilitações:

Gráfico 3. 9: Nível de Escolaridade da pessoa idosa isolada/em situação de isolamento



-50% dos entrevistados tem o ensino básico, 48,1% não sabe nem ler nem escrever e apenas 1,9% com habilitação superior ao ensino básico.

(ii) Rendimentos:

Quadro 3. 9: Valor da Pensão

Valor da Pensão	N.º Respostas	Estrutura (%)
151€ - 250€	24	46,2%
251€-500€	26	50,0%
501€-1000€	2	3,8%

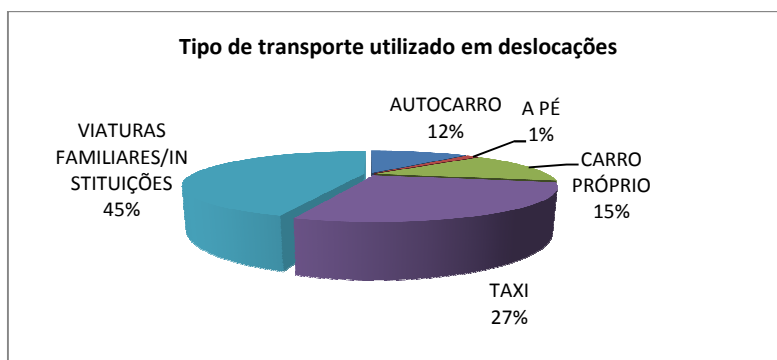
Não responderam a esta questão 2 pessoas.

44,4% das pessoas têm um rendimento entre 151€ e 250€, 48,1% pessoas têm um rendimento entre 251€ e 500€ e 3,7% têm um rendimento entre 501€ e 1000€. Ninguém respondeu à questão se para além da reforma tem algum apoio económico de alguma instituição / familiar.

(iii) Apoios:

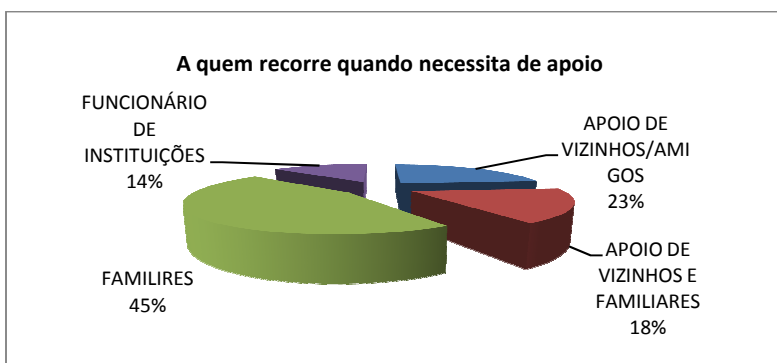
- 33,3% das pessoas recebe apoio de Instituições como seja, Casa do Povo, Centro de Dia, Junta de Freguesia e GNR. Os motivos que levaram a recorrer foram a falta de apoio para as questões de higiene pessoal e da casa, as situações de saúde, o isolamento e a solidão.
- 68,5% dos entrevistados respondeu ter quem os acompanhe a deslocações, como seja deslocações à farmácia e efectuar compras.
- O modo de deslocação para alguns destes locais mais mencionado (55,5% dos casos) foi o transporte de familiares, onde se inclui o cônjuge, netos e irmãos. Seguido do táxi, transporte próprio e autocarro.

Gráfico 3. 10: Tipo de transporte utilizado nas deslocações



- Cerca de 75% dos entrevistados respondeu ter já necessitado de apoio para cuidados de enfermagem, sendo os mesmos realizados através do Centro de Saúde; outros responderam através do Centro de Dia.

Gráfico 3. 11: A quem recorre quando necessita de apoio



- Usualmente, quando necessitam de apoio e de serem acompanhados, 43% respondeu ter apoio de familiares, 16% de amigos e familiares, 22% de vizinhos e amigos e 13% tem apoio dos funcionários das instituições.

- Cerca de 90% pessoas respondeu ter contactos regulares com familiares/amigos/vizinhos.

(iv) Apoio económico

- Apenas 7% dos entrevistados refere ter apoio económico de alguma entidade ou familiares para fazer face a despesas, na sua maioria para apoio na compra de medicação.

(v) Atividades de vida diária:

- A grande maioria dos entrevistados (90%) realiza as atividades da vida diária com autonomia, a higiene, o vestir e o despir, a mobilidade, apenas a parte referente à confeção das refeições foi a atividade referida com maior necessidade de apoio.

- Atividades que realizam dentro de casa mais habituais são ver televisão e tarefas domésticas, realizando ainda atividades de tratamento da horta/jardim.

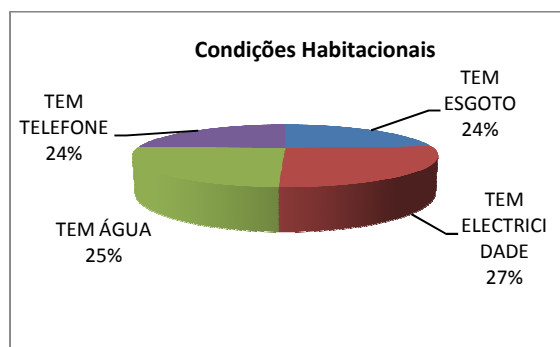
- Do total, 76% pessoas referiu que costuma sair de casa, 20% frequenta o centro de dia, 53% costuma passear, 62% vai às compras e 24% vai ao café.

(vi) Condições de habitação

- Mais de 75% dos entrevistados reside em casa própria, 11% em casas de familiares, 7% em casa alugada.

- 92,5% das habitações tem eletricidade, 85% tem telefone, 83% tem esgotos e 87% tem água potável.

Gráfico 3. 12: Condições Habitacionais



(vii) Principais dificuldades

- 91% das pessoas entrevistadas respondeu que as principais dificuldades que gostaria de ver resolvidas eram o preço da medicação, o aumento das pensões, o isolamento, a mobilidade, as questões de segurança e as questões de ordem habitacional.

(vii) Distribuição geográfica

- Na distribuição geográfica, apresentam-se 64,8% de idosos a residir sozinhos. Das dezoito cidades, em sete encontram-se nessa situação, nomeadamente nos distritos de Braga, Bragança, Lisboa, Porto, Santarém, Viana, Viseu. Nos distritos de Aveiro e Vila Real encontra-se apenas 3% a residirem sozinhos.

Na questão - Tem quem o acompanhe a deslocações – 68,5% respondeu ter quem os apoie nessas atividades, como sejam deslocações a consultas, farmácia, as compras. O distrito de Bragança foi a única que não obteve resposta positiva a esta questão. Em sete distritos, todos os inquiridos responderam afirmativamente ter quem os apoie. Faro, Leiria, Porto, Lisboa e Santarém.

- De referir que 90,4% respondeu ter contactos regulares com familiares/amigos/vizinhos com frequência variável, entre algumas vezes e contacto diário. O único distrito em que esta situação ocorre com menos frequência é em Castelo Branco.

- Na questão: Qual ou quais as principais dificuldades que gostaria de ver resolvidas as seguintes respostas foram as mais referidas. Responderam a esta questão 91% pessoas inquiridas. De referir os principais tópicos mencionados: o preço da medicação, o aumento das pensões, a questão do isolamento, da mobilidade e da segurança e, por fim, questões de ordem habitacional.

- No distrito de Beja, foi mais referida a questão do isolamento e a necessidade de convívio. Na aldeia do distrito de Viseu, os inquiridos referiram que a maioria dos habitantes é idosa, e como os mais jovens durante o dia saem dessa localidade para trabalhar, deixam a aldeia com os mais velhos sozinhos todo o dia. Relativamente à questão do valor baixo das pensões, este problema foi transversal em todas as zonas geográficas.

Através do acompanhamento regular no tempo, e atendendo aos levantamentos já efetuados pela GNR (343 situações identificadas), as situações dos idosos onde o isolamento, as más condições habitacionais e a falta de contactos com rede de suporte se sentiam com maior premência foram sinalizados. Por outro lado, este estudo proporcionou-nos informação diferente das ideias geralmente associadas às pessoas idosas vulneráveis e em situação de isolamento social, nomeadamente:

- A maioria vive com boas condições de saúde e, apesar da idade avançada, mantém-se ativa, fazendo as suas tarefas caseiras e o cultivo da horta. Costuma sair de casa e fazer as suas compras. Estamos perante idosos inseridos numa rede de suporte familiar e de vizinhança que suporta as necessidades de ajuda, quando necessária, como seja, deslocações várias, entre as quais deslocações a farmácias, consultas. Conforme também dados da Operação GNR, cerca de 17% destes apoios é suportado por familiares;
- Para as atividades da Vida Diária, a maioria ainda se encontra com capacidade funcional para se vestir e despir e realizar a sua higiene pessoal. Do total de pessoas identificadas pela Operação Censos Sénior, apenas 60,4% não necessita de apoio para estas atividades. Apenas 1,5% necessitou de encaminhamentos para respostas de apoio social;
- Não se conseguiu perceber quais destas situações as que foram sinalizadas pela GNR, atendendo que já se encontram enquadradas em algum tipo de resposta, nem as pessoas que necessitam de cuidados de longa duração;
- Quanto às dificuldades mais referidas por este grupo, estas encontram-se as ligadas a questões essencialmente do foro económico, no que se refere à necessidade de aumento do valor das reformas, para fazer face a custos com medicação e outras despesas; as questões decorrentes do isolamento, como seja a questão da segurança. Também foram referidas as questões habitacionais, nomeadamente a questão de não ter água canalizada e acesso à habitação.

Os resultados obtidos neste estudo de caso são, no entanto, consistentes com dos outros estudos. Ferreira (2009), na base de amostras de idosos e respetivos cuidadores, procedeu à “Análise dos resultados numa perspetiva diferencial de comparação inter-grupos, considerando as perspetivas dos idosos sobre a sua qualidade de vida, em diferentes contextos, nomeadamente contexto rural, suburbano e urbano” (p. 20). De acordo com os resultados obtidos: “Verificou-se uma influência do

contexto onde residem os idosos na sua qualidade de vida, designadamente no *domínio relações sociais*, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente a este domínio. Na comparação dos três grupos em geral, a análise revelou que haveria diferenças relativamente ao *domínio ambiente* mas a comparação entre pares de grupos não permitiu discriminar diferenças estatisticamente significativas. Admite-se, assim, que a variabilidade possa ter a ver com a variabilidade intra-grupos. No que diz respeito ao *domínio relações sociais*, as diferenças mais significativas ocorreram entre os idosos de meio urbano e os idosos de meio rural e meio suburbano, tendo-se verificado, para a amostra em estudo, que os idosos de meio rural e os de meio suburbano evidenciaram melhor qualidade de vida relativamente ao *domínio relações sociais* que os idosos de meio urbano. Os dados obtidos que revelam influência do meio na perceção de qualidade de vida, no que concerne ao *domínio relações sociais*, estão de acordo com o que diz Pinho (2005) relativamente à influência cultural e social na forma como se envelhece e à maior ou menor valorização que é dada a este processo” (p. 38).

De acordo com Ferreira (2009, p. 39), “Paúl e col. (2005) verificaram no seu estudo que os idosos rurais diferiam dos idosos urbanos no ponto em que apresentavam um nível de autonomia (avaliado através da *Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária*) mais elevado e propuseram que tal estivesse relacionado à vida mais ativa que levam na pequena agricultura e à criação de animais. Outros estudos que se debruçaram sobre esta temática, também encontraram resultados semelhantes, tanto Lopes (2004) através da utilização da *Escala de Satisfação com o Suporte Social*, como Paúl e col. (2005) com a *Escala de Redes Sociais*, verificaram maior perceção de suporte social recebido no grupo rural em comparação com o grupo urbano. Paúl e col. (2005) também verificaram no seu estudo que a *qualidade de vida social* (avaliada através do *WHOQOL-BREF*) tinha como preditores os amigos, o nível de autonomia, os confidentes e a solidão, sendo que quando estes indicadores eram mais positivos a *qualidade de vida social* era também mais positiva. Fonseca e col. (2005) ao estudarem uma amostra de idosos de meio rural verificaram que, a *qualidade de vida social* (avaliada com o *WHOQOLBREF*) variava com a existência de maior número de amigos e com as atividades de vida diária, cujo desempenho favorecia a *qualidade de vida social*.”

3.7. Trajetórias de saúde

As características mais importantes do envelhecimento humano são, de acordo com os especialistas da saúde, a sua individualidade e diversidade, com claros reflexos no estado de saúde dos idosos. Assim, as modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente as interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais do quotidiano. Muitas vezes, estas mudanças são percecionadas negativamente, sendo a pessoa idosa encarada como vulnerável, não só física mas também mental e socialmente e considerada como dependente. Um dos desafios prementes no processo de envelhecimento é, portanto, a dependência que, como qualquer outro fenómeno desta fase da vida, é visto em primeiro lugar como o resultado de um declínio e uma deterioração, com perda do funcionamento mental e físico.

“Consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”. (Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho (prestação pecuniária - Complemento por dependência). O Quadro seguinte sintetiza as principais questões ao nível da saúde que pode afetar os idosos.

Quadro 3. 10: Principais problemas de saúde dos idosos

Sistema Nervoso Central	Demências
	Doenças neurológicas
	Padrões de sono
	Delirium
	Depressões
Aparelho Locomotor	Limitações físicas incapacitantes
	Artropatias
	Imobilidade

Sistema Vascular	Instabilidade postural/quedas
	Reumatismos
	Arteriosclerose
	Hipertensão
Sistema Respiratório	Cardiopatias
	Afeções pulmonares
Sistema Urinário	Incontinência
	Perturbações renais

Fonte: Martins (2000)

Ao nível das doenças crónicas e respetiva incidência, os resultados dos vários inquéritos à Saúde promovidos pelo Ministério da Saúde (e pelo INE) têm sido relevantes nesta questão.

Quadro 3. 11: População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário

	HM				H			M		
	Total	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais
Tensão arterial alta	19,8	51,9	51,3	43,2	46,3	43,2	33,9	56,4	56,6	47,6
Doença reumática	16,0	41,0	47,2	48,2	32,6	40,3	36,8	47,8	51,8	53,7
Dor crónica	16,0	31,6	34,4	29,6	26,2	26,8	17,6	36,1	39,4	35,3
Depressão	8,2	12,0	8,2	6,0	7,1	4,7	1,4	16,0	10,5	8,2
Diabetes	6,5	17,9	17,8	10,2	17,8	17,9	11,9	17,9	17,7	9,4
Osteoporose	6,2	18,2	18,0	21,6	3,8	4,0	8,6	29,9	27,1	27,8
Asma	5,5	7,5	7,1	6,9	6,0	6,0	5,9	8,7	7,8	7,3
Pedra nos rins	4,8	12,2	9,7	6,5	12,6	12,0	6,7	11,9	8,3	6,3
Ansiedade crónica	4,5	7,6	7,5	3,9	3,6	4,3	3,4	10,8	9,5	4,2
Obesidade	3,8	6,2	4,2	2,9	4,3	4,0	2,6	7,7	4,3	3,0
Enfisema, Bronquite crónica	3,6	8,1	10,9	10,3	8,4	12,4	9,7	7,8	10,0	10,5
Tumor maligno/ Cancro	1,9	4,4	5,9	5,6	4,0	7,5	4,9	4,7	4,8	6,0
Acidente vascular cerebral	1,6	5,0	7,6	9,9	6,6	10,8	5,6	3,6	5,5	12,0
Insuficiência renal	1,5	3,0	4,2	4,8	3,4	5,0	5,0	2,8	3,7	4,8
Enfarte do miocárdio	1,3	4,0	6,7	4,1	5,4	10,7	5,1	2,8	4,0	3,6
Ferida crónica	0,9	3,4	3,6	2,6	3,1	2,6	2,7	3,5	4,2	2,6
Retinopatia	0,8	1,8	2,9	6,7	1,4	3,7	7,3	2,1	2,4	6,4
Glaucoma	0,7	2,0	2,7	4,1	1,6	2,3	2,0	2,4	3,0	5,0
Outra doença crónica	24,3	35,4	34,5	32,8	34,1	39,7	24,6	36,4	31,1	36,7

Fonte: INE, DGS, 4º INS

O quadro acima contém os principais dados do 4º INS relativos à incidência das principais doenças crónicas que afetam os idosos. Os dados das doenças crónicas investigadas no 4º INS apresentam a população idosa com taxas de incidência bastante superiores para o total da população residente. As

doenças crónicas como tensão arterial alta, doença reumática, dor crónica, depressão, etc. afetam significativamente as pessoas mais idosas³⁷. Para fazer face a estas populações bem como das populações com necessidades em termos de realização das AVD³⁸, foram desenvolvidas um conjunto de instrumentos e infraestruturas³⁹.

No domínio da saúde para apoio a idosos os principais instrumentos são:

- Plano Nacional de Saúde para Idosos, integrando a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrado.
- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem por objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por Unidades de internamento e de ambulatório, bem como por equipas hospitalares e domiciliárias.

As necessidades em cuidados continuados dos idosos são influenciadas pelas mudanças físicas, mentais e ou alterações na funcionalidade das capacidades cognitivas, ao longo da vida de um indivíduo. Uma política de cuidados continuados deve ter em conta estas necessidades, no quadro do respeito dos valores individuais e preferências dos cidadãos. Desta forma, o objetivo dos Cuidados Continuados é garantir que um indivíduo em situação de dependência, pode manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis.

A Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Continuados como sendo “as atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais (família e amigos), por cuidadores formais, incluindo profissionais e para-profissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários”.

³⁷ Ver Almeida (2009).

³⁸ Os estudos sobre as populações com necessidades de ajuda em AVD estão sumariados na próxima secção.

³⁹ Ver Cap. 6 que aborda a questão das infraestruturas e redes associadas ao envelhecimento ativo.

De fato, para dar respostas aos desafios do envelhecimento em Portugal, foi criado um novo modelo de prestação de cuidados, inserido no Sistema Nacional de Saúde, que é operacionalizado através de uma Rede nacional e intersectorial, no sentido em que se integraram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o sector social e privado. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), iniciada em 2006, corporiza as estratégias e intervenções públicas nas situações de dependência associadas a diferentes patologias e aos efeitos do envelhecimento⁴⁰.

Um importante contributo para o debate das políticas de saúde para séniores é o estudo de Almeida (2009)⁴¹. Na sequência da Carta de Otava, a Promoção da Saúde é entendida como “o processo de capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre, e para melhorarem, a sua saúde” (1986), oferecendo o enquadramento promissor para uma abordagem integrada das estratégias e políticas da saúde, em especial, para os séniores. Em particular, “a saúde [é vista como] num *continuum*, incluindo um pólo (ou direção) de saúde positiva, que vai além da “ausência de doença” (como explicita a definição da OMS), para abranger as noções de bem-estar e de wellness /saúde otimal, no sentido de potencial a almejar” (p. 19) e uma “conceção dinâmica da saúde a situar num contexto temporal que remete, nomeadamente no plano individual, para a relevância de uma perspetiva de desenvolvimento no curso da vida”, onde o indivíduo é sujeito ativo no contexto da promoção da saúde, i.e., “o papel dos indivíduos/populações face ao próprio processo de desenvolvimento da saúde: se, por um lado, este é inevitavelmente condicionado por determinantes que estão além do seu controle, outros há, da esfera pessoal as condições de vida e fatores estruturais que as influenciam, que são criados e/ou passíveis de ser modificados pela ação ou agência humana, individual ou coletiva” (p. 21).

Um dos resultados deste debate foi o desenvolvimento do conceito “envelhecimento ativo ... como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Assenta numa conceção de saúde como concretização, ao longo da vida, do potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tao importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois

⁴⁰ Idem, ver Cap. 6.

⁴¹ Almeida (2009).

pilares: participação e segurança. Esta última, que engloba a também a ideia de proteção, dignidade e cuidados, remete mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Fá-lo, no entanto, enfatizando, como noutras vertentes, uma perspetiva de direitos e não de assunção das pessoas idosas como recetores passivos de cuidados.” (p. 38) Em conclusão, a autora apresenta as seguintes características duma política de Promoção de Saúde dirigida aos séniores:

- “a saúde deve (também nesta fase da vida) ser entendida na sua multidimensionalidade, envolvendo a interligação de dimensões biológicas, psicológicas, espirituais, sociais, materiais;
- há uma continuidade essencial (ainda que com especificidade) dos processos ao longo do curso da vida;
- embora perdas/ declínio tendam a assumir maior destaque nas idades avançadas, persistem não só possibilidades de regulação e compensação como de manutenção/ recuperação e crescimento;
- neste processo de adaptação face as alterações, o individuo é um agente ativo, recorrendo aos recursos disponíveis e podendo adotar quer estratégias de ajustamento interno, quer de ação sobre o meio;
- subjacente a este processo e condicionando o seu resultado, está uma multiplicidade de determinantes individuais, ambientais/estruturais, interagindo entre si e atuando em vários níveis e esferas, ao longo do tempo;
- o processo e a avaliação do seu “sucesso”, ganham significado no contexto particular de existência e trajetória de vida de cada individuo.” (pp. 40-1)

O estudo da OCDE (2009) cita o trabalho da SNIPH (2007) sobre os objetivos e prioridades dos sistemas de saúde para fazer face ao envelhecimento: “Healthy Ageing concerns “the process of optimizing opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life” (SNIPH, 2007). The following elements/objectives of policy appear of greater concern for the authors of that report:

- It presumes that older people are of intrinsic value to society rather than a burden and that their autonomy and sense of personal control are essential for maintaining human dignity and integrity;
- Population-wide healthy ageing requires focusing on health inequalities and the underlying socioeconomic factors. Heterogeneity of needs across individuals must be taken into account;
- Healthy ageing policies rely strongly on prevention and, in this context, “it is never too soon and never too late to promote health” (SNIPH, 2007) (p. 9)

As medidas específicas estão relacionadas com “the growing importance of chronic diseases among the elderly will require more appropriate, via better co-ordinated and more patient-centred care. Key areas where policy needs to focus include:

- More regular follow-up of chronically-ill patients and better co-ordination of care. A growing share of the elderly has chronic conditions – and individuals often cumulate several of them – while medical care systems have become more specialised and fragmented over time.
- Enhanced preventive health services: Primary and secondary prevention are of particular importance. Policies in this area include vaccinations, reducing substance abuse and screening for diseases such as cancer and diabetes and conditions such as high blood pressure. Policies can also include efforts to reduce accidents, for example through the promotion of safe homes of the elderly and their environment or programmes against violence and suicide.
- Greater attention to mental health: Mental illness – which can take on a range of forms from depression to dementia and to psychiatric disorders – is widespread among the elderly in OECD countries and can lead to entry into institutional care. Policies to address wider determinants of mental health as well (social isolation, poverty and discrimination and housing) may also be required.
- Encourage better self-care: Increased health literacy (see definition in section 4.4.6) and access to technology such as ITC and the Internet may provide individuals with the potential for a greater understanding of their condition and how to adapt their lives to deal with it best.” (OCDE, 2009, p. 11)

3.8. Idosos com necessidades de apoio

As necessidades dos idosos portugueses em apoios na saúde ou sociais resultantes das limitações físicas ou mentais foram aferidas pelos resultados obtidos nos Inquéritos feitos pelo Ministério da Saúde ou académicos na área da Saúde Pública. O INE elaborou também estudos sobre a população portuguesa com dificuldades nas atividades da vida diária.

De acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida de 2009 do INE, 39,1% da população portuguesa com 65 a 74 anos indica que tinha algumas dificuldades nas atividades da vida diária e 19,8% dessa população tinha dificuldades sérias nessas atividades. Para a população com mais de 75 anos, 38,9% tinha alguma dificuldade e 37,9% dificuldades sérias nas atividades da vida diária. Estes resultados da perceção própria dos inquiridos relativamente às limitações nas atividades diárias pelos diferentes países da UE encontram-se no Quadro abaixo (OCDE, 2011a, p. 165).

Quadro 3. 12: Percentagem da população com 65-74 anos e 75 + anos com dificuldades nas atividades da vida diária, 2009

	65-74 anos			75 + anos		
	Alguma limitação	Fortemente limitado	Total	Alguma limitação	Fortemente limitado	Total
Suécia	14,5	7,7	22,2	16,9	17,1	34,0
Dinamarca	19,1	8,2	27,3	28,5	16,0	44,5
Reino Unido	18,9	16,5	35,4	23,0	23,9	46,9
Irlanda	27,5	9,6	37,1	34,8	18,2	53,0
Luxemburgo	24,1	13,3	37,4	33,9	15,1	49,0
Bélgica	25,2	12,3	37,5	34,3	20,0	54,3
Países Baixos	30,2	8,7	38,9	41,9	14,9	56,8
República Checa	29,7	10,5	40,2	40,4	22,1	62,5
Eslovénia	21,3	19,4	40,7	26,5	29,2	55,7
França	26,9	15,4	42,3	33,8	32,2	66,0
Finlândia	30,8	11,8	42,6	39,2	27,6	66,8
OCDE	29,1	14,3	43,4	34,0	26,1	60,1

Áustria	30,5	15,8	46,3	34,0	33,6	67,6
Espanha	36,9	9,8	46,7	42,6	21,6	64,2
Polónia	33,8	16,5	50,3	37,0	29,2	66,2
Itália	37,3	14,0	51,3	44,1	29,8	73,9
Grécia	31,4	20,2	51,6	35,5	39,0	74,5
Alemanha	37,5	16,1	53,6	44,5	30,8	75,3
Hungria	39,5	16,8	56,3	42,3	33,2	75,5
Estónia	42,1	15,8	57,9	46,6	32,5	79,1
Portugal	39,1	19,8	58,9	38,9	37,9	76,8
Eslováquia	48,2	26,6	74,8	37,7	49,9	87,6

Fonte: Eurostat, Statistics on Income and Living Conditions 2009.

Estes resultados colocam Portugal no 2º País da UE com as mais elevadas taxas da População idosa com limitações nas atividades da vida diária. Outros estudos sobre esta problemática, apresentados mais abaixo, sugerem uma incidência relativamente inferior aos valores do Inquérito sobre as Condições de Vida.

Por outro lado, os dados da OCDE *Health Data* para 2009 indicam que somente 1,1% da população portuguesa com mais de 65 anos recebia cuidados continuados (5,1% na Espanha, 11,3% em França e 6,7% na Bélgica).

Quadro 3. 13: População com 65 + anos com cuidados continuados (2009, %)

	Instituição	Casa	Total
Austria ¹	23,9		23,9
Países Baixos	6,6	12,8	19,4
Suécia	5,9	11,7	17,6
Dinamarca	4,5	13,0	17,5
República Checa	2,2	10,9	13,1
Luxemburgo	5,4	7,4	12,8
OECD (21)	4,0	8,2	12,2
Finlândia	4,8	7,2	12,0
Alemanha	3,8	7,5	11,3
França	4,3	6,8	11,1
Hungria	3,0	7,0	10,0

Estónia	1,8	6,0	7,8
Bélgica	6,7		6,7
Eslovénia	4,9	1,7	6,6
Espanha	1,3	3,8	5,1
Irlanda	4,0		4,0
Itália		3,7	3,7
Eslováquia	3,2		3,2
Portugal	0,9	0,2	1,1
Polónia	0,9		0,9

1. Os dados são para o total.

Fonte: OCDE, Health Data 2011

O estudo de Hernández-Quevedo et al. (2007), da Universidade de York, utilizou os dados de painel do *European Community Household Panel Users Database* (ECHP) de 1994 a 2001. A variável dependente investigada é: “Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability?”, ao qual os respondents escolhem as respostas “Yes, severely” (sim, muito), “Yes, to some extent” (sim, pouco) e “No” (não). Os resultados das regressões econométricas deste estudo mostram que as limitações nas atividades da vida diária estão altamente correlacionadas com os níveis de rendimento (e do nível de escolaridades). O quadro seguinte contém os resultados dessa questão por quintis de rendimento.

Quadro 3. 14: População dificuldades por classes de Quintil de rendimento (em %)

País	Algumas dificuldades					Dificuldades severas				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
BE	14,46	10,70	8,94	8,79	8,71	9,53	5,57	3,17	2,18	2,55
DK	20,38	17,54	16,64	13,81	11,23	10,75	7,12	3,43	2,67	2,08
FR	16,69	15,01	12,98	10,18	10,18	14,11	11,90	10,52	5,65	5,65
HE	14,39	11,81	9,73	9,50	6,43	12,26	9,44	7,55	6,51	3,49
IE	17,24	20,35	13,09	10,62	7,98	6,82	6,26	3,26	1,85	1,44
IT	9,18	9,94	9,09	7,91	6,26	5,22	5,22	4,98	3,97	2,72
NL	18,61	17,36	15,93	14,86	13,66	10,25	9,08	6,73	5,55	5,09
PT	19,35	18,53	15,53	14,25	11,14	14,30	15,36	11,34	8,43	5,50
ES	14,71	15,51	13,44	10,49	7,01	7,26	7,36	7,08	5,38	2,59

Fonte: Hernández-Quevedo et al. (2007), Table 3

Assim, o estudo concluiu que (p. 19-20) “The estimated effects of educational achievement are positive for both definitions of health limitations and for almost all countries (Portugal is an exception for secondary education and severe limitations). The expected negative sign is found for household income, with the few exceptions, for example Belgium, not being statistically significant. For activity status, compared to the baseline of being employed, the majority of the activity categories have a positive influence on reporting any or severe limitations. The exception is the self-employed, where the majority of effects are negative, suggesting a decreased probability of reporting any or severe limitations compared to employees. However, a number of these estimates are not statistically significant. Again, these estimates are derived conditional on initial period activity status and are identified through changes in status over the course of the panel survey. The greatest effect on reporting limitations is observed for inactivity status. These results are to be expected as labour market inactivity is likely to be highly correlated with claiming disability benefits. It has also been suggested that since ill-health may represent a legitimate reason for a person of working age to be outside the labour force, respondents who are not working may cite health problems as a way to rationalize behaviour....

(p. 23) across all estimates higher levels of income and education decrease the probability of reporting limitations in daily activities. The effect of activity status is larger than the effect of income and education. Inactivity is associated with the largest absolute effect and will reflect, in part, individuals claiming disability allowances due to ill health.”

O estudo de Frade (2010) analisou os microdados do 4º Inquérito Nacional da Saúde (2005-06), obtendo resultados semelhantes ao estudo de Hernández-Quevedo et al. (2007). Relativamente aos indicadores Qualidade de Vida (QvD), Qualidade de Vida numa perspetiva médica ou de saúde (QdVRS) e atividades da vida diária (AVD), Frade concluiu que a “análise de possíveis indicadores determinantes de qualidade de vida dos portugueses, pudemos concluir que efetivamente a idade, o género, o nível de ensino e o nível de rendimento correlacionam-se significativamente com as variáveis de QdV, QdVRS e AVD. Pudemos observar que quanto mais pobre se é, menos QdV, QdVRS e AVD se tem. Por seu turno, quanto maior nível de ensino, maior nível de QdV, QdVRS e AVD. No que diz respeito à variável género, recodificada em “FEM”, também se pôde verificar que o facto de se ser mulher diminui as diferentes variáveis de qualidade de vida.” (p. 63)

O Ministério da Saúde⁴² produziu um estudo recente para estimar, entre outros objetivos, “a proporção de pessoas com necessidade de cuidados continuados”. O inquérito foi realizado por entrevista telefónica, entre Maio e Junho de 2007 a uma amostra constituída por pessoas de 18 e mais anos, residentes em unidades de alojamento do Continente que integram o painel ECOS- Em Casa Observamos Saúde; trata-se de uma amostra aleatória constituída por **1034 unidades de alojamento (UA)** com **telefone fixo**, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. Estas unidades de alojamento representaram cerca de 30 indivíduos. Foram obtidas respostas de 952 unidades de alojamento (92,1% das 1 034 UA da amostra inicial). Através dos respondentes, um por alojamento, obteve-se, ainda, dados sobre 2 785 indivíduos residentes naquelas UA, correspondendo a 92,0% do total de indivíduos existentes nas UA da amostra.

A percentagem da população com necessidades de cuidados continuados é de 2%, com predominância dos casos de dependência física. Uma taxa prevalência estimada em 2,0% dependentes com necessidade de cuidados continuados comparada com o estimado no Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) para o Continente relativamente às pessoas que referiram pelo menos uma incapacidade parcelar que implicasse ter sempre ajuda (4,0%) – ver abaixo.

Quadro 3. 15: População dependente com necessidade de cuidados continuados e por tipo de dependência (%) - 2007

	n	%
Total de dependentes com necessidade de cuidados continuados	2 785	2,0
		(66)
Tipo de dependência	66	
Só física	42	62,2
Só mental	2	3,2
Física e mental	22	34,6

Fonte: Branco e Paixão (2008) Quadro 4

⁴² Branco e Paixão (2008).

Na maioria dos casos da ajuda para os dependentes, os familiares eram os cuidadores informais (96,3%); os amigos não residentes no domicílio e vizinhos (29,5%) formam o 2º grupo de cuidadores. A ajuda domiciliária por entidade privada (17,9%) era formada por prestação a cargo de empregadas domésticas assalariadas. A ajuda prestada por entidade estatal, que poderia incluir o centro de saúde, nomeadamente uma equipa de cuidados continuados formal, foi responsável em 13,0% das situações de dependência. A ajuda prestada por entidades privadas de solidariedade social só teve expressão em 4,1% das situações.

Quadro 3. 16: Percentagem de respondentes que referiram a necessidade de ajuda para o(s) dependente(s), segundo o agente prestador de cuidados informais/ajuda (%)

	n	%*
Cuidados prestados**	61	
Familiares		96,3
Amigos/Vizinhos		29,5
Entidade privada		17,9
Entidade estatal		13,0
Entidade particular de solidariedade social		4,1

* Resultado ponderado por regiões; ** As respostas não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Branco e Paixão (2008), Quadro 10

Relativamente aos familiares direto dos internados, 4% dos inquiridos indicaram ter um familiar nesse caso. Os principais motivos do internamento estão identificados no quadro a seguir:

Quadro 3. 17: Percentagem de respondentes com um familiar direto “internado” segundo o motivo

	n	%*
Motivo que levou ao “internamento” do familiar **	30	
Falta de disponibilidade, devido à vida que tem		69,2
Não tem ajuda e não consegue cuidar sozinho		59,1
Apesar de ter condições, é a melhor solução para o dependente		57,4
Não tem condições na habitação		39,6
Não tem condições de saúde para ser cuidador		27,0
Não tem disponibilidade económica		25,4
Não sabe prestar os cuidados necessários		23,7

* Resultado ponderado por regiões; ** As respostas não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Branco e Paixão (2008), Quadro 12

O motivo mais importante do internamento do familiar invocado pelos respondentes é a falta de disponibilidade relacionada com o padrão de vida existente.

Quadro 3. 18: População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário (%)

Sexo/ Grupo etário	Auto-apreciação do estado de saúde		
	Muito bom ou bom	Razoável	Mau ou muito mau
Homens e Mulheres	53,4	32,7	13,9
65 a 74 anos	15,7	46,5	37,9
75 a 84 anos	11,1	41,5	47,4
85 anos ou mais	13,3	46,3	40,4
Homens	59,6	30,1	10,3
65 a 74 anos	20,3	49,4	30,3
75 a 84 anos	14,3	44,5	41,2
85 anos ou mais	21,2	42,4	36,4
Mulheres	47,6	35,1	17,2
65 a 74 anos	11,9	44,1	44,0
75 a 84 anos	9,0	39,4	51,6
85 anos ou mais	9,5	48,2	42,3

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 1.1

Os resultados do 4º Inquérito Nacional à Saúde (2005/06) indicam que 15,7% dos idosos com 65 a 74 anos tinha uma perceção Muito bom ou bom do estado de saúde e 37,9% considerava Mau ou muito mau. Por sexo, as Mulheres tinham uma perceção menos positiva do seu estado de saúde (44% com idade entre 65 a 74 anos fez uma auto-apreciação de Mau ou muito mau).

A população com necessidades de apoio estava estimada nesse inquérito em 3,1% (acamada ou sempre sentada) e 4% (incapacidade física de longa duração, necessitando ajuda para realizar atividades). A população alvo é a que tem mais de 10 anos de idade.

Uma comparação dos resultados deste inquérito com os do estudo anterior não sugere discrepâncias significativas na estimação da população com necessidade de apoio nas atividades da vida diária. De notar que estes resultados são superiores aos obtidos no Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99 (2,3% e 3,4%, respetivamente). Os indivíduos do sexo feminino apresentam taxas de incidência mais elevadas em ambos os Inquéritos.

Quadro 3. 19: População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração (%)

Sexo	População que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (a)	População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar	
		de grau 1 (b)	de grau 2 (c)
H e M	3,1	19,6	4,0
Homens	2,3	16,4	3,4
Mulheres	3,8	22,6	4,5

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 9.1

- (a) inclui a população que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira (não cadeira de rodas), todo o dia (excepto noite) ou limitada à sua casa para se movimentar;
- (b) Incapacidade de grau 1: incapacidade física de longa duração (aquela que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar “sozinho mas com dificuldade”.
- (c) Incapacidade de grau 2: incapacidade física de longa duração (aquela que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar “só com ajuda”.

Quadro 3. 20: População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração -1998/99 (%)

Sexo	População que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (a)	População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar	
		de grau 1 (b)	de grau 2 (c)
Homens e Mulheres	2,3	22,3	3,4
Homens	1,6	19,0	2,7
Mulheres	2,9	25,4	4,1

Fonte: INSA - Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999) – Q 9.10. Ver notas do quadro anterior.

Relativamente à perceção da qualidade de vida, 35,3% dos inquiridos com idade entre 65 a 74 anos considera\ou ser muito boa ou boa e 11,6% considerou má ou muito má. Comparados com os resultados da auto-apreciação do estado da saúde, observa-se, como em outros inquéritos, uma significativa discrepância das respostas.

Quadro 3. 21: População residente com 15 ou mais anos de idade, por auto-apreciação da qualidade de vida, sexo e grupo etário - Portugal 2005/2006 (%)

Sexo/ Grupo etário	Auto-apreciação da qualidade de vida		
	Muito boa ou boa	Nem má nem boa	Má ou muito má
Homens e Mulheres	48,6	44,5	6,8
65 a 74 anos	35,3	53,1	11,6
75 anos ou mais	29,8	52,0	18,2
Homens	51,5	42,5	6,0
65 a 74 anos	41,8	50,3	7,9
75 anos ou mais	36,5	46,7	16,8
Mulheres	46,0	46,3	7,7
65 a 74 anos	30,0	55,5	14,5
75 anos ou mais	25,7	55,2	19,1

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 35.1

Cunha (2010) examinou os microdados do Quarto INS, tendo obtido as seguintes estimativas da população dependente com 65 ou mais anos. A autora construiu um índice de independência/dependência (IID) na base do índice de Barthel, modificado por Granger et al., tendo proposto uma tabela de correspondência entre as questões do Quarto INS e as variáveis do índice de Barthel modificado (ver Tabela 2, p. 63).

De acordo com o referido IID, Cunha obteve a seguinte Tabela 4 (p. 73), com estimativas da população com necessidades de apoio:

Quadro 3. 22: N° de pessoas independentes/dependentes na realização das AVD e/ou pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do índice independência/ dependência (IID)

Níveis de Independência/ dependência	N° de pessoas	%
Dependência total	102 423	14,1
Dependência Severa	16 279	2,2
Dependência Moderada	35 430	4,9
Dependência Ligeira	186 978	25,7
Independência p/ realizar AVD	386 174	53,1
Total	727 284	100

Fonte: Cunha (2010, p. 73), Tabela 4

A população total estimada com 65 ou mais anos era de 1 737 981 pessoas. Assim, 41,8% desta população (727 284) apresentava algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica. De acordo com o quadro acima, 53,1% da população IID é independente na realização das AVD, tem ou já teve uma doença crónica. Em termos de dependência, 25,7% dos IID era dependente ligeiro; 4,9% era dependente moderado; 2,2% era dependente severo. Mais de 100 mil idosos não conseguem fazer AVD sozinhos, representando 14,1% dos IID.

O Observatório Nacional de Saúde publicou um estudo em 2001⁴³, baseado num Inquérito numa amostra representativa da população idosa (com mais de 65 anos), sobre a saúde dos idosos, em particular, as capacidades funcionais e locomotora e a rede social de suporte. Foram selecionados 717 agregados, obtendo-se 464 contatos com sucesso (65,4%) e respostas relativas a 692 indivíduos com idade 65+. As principais características deste estudo são:

⁴³ Branco (2001).

Quadro 3. 23: Características da amostra

	%
Homens	46,4
Mulheres	53,6
65-74 anos	64,2
75-84 anos	29,7
85 + anos	6,1
Não sabe ler nem escrever	20,7
Até 1º básico	61,9
Ensino médio	13,3
Ensino superior	4,2

Fonte: ONSA, 2001

Em resumo, a amostra indica que:

- 82,6% tem um nível de instrução baixo, quatro anos de escolaridade ou menos;
- 70,3% diz-se casados ou reconhece-se como tal;
- 67,8% é reformado não executando qualquer trabalho extra;
- 76,0% ocupa-se pelo menos com uma das seguintes atividades: ajuda na lida doméstica ou toma conta das crianças da família ou realiza trabalho de voluntariado;
- 8,3% parece serem grandes incapacitados;
- 12,0% declara precisar de ajuda para atividades da vida diária. Destes, 92,5% têm ajuda praticamente diária;
- 8,4% teve, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer;
- 52,4% refere viver com apenas mais uma pessoa no agregado. 11,5% refere viver sozinha;
- 69,3%, no ano anterior à "observação", esteve com familiares ou amigos frequentemente durante a semana mas, no mês anterior, apenas 41,4% recebeu visitas de amigos;
- 80,5% tem amigos "chegados" com quem desabafar e 90,4% refere relacionar-se da mesma maneira do que há um ano com as outras pessoas;

- 14,1% refere pertencer a alguma organização estruturada de índole comunitária ou recreativa;
- 52,5% tem uma auto percepção da vida desfavorável, contudo 64,0% diz ser feliz.

Em termos de capacidade motora, o quadro seguinte resume os resultados obtidos:

Quadro 3. 24: Indivíduos com 65+ anos com incapacidade de mobilização (%)

Situação	%
Sempre acamados	2,5
Sempre sentados	7,3
Ajuda para AVD	12,0
Dos quais:	
65-74	8,7
75-84	14,7
85+	36,0
Tem ajuda todos os dias	69,3
Tem ajuda quase todos os dias	23,2
Raramente tem ajuda	4,8
Nunca tem ajuda	2,6

Fonte: ONSA (2001), Quadros 5, 6 e 7

Quanto à necessidade de ajuda para as AVD, 36% dos indivíduos com idade superior ou igual a 85 anos necessita de ajuda; 14,7% dos indivíduos com 75 a 84 anos; e 8,7% dos indivíduos com 65 a 74 anos. Dado que os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde abrangerem uma população diferente (com mais de 10 anos), as estimativas do estudo de 2001 parecem ser mais consistentes nos cálculos da população idosa com necessidade de apoio para a realização de atividade da vida diária. De notar que cerca dos 7% da População com necessidade de ajuda AVD não tem (raramente tem) ajuda.

Na base dos parâmetros obtidos da amostra, o estudo projeta estimativas da população acamada, sempre sentada ou precisa de ajuda para AVD – ver quadro reproduzido abaixo:

Quadro 3. 25: Estimativas do número de «acamados», «sempre sentados» e «necessitam de ajuda para AVD» existentes na população de idade ≥ 65 anos, em Portugal Continental e em cada uma das Regiões de Saúde

	População 65 + anos	Acamados	Sempre sentados (não anda	Necessita ajuda para AVD
Continente	1 472 500	36 813	107 493	176 700
Norte	462 900	11 573	33 792	55 548
Centro	311 400	7 785	22 732	37 368
LVT	523 100	13 078	38 186	62 772
Alentejo	109 900	2 748	8 023	13 188
Algarve	65 100	1 628	4 752	7812

Fonte: ONSA (2001), Quadro 8

Os Censos 2011 apresentam uma População com idade ≥ 65 anos de 1 949 557 para o Continente, cerca de 32% de aumento face à estimativa para 1999 do quadro acima; na base dos mesmos parâmetros do estudo do ONSA, o nº de idosos com necessidades de apoio social e de saúde deverá ter aumentado significativamente (dado o incremento do peso da população com mais de 85 anos).

O estudo de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) tem por base uma amostra de 1 665 idosos em 2000/01 (com idade 75+ anos), uma amostra representativa da população idosa. Dessa amostra 169 apresentavam dificuldades cognitivas e 142 com elevada dependência, inviabilizando a participação dos mesmos no inquérito. O estudo recolheu respostas de 1 354 inquiridos (81,3% da amostra) ao instrumento EASYcare (Sistema de Avaliação dos Idosos) que é considerado um instrumento de avaliação compreensiva das necessidades das pessoas idosas (mais de 64 anos) que fornece um perfil de necessidades e prioridades de cuidados, e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado em Portugal na versão 1999-2002 e na versão 2008 (Sousa e Figueiredo, 2003; Sousa et al., 2008).

Quadro 3. 26: Distribuição da amostra por escalões de idades (%)

Escalão etário (anos)	Amostra total	Diminuídos cognitivamente	Muito dependentes	A analisar
	(N=1665)	(N=169)	(N=142)	(N=1354)
75-79	50,1	42,6	35,2	52,6
80-84	30,9	29,6	31,0	31,1
85-89	13,8	16,6	19,7	12,8
90-94	4,5	9,5	12,0	3,1
95-99	0,7	1,2	2,1	0,4

Fonte: Sousa et al. (2003), Quadro 2

Relativamente à qualificação académica da amostra global, a maioria dos inquiridos tem como habilitações a quarta classe (42%), 12% nunca frequentou a escola, 9,2% tinha seis anos de escolaridade, 18,8% com nove anos de escolaridade, 15% frequentou o ensino secundário e 1,8 possui um curso superior (1,1% não respondeu). Quanto às profissões exercidas pelos sujeitos da amostra global, verificou-se que 33,4% era operários, 33,2% domésticas e 15,4% empregados de escritório, comércio e serviços; todas as outras categorias são residuais. Em termos de isolamento, 65,9% vive com a família, 21,2% vive sozinho, 9,2% em lar de idosos, concentrando-se idosos muito dependentes neste grupo (ver quadro abaixo).

Quadro 3. 27: Idosos, isolamento e lares (%)

Com quem vive?	Amostra total	Diminuídos cognitivamente	Muito dependentes	A analisar
	(N=1665)	(N=169)	(N=142)	(N=1354)
Família	65,9	71,0	56,3	66,3
Sozinho	21,2	16,0	1,4	23,9
Lar de idosos	9,2	12,4	23,9	7,3
Outras situações	2,3	0,6	4,2	2,3
Não respostas	1,3	1,2	14,2	0,1

Fonte: Sousa et al. (2003), Quadro 3

Os principais resultados do inquérito podem ser assim sintetizados:

- 10,2% (169) de idosos com diminuição cognitiva moderada a grave;
- 8,5% (142) de sujeitos muito dependentes, incapazes de se expressarem;
- 81,3% (1 354) capazes de responder ao questionário e que se agruparam em 4 *clusters*:
 - o 62,8% autónomos;
 - o 8,5% quase autónomos;
 - o 4,3% quase dependentes;
 - o 3,2% dependentes.

Os autores do estudo concluem que “Em relação ao género verifica-se que no grupo dos “autónomos” há menos mulheres e mais homens, relativamente ao esperado. Isto pode indicar uma tendência para que as mulheres idosas apresentem um índice superior de limitações. O que é comprovado pelo facto de no grupo dos “quase dependentes” se encontrem mais mulheres e menos homens, em relação ao esperado. Os resultados relativos à idade não apresentam surpresas, apenas se percebe que o grupo dos autónomos predomina no escalão etário mais baixo (75-79 anos). Verifica-se que os idosos que vivem sós ou com a família são, em geral, autónomos; e os que vivem em lar de idosos comportam os elementos mais dependentes.” (p. 369).

Por outro lado, os resultados do estudo mostram que um núcleo razoável de idosos é totalmente independente ao contrário das imagens tradicionais dos idosos: rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e dependentes não correspondem à situação real dos idosos. Os resultados obtidos apontam, ainda, a diversidade individual nos idosos, o que contraria outro preconceito social que afirma que os velhos são todos iguais.

De acordo com os autores deste estudo, estar em lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida. Desta forma, os autores advertem que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e ação social aos idosos.

As políticas sociais e os programas de apoio aos idosos, perante o facto de tantos idosos se manterem plenamente capazes, terão de enfatizar não só a vertente assistencial, mas também valorizar a ocupação, o voluntariado, a educação, ou seja, a autonomia.

Os estudos analisados neste capítulo sugerem uma significativa e crescente população idosa com necessidades de apoio para a realização de atividades da vida diária. Tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos sugere que serviços descentralizados e personalizados poderão ser os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos séniores. Os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (+65 anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas. A maioria dos serviços é prestada pelos cuidadores familiares.

3.9. Conclusões

- Segundo os Censos 2011, em Portugal Continental residiam 10 412 903 pessoas e com mais de 65 anos/sozinhas: 433 901 têm entre 75-79 anos, 301 251 têm entre 80 – 84 anos e 243 137 têm mais de 85 anos.
- A solidão resulta de deficiências nas relações sociais da pessoa sozinha, sendo a solidão vista como um fenómeno psicológico subjetivo e, por isso, não é sinónimo de isolamento.
- O envelhecimento ativo e saudável está relacionado com a promoção da autonomia e assenta em duas premissas: **na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas.**
- Atendendo a importância desta problemática a **Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012 de 5 de Abril de 2012**, recomendou ao governo: Incentivar o voluntariado de vizinhança, coordenado pelos concelhos locais de ação social e em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social, **com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência.**

- O isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo pelo que se procura através da prevenção e da articulação, a identificação de situações de vulnerabilidade nesta população.
- A população com 65 e mais anos tem vindo a aumentar significativamente em todos os países da União Europeia; ao mesmo tempo verifica-se que, na UE, 31,1% da população com 65 e mais anos, vive só, 48,3% vive em casal e 25,2% vive em família com ou sem filhos; segundo a mesma fonte de informação Portugal é um dos países onde se verifica menor independência dos idosos (a viverem sós ou em casal). Tal poderá ser justificado, segundo o EUROSTAT, por existir um maior peso de famílias integrando varias gerações, onde as pessoas idosas beneficiam dos cuidados dos familiares mais novos.
- A satisfação na vida e felicidade estão positivamente correlacionados com a participação social, destacando-se com efeitos mais fortes os contactos sociais regulares, seguido pela ajuda a outras pessoas e a participação em organizações voluntárias; Portugal encontra-se numa situação confortável em relação à maioria dos restantes países da Europa, na medida em que apenas cerca de 2% da população de 65 e mais anos não tem contacto com amigos, encontrando-se entre os cinco países com maiores relações de amizade para o grupo etário de 65 e mais anos, embora acima dos outros grupos etários.
- Quanto ao isolamento dos idosos constata-se que, em Portugal, a idade não afeta grandemente a existência de ajuda, Portugal encontra-se entre os países com um dos melhores indicadores no que respeita à obtenção de ajuda por parte dos idosos caso seja necessário, encontra-se em terceiro lugar, a nível dos Estados Membros da UE, o que mostra a existência e a importância de redes informais de solidariedade (familiares, amigos e vizinhos).
- A situação de idosos a viverem sós, em Portugal, não é homogénea em todo o território apresentando diferenças significativas; realidades diferentes consoante se trate de grandes centros urbanos, regiões urbanas ou rurais e, dentro dos grandes centros urbanos se se considerarem bairros antigos ou tradicionais ou novas zonas urbanas.

- Estimando-se que existe uma tendência para as pessoas idosas, naturalmente, ficarem cada vez mais sós, pode-se admitir que mais de 200 000 grandes idosos vivem sozinhos.
- O motivo principal para os idosos optarem pela solução lar reside na insuficiência em gerir as necessidades diárias e impossibilidade da família prestar os cuidados necessários, o que poderá querer indicar que, muitas vezes, mesmo vivendo em família, o idoso se encontra isolado.
- Com vista a aprofundar esta temática do isolamento foram estudados alguns exemplos de programas numa perspetiva de cobertura do País quanto à existência de população idosa isolada bem como um tratamento específico de alguns casos de idosos isolados.

4. Percepção do Papel dos Idosos pela Sociedade - Diálogo Intergeracional

4.1. Análise das percepções recíprocas idosos-jovens

4.1.1. Solidariedade intergeracional

O objetivo desenvolvimento social sustentável com vista à construção de sociedades coesivas e sustentáveis implica: (i) a identificação de novas e equilibradas relações entre gerações; (ii) abordagens e políticas inovadoras com vista a encorajar solidariedade intergeracional; (iii) contatos verdadeiros e coexistência entre todas as gerações para o desenvolvimento de todo o seu potencial de realização da experiência humana nos vários estádios da vida, através da adequação das políticas de apoio social e de saúde aos idosos.

A maior conquista da sociedade pós industrial do século XX é o aumento da esperança de vida. Contudo, esta longevidade coloca uma enorme pressão na solidariedade entre as gerações e, dentro das mesmas, está a aumentar as preocupações quanto ao modo como se deve responder às várias necessidades da população idosa. Deve-se salientar que as relações entre gerações estão a alterar-se rapidamente e importa garantir que aquilo que é tido hoje como um desafio demográfico se torne amanhã uma oportunidade.

De fato, as alterações demográficas criam oportunidades para reforçar a solidariedade entre as gerações, sendo necessário desenvolver esforços em vários domínios, nomeadamente:

- Garantir que o potencial de todas as gerações é desenvolvido e que, simultaneamente, se criem condições para a realização desse potencial de experiência e de sabedoria;
- Necessidade de alterar a percepção relativa à pessoa idosa acima dos 50, 60 ou 70 anos: o idoso é ainda encarado como um problema porque o potencial das pessoas idosas é negligenciado; vidas mais longas e saudáveis significam pessoas ativas durante mais tempo, o que representa um enorme potencial de capital social a explorar e desenvolver;
- Necessidade de se investir nos jovens perante uma sociedade envelhecida, procurando encontrar soluções para o desemprego de jovens, o abandono escolar, a insegurança no

emprego; o sucesso da nova geração é o garante da capacidade de uma sociedade para apoiar os idosos que precisem de ajuda;

- Necessidade de prestar atenção à geração intermédia na medida em que se trata de uma geração que tanto apoia os jovens como os mais velhos – a qualidade de vida de todas as gerações depende da disponibilidade de serviços e de cuidados para crianças e pessoas idosas dependentes;
- Encarar o ciclo de vida como noção básica e normal para tratar os problemas de todas as gerações, na medida em que as pessoas não permanecem jovens para sempre – a linha limite entre gerações é cada mais fluida na medida em que a perceção individual e de sociedade muda ao longo do tempo, com cada vez maior número de pessoas chegarem aos 60 ou 70 anos em perfeita saúde física e mental.

Importa, assim, encontrar um novo equilíbrio e novas relações entre gerações, procurando novas abordagens e políticas com vista a encorajar solidariedade intergeracional para se alcançarem sociedades mais coesas e sustentáveis.

Nesta linha de preocupação, a Comissão Europeia lançou o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, em 2012, não só com o objetivo de criar melhores oportunidades para os trabalhadores mais velhos mas também para combater a exclusão social das pessoas idosas reforçando a participação ativa na sociedade, encorajando um envelhecimento saudável e independente através de uma abordagem preventiva em cuidados de saúde, tornando os transportes mais acessíveis e o ambiente mais amigável aos idosos.⁴⁴

Segundo os dados do Relatório do Eurobarómetro relativo à Solidariedade Intergeracional (nº 269 de 2009), as opiniões de **cidadãos europeus** sobre reações/perceções são diferenciadas consoante os temas em presença, bem como dos diferentes Estados Membros no que respeita às relações entre as diferentes gerações. Os objetivos do referido Eurobarómetro eram recolher opiniões dos europeus sobre (p. 4):

⁴⁴ Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies Outcomes of the Slovenian Presidency Conference, Brdo, Slovenia, 28 - 29 April 2008.

- “existing relations between the younger and older generations
- costs of an ageing population – particularly in terms of pensions and elderly care
- the need for pension and social security reforms
- ways in which older people contribute to society – financially and in a broader way
- existing possibilities for autonomous living for elderly EU citizens
- the provision of elderly care and support by social services
- the role of public authorities in promoting intergenerational solidarity”

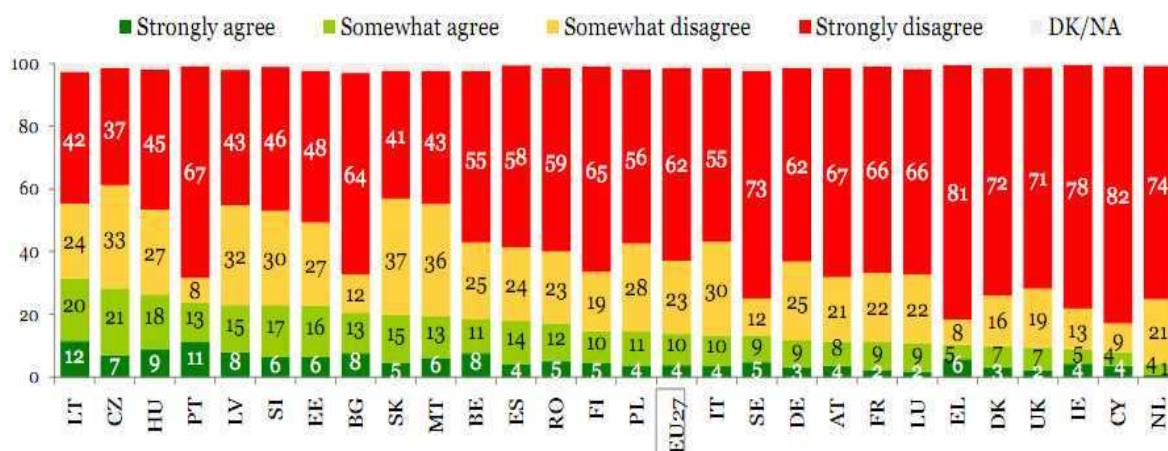
Jovens e idosos – perspectiva sobre a sociedade

Na UE, jovens e idosos não concordam sobre o que é melhor para a sociedade (28%); em termos de países, Portugal apresenta cerca de 77% de pessoas que concordam e concordam fortemente, com perspectivas diferentes da sociedade consoante a idade, sendo 69% a média europeia para os que concordam fortemente e concordam; em extremos encontra-se a Suécia com 88% e os Países Baixos com 50% (Ver 1º gráfico do Eurobarómetro, Intergenerational Solidarity nº269, p. 9).

4.1.2. Idosos e sociedade

Apenas 4% pensa que os idosos são um fardo para a sociedade; na UE, a média dos entrevistados que discordam de os idosos constituírem um fardo para a sociedade eleva-se a 85%, variando entre 66% na Lituânia e 95% nos Países Baixos; para Portugal eleva-se a 88%.

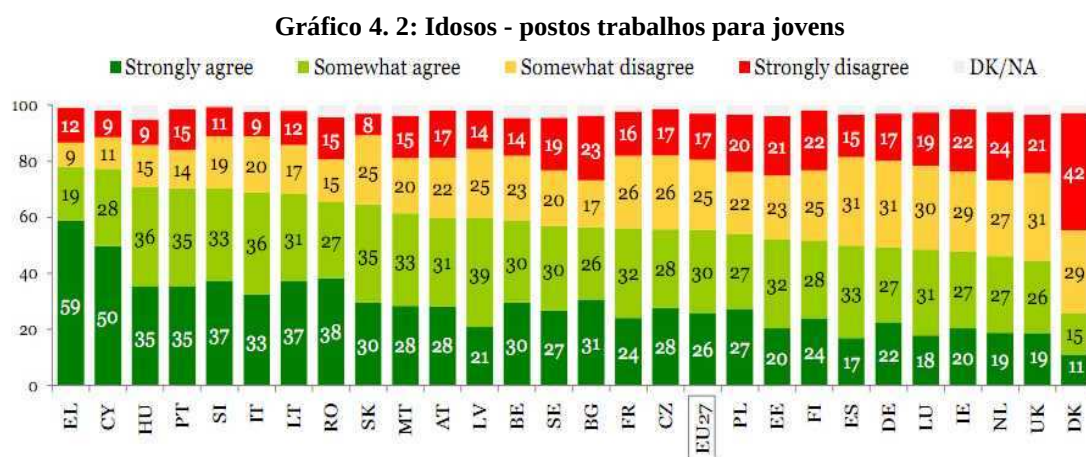
Gráfico 4. 1: Idosos - fardo para a sociedade



Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational solidarity (nº269)

4.1.3. Trabalhadores idosos/postos de trabalho para jovens

O facto de os trabalhadores idosos deixarem o mercado de trabalho mais tarde faz com que existam menos postos de trabalho livres para os jovens (26%); com forte acordo e acordo aparecem a Grécia, Chipre, Portugal e a Eslovénia variando entre 70% e 78%, sendo a média dos 27 Estados membros de 56%.

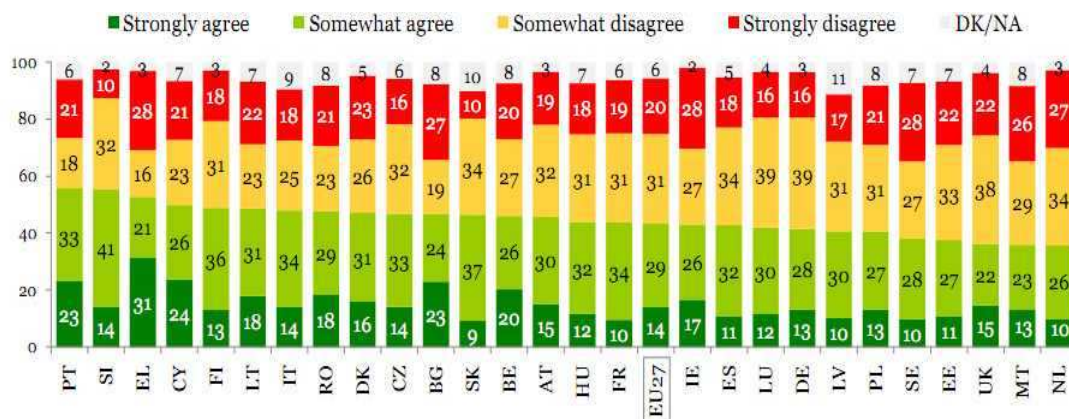


Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational Solidarity (nº269)

4.1.4. Votantes idosos/decisões políticas sobre os jovens

Cerca de 50% dos cidadãos discorda que, apesar de haver mais idosos a votar, os decisores políticos não se interessam tanto sobre os problemas dos jovens; em quatro Estados Membros, pelo menos metade dos inquiridos respondeu concordar e concordar fortemente com a ideia do maior número de votantes idosos influenciar os decisores políticos a dar menos atenção às necessidades dos jovens: Portugal com 56% (23% com forte acordo), Eslovénia 55%, Grécia 52% e Chipre 50%; a média comunitária eleva-se a 43%, com 14% para forte apoio.

Gráfico 4. 3: Idosos - decisões políticas sobre os jovens

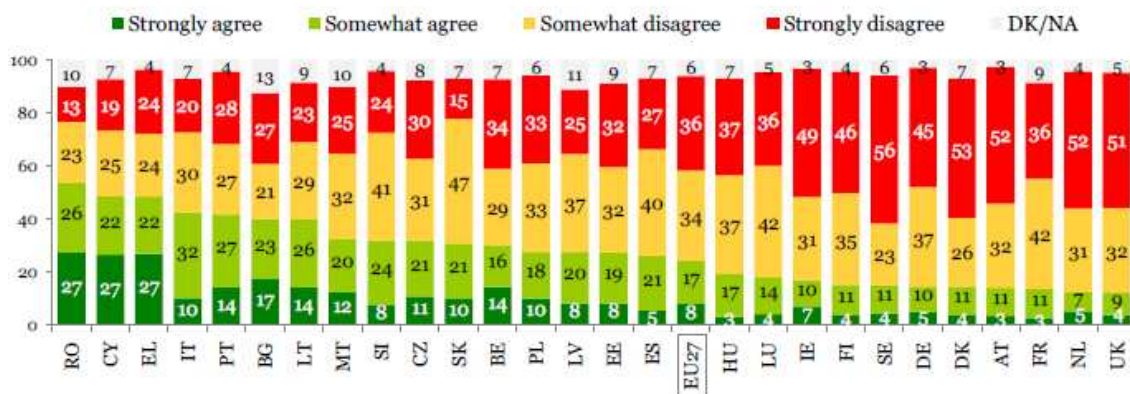


Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational Solidarity (nº269)

4.1.5. Jovens e idosos/ produtividade empresarial

Cerca de 70% dos cidadãos discorda que as empresas que empregam predominantemente jovens tenham uma produtividade mais elevada do que as que empregam pessoas de diferentes grupos etários; em Portugal 41% concordam e concordam fortemente (14%) enquanto a média da UE apresenta valores de 8% e 17%.

Gráfico 4. 4: Jovens e Idosos - produtividade empresarial



Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational Solidarity (nº269)

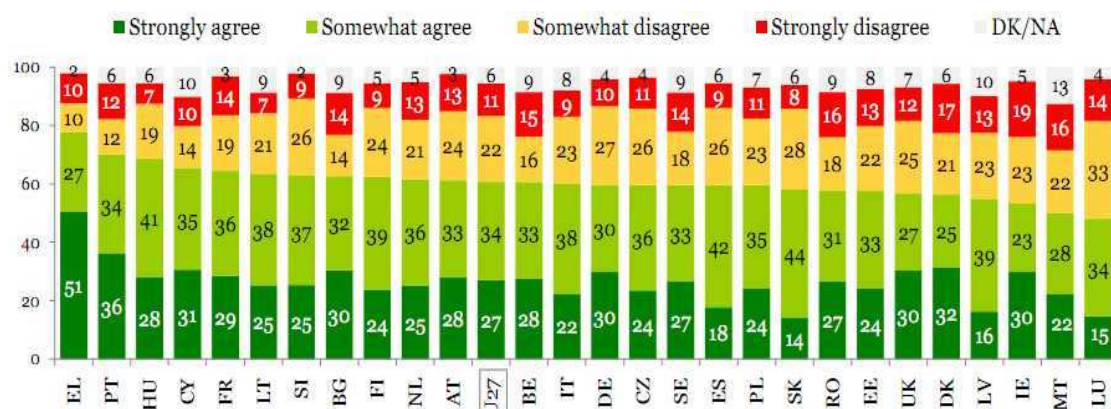
Cerqueira (2010, p. 128) informa que as “investigações sugerem que os indivíduos idosos trabalham tanto ou melhor do que os mais jovens (McCann & Giles, 2002; Palmore, 1999). A exceção ocorre em tarefas físicas que exijam rapidez e movimentos específicos, em relação aos quais se verifica algum declínio com a idade. Já em termos intelectuais, as diferenças tornam-se mais notórias

somente a partir da sétima década de vida ou mais. Acresce que os trabalhadores mais velhos tendem a ser mais persistentes nas tarefas laborais, a trocar menos de emprego, a ter menos acidentes e a apresentar menores índices de absentismo do que os colegas mais jovens” (p. 128). No entanto, “As manifestações velhistas no local de trabalho podem ocorrer a nível consciente e inconsciente, e refletem as imagens sobre as pessoas idosas e a forma como se deve interagir com elas. Os exemplos mais visíveis passam por anedotas e escárnios no discurso e por atitudes discriminatórias, como afirmar que já deviam estar em casa reformadas. Ou por práticas discriminatórias baseadas na idade, como deliberar quem pode frequentar ações de formação, que lugares podem ocupar os mais velhos ou que capacidade de decisão lhes é atribuída (McCann & Giles, 2002)” (p. 151).

4.1.6. Conflito entre gerações/ visão dos *media*

Cerca de 60% dos cidadãos pensa que os *media* exageram o risco de um conflito entre gerações; a Grécia com 78% e Portugal com 70% são os países onde os inquiridores se manifestaram mais de acordo com o exagero dos *media* sobre o risco de conflito entre gerações, sendo a média europeia de 61% e, destes, 27% com forte acordo enquanto, neste caso Portugal apresenta valor mais elevada com 36%.

Gráfico 4. 5: Conflito de gerações - visão dos *media*



Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational Solidarity (nº269)

A título de síntese apresentam-se seguidamente os principais aspetos da solidariedade intergeracional:

	Jovens UE	Idosos UE
<i>Existência de opiniões diferentes sobre a sociedade</i>		
Concordam	75%	66%
<i>Mais atenção aos idosos devido à importância do seu peso como votantes</i>		
Concordam	52%	37%
<i>Permanência de mais tempo dos idosos no mercado de trabalho reduz postos de trabalho para jovens</i>		
Concordam	51%	57%
<i>Maior produtividade nas empresas que empregam mais jovens</i>		
Concordam	30%	27%
<i>Os idosos não são um fardo para a sociedade</i>		
Concordam	12%	25%

Fonte: EUROBAROMETRO – Intergenerational Solidarity (nº269)

4.2. Imagens e mitos – o idadismo

4.4.1. Imagens mais comuns da velhice e do envelhecimento

De acordo com Ribeiro (2007), as principais imagens da velhice e do envelhecimento identificadas nos estudos sobre esta temática encontram-se sumariadas no quadro seguinte:

Quadro 4. 1: Imagens da Velhice e do Envelhecimento

	IMAGENS	DESCRIÇÃO
Positiva	Amabilidade e amizade	Caloroso; bondoso; amigo especial.
	Serenidade	Anos de ouro; prudência; tranquilidade; existência de mais tempo livre; momento feliz para aproveitar a vida
	Sabedoria	Maturidade; experiência; conselheiros; influência; inteligência; mestres.
	Felicidade e sociabilidade	Gostam de se divertir e de conversar/conviver.
	Avós	Provedores dos cuidados, educação e afetos aos netos.
	Guardiães das tradições familiares	Fazem a ligação entre o passado e presente da família; descrevem o passado de forma vivida, ultrapassando a descrição informativa.
Negativas	Solidão e tristeza	Isolados; pouco sociáveis e participativos. Abandonados e excluídos da família. Infelicidade, depressão e desânimo.
	Insegurança	Temem o futuro e têm poucas ilusões ou desejos. Muito sensíveis.
	Doença	Senil; hipocondríaco. Necessitam de muitos cuidados de saúde, tomam muita medicação e são hospitalizados com frequência. Vulneráveis; com pouca saúde e muitas dores.
	Assexualidade	Não se apaixonam, nem se interessam pela sexualidade.
	Pobreza	São na maioria pobres
	Dependência e incapacidade	Dependência dos filhos; inutilidade; inativos e improdutivos. Perda de funcionalidade.
	Aproximação da morte	Vivem a fase de espera da morte, em que já viveram o que tinham para viver.
	Homogeneidade	Os idosos são todos iguais.
	Vítimas de crime	Abuso a nível físico, sexual e psicológico. Atos de negligência e abuso, nas famílias e nas instituições de apoio.
	Aspeto físico	Rugas; despreocupados com a aparência.
	Aborrecido e antiquado	Têm muitos hábitos e rotinas; impaciência; rígidos.
	Incapacidade de aprender	Não adquirem novas informações; desorientação e confusão; mais lentos; esquecidos.
	Espirituais	Muito religiosos e praticantes
Neutra	Fase normal da vida	Ter muitos anos; mais uma fase da vida com características específicas.
	Estado de espírito	Sentir-se velho

Fonte: Ribeiro (2007, p. 57), Quadro 1

Uma análise mais aprofundada de cada imagem encontra-se em Ribeiro (2007, pp. 57-60).

4.2.2. Percepção do papel do idoso pela sociedade

Com o declínio da taxa de natalidade e o aumento da esperança de vida, as relações convencionais entre gerações evoluíram muito rapidamente na Europa. Um dos valores e princípios comuns europeus mais importantes para as sociedades democráticas e desenvolvidas é o da solidariedade, nomeadamente o da solidariedade intergeracional. Esta solidariedade pode ser afetada por atribuições, concepções ou ideias dominantes nas nossas sociedades sobre os idosos (os de mais idade).

De acordo com Fonseca (2004, p. 106), as “análises têm confirmado a existência de uma série de mitos, de estereótipos acerca das capacidades dos mais idosos, traduzidos globalmente na ideia de que as pessoas idosas, mesmo não estando doentes, são incapazes de se desenvolverem (pelo menos no sentido que geralmente se atribui ao desenvolvimento e que, não raro, é confundido com crescimento físico”. A imagem ou mito é, por natureza, uma visão implícita, inconsciente, complexa e multidimensional; vários estudos mostram que a velhice e o envelhecimento estão associados a juízos e interpretações positivos, negativos e/ou neutros, mas, na sua génese, são formulados por rótulos mais negativos e discriminatórios, assumindo-se a designação de idadismo/velhismo. O estudo de Cerqueira (2010) sugere que “A velhice, conceptualizada como o final do ciclo da vida, significa o fim do indivíduo... Uma vez que aqui a velhice é associada ao fim da vida, perspetivando velhice e morte como quase análogas, as manifestações *velhistas* emergem e perpetuam-se com facilidade (p. 78).

... As atitudes *velhistas* atentam contra as normas éticas e científicas, incorrendo-se em dois grandes riscos.

Um primeiro refere-se ao minar dos princípios éticos e democráticos e às suas consequências para a sociedade (e, em particular, para as pessoas idosas). O ideal democrático assenta em que cada indivíduo deve ser julgado pelo seu mérito e não pelas características atribuídas ao seu grupo (baseadas no género, na raça e etnia, ou na idade, por exemplo). Quando, em função da idade, tem lugar um tratamento diferenciado, viola-se o princípio democrático do direito à liberdade e o princípio ético da igualdade no trato. Promovem-se conflitos intergeracionais, contribuindo para o abuso das pessoas idosas, o que prejudica a ordem social.

Um segundo risco relaciona-se com o embuste do pressuposto em que o conceito de *velhismo* se sustenta: a suposta homogeneidade. Sabe-se, todavia, que a população idosa é mais heterogénea do que a das restantes faixas etárias nas dimensões cognitiva, física e social.” (p. 87)

Um dos desafios da sociedade portuguesa consiste na superação do *velhismo*, como Fonseca (2004) observou: “Constatando que são já muito poucas as culturas que valorizam devidamente a experiência e o saber acumulados dos seus membros mais velhos, o autor questiona qual será o futuro das sociedades que, estando a envelhecer sob o ponto de vista demográfico, desvalorizam sistematicamente as capacidades e o potencial de realização que permanecem intactos na maioria dos indivíduos idosos” (p. 107). Esta atitude, associada à questão do previsível aumento do custo na provisão de serviços de saúde devido ao envelhecimento⁴⁵, pode afetar os equilíbrios sociais, nomeadamente a solidariedade intergeracional.

No âmbito do European Research Group on Attitudes to Age, os estudos de Lima et al. (2011a e 2011b) apresentam análises e resultados dum inquérito do módulo “Experiências e expressões de idadismo” do European Social Survey para Portugal. Este inquérito foi feito no último trimestre de 2008 e no 1º trimestre de 2009, com um total de 3 258 entrevistas (2 367 válidas - 72,7%) e incluía indicadores de idadismo, de experiência de discriminação e de variáveis contextuais (e.g., variáveis demográficas), tendo sido testados modelos de regressão sobre variáveis predictoras do idadismo e da experiência de discriminação em Portugal.

Os autores concluem que “Em termos gerais, os resultados obtidos a partir destes indicadores parecem indicar um grau de idadismo moderado. Por um lado, esta análise mostra que, em Portugal, a valência do estereótipo de idoso é positiva e que, quando questionados diretamente, os portugueses se afirmam como “não preconceituosos” contra as pessoas idosas. Do mesmo modo, parecem ter uma visão inclusiva das pessoas dos diferentes grupos etários, já que consideram as pessoas idosas e as pessoas jovens principalmente como indivíduos ou como dois grupos que fazem parte de uma mesma comunidade. Esta visão positiva das pessoas idosas traduz-se ainda no facto de os portugueses considerarem aceitável que uma pessoa de 70 anos seja escolhida para ser sua chefia

⁴⁵ Em Portugal, 24% dos inquiridos concordam (ou concordam fortemente) com a questão do idoso constituir um fardo para a sociedade (Eurobarómetro 269, p. 11).

no mundo laboral e revelarem ainda um nível de experiência de discriminação devido à idade reduzido (embora seja superior com o aumento da idade).

Não obstante, o valor elevado da motivação para o controlo do preconceito realça a importância de se considerarem os resultados obtidos em escalas mais subtis de medida de preconceito. De facto, a este respeito, a análise das medidas de conteúdo do estereótipo parecem revelar a existência de um tipo de preconceito mais benevolente e paternalista em relação às pessoas idosas em Portugal já que estes parecem associar a este grupo etário os traços típicos dos grupos de um baixo estatuto social: baixa competência, associada a uma elevada percepção de afetuosidade. Por outro lado, existe efetivamente muito pouco contacto entre os indivíduos dos diferentes escalões etários com as pessoas idosas de um modo geral.” (2011b, p. 2)

Por outro lado, o estudo mostra que “Portugal é um dos cinco países que mais considera o idadismo como um problema grave. À semelhança do que se passa nos outros países, a experiência de discriminação etária na sua forma subtil é a mais frequente. Ainda assim, a percentagem de portugueses que referem já terem sido discriminados devido à idade é uma das duas mais baixas da Europa. No entanto note-se que, contrariamente à tendência europeia, em Portugal as experiências de discriminação tendem a aumentar com a idade, ou seja, os idosos são os mais discriminados. No que concerne aos estereótipos de idade e formas hostis e benevolentes de preconceito, em consonância com a Europa, Portugal entende quer os jovens quer os idosos como mais simpáticos do que competentes. Embora ambos os grupos sejam vistos com admiração, os mais idosos são vistos também com pena. Os portugueses também seguem a tendência europeia no que respeita ao preconceito, revelando sentimentos positivos face a ambos os grupos mas, principalmente face aos idosos. Adicionalmente é um dos países onde é dada mais importância ao autocontrolo do preconceito. Em Portugal o padrão de ameaça também é semelhante ao da Europa. Os idosos são percebidos principalmente como contribuindo pouco para a economia enquanto a preocupação dos portugueses com os jovens centra-se na criminalidade e na ameaça no emprego.

Relativamente ao estatuto social e aceitação do poder de ambos os grupos, Portugal contraria a média europeia e está entre os países que percebem o estatuto dos idosos como superior ao dos jovens. É também o país com maior nível de aceitação de um chefe idoso. Porém, à semelhança do observado para a Europa, os portugueses aceitam melhor um chefe jovem do que um idoso” (p. 4).

Em particular, em termos de preconceito direto⁴⁶, “em média os portugueses não são preconceituosos face às pessoas com mais de 70 anos.” (p. 15) e quanto ao indicador “experiência de discriminação⁴⁷” os autores concluem que: “em média a experiência pessoal de discriminação entre os portugueses é significativamente baixa.” No entanto, “em Portugal a experiência de discriminação tende a aumentar com a idade, ... As correlações mostram que, tal como esperado, **a experiência de discriminação está positivamente correlacionada com a idade, i.e., quanto mais avançada é a idade, maior é a experiência de discriminação. Também como esperado, verifica-se uma correlação positiva entre a experiência de discriminação e a perceção da gravidade da discriminação etária, ou seja, quanto maior a experiência de discriminação maior a gravidade percebida da discriminação face à idade.**” (p. 18, sublinhado no original)

Este resultado mostra, tal como estudos realizados em vários países, que a perceção de um estatuto social mais baixo das pessoas idosas está associada significativamente à perceção de menor competência das mesmas. Esta perceção pode estar ligada ao sentimento de ameaça decorrente do envelhecimento da sociedade, porque este processo “poderá trazer para além de pesados custos económicos e ao nível dos gastos na saúde, uma influência no padrão cultural dos países. O principal receio será o de perder alguns dos valores mais importantes para um país moderno e que estão muito associados a uma cultura da juventude: a inovação e a novidade. A perda destes valores é percebida como uma ameaça relevante porque estes estão muitas vezes associados à produtividade e ao sucesso no mundo do trabalho.” (p. 122)

Consequentemente, as “medidas mais diretas de idadismo (ex. quando perguntamos diretamente aos inquiridos em que grau avaliam as pessoas idosas como positivas) parecem ser sobretudo influenciadas pela perceção de ameaça percebida em relação a este grupo etário. De facto, a perceção de ameaça parece ser, no geral, o grande preditor dos níveis de idadismo em relação às pessoas idosas em Portugal, surgindo em todas as formas de medição do grau de idadismo utilizadas.” (p. 121)

⁴⁶ Uma atitude negativa dirigida a um grupo social ou aos seus membros (Pereira, 2007) – idosos, pessoas com mais de 70 anos.

⁴⁷ Experiência de comportamentos negativos por parte dos outros devido à pertença a um determinado grupo social (Pereira, 2007).

Torna-se evidente a necessidade de uma mudança cultural na sociedade quanto ao papel e potencialidade da pessoa idosa⁴⁸. Os autores concluem que: “A representação das pessoas mais velhas como competentes, saudáveis, sociáveis, independentes e inovadoras deverá diminuir esta percepção de que elas comportam pesadíssimos custos para a economia e para a saúde. Por sua vez, poderá promover também uma maior adoção deste tipo de posturas por parte daqueles que envelhecem contribuindo, assim, para manter esta imagem mais positiva. É importante transmitir aos portugueses a mensagem de que a mudança cultural que necessariamente se avizinha não tem de ser necessariamente má. A diminuição desta ameaça percebida em relação às pessoas idosas deverá ajudar a combater as crenças idadistas enraizadas.” (p. 122)

Estudos sobre imagem dos seniores em Portugal têm sido desenvolvidos, fundamentalmente, pelas Universidades. A parte empírica do trabalho de Cerqueira (2010) usa numa amostra de 800 inquiridos e representativa da população portuguesa e analisa a estrutura e conteúdo das imagens do envelhecimento e da velhice e a importância da sua preparação; os resultados obtidos sugerem que os portugueses tendem a manifestar imagens de moderadas a fortes, multidimensionais, complexas e inconsistentes (p. 309). As principais conclusões deste estudo são: “As imagens que emergem do estudo que aqui se apresenta refletem a conceção da população portuguesa sobre o que é envelhecer, quais as condutas sociais inerentes a condição de pessoa idosa e qual a importância ou não em preparar a velhice. Os resultados sugerem que essas imagens são multidimensionais e complexas, incidindo sobre vertentes várias, nomeadamente a biológica, funcional, psicológica, cognitiva, social, afetiva e na postura face a sua preparação. Englobam conteúdos diversos, comportando uma duplicidade de aspetos avaliados como positivos e negativos, ou de grau de importância variável: (i) cognitivos (incompetência e competência cognitiva, maturidade cognitiva); (ii) físicos (dependência e independência física); (iii) afetivos (dependência e independência emocional); (iv) sociais (incompetência e competência relacional, antiquado, maturidade relacional); (v) de bem-estar cognitivo e físico; (vi) atitudinais (de pouco importante a muito

⁴⁸ Por razões institucionais, o CES pode desempenhar um papel fulcral neste debate societário. Por exemplo, Cerqueira (2010) apresenta evidência sobre o papel negativo da comunicação social na transmissão da imagem do idoso: “A comunicação social é um dos principais veículos de informação da sociedade portuguesa, na qual as imagens da velhice tendem a revestir-se de uma natureza negativa e onde Portugal não é exceção (p. 339)”, sugerindo que os programas de televisão não devem incidir somente nas doenças e devem humanizar a figura da pessoa idosa.

importante).” (p. 345) bem como: “A natureza e construção dessas imagens tendem a variar consoante a faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade ou profissão e também a influenciar o percurso individual para um envelhecimento bem sucedido.

São três as imagens que emergiram:

- A velhice é uma fase de competência, mas também de dependência, cuja preparação é pouco importante. Aqui agrupam-se 40,8% dos inquiridos, que expressam imagens ambivalentes (positivas e negativas em simultâneo) e tendem a não se preocupar com o presente nem a preparar o futuro. Os indivíduos perspetivam a presença de ganhos e perdas em simultâneo, a preparação da velhice é pouco importante por ser mais uma fase da vida, um processo que decorre com naturalidade. Estas imagens predominam nos indivíduos com idades entre os 13-27 anos e 33-47 anos, do gênero masculino, com escolaridade média ou superior (2º, 3º CEB, ensino secundário e superior), empregados, casados e solteiros, sem filhos e com residência rural.
- A velhice é uma fase de muita competência, independência, maturidade, cuja preparação é importante. Os indivíduos (32,1%) manifestam imagens positivas do envelhecimento e da velhice e tendem a planear o futuro, mas enfatizam o presente e a vivência do dia-a-dia. Estas imagens predominam nos indivíduos com idades entre 13-27 anos e 53-67 anos, do gênero masculino, com escolaridade média (2º, 3º CEB e ensino secundário), estudantes, casados e solteiros, sem filhos, que trabalha(ra)m com pessoas idosas e com residência urbana.
- A velhice é uma fase de incompetência, dependência e pró-atividade⁴⁹ com vista ao futuro e a preparação é importante. Os indivíduos com estas imagens negativas do envelhecimento e da velhice (27%) tendem a focalizar-se no futuro, adotando comportamentos pró-ativos. Predominam nos indivíduos mais velhos, a partir dos 53 anos (53-67 anos e 73-87 anos), do

⁴⁹ Nota do editor: a autora refere, nas páginas anteriores, à pró-atividade na preparação da velhice por parte dos inquiridos. Assim, na p. 320, “A imagem ‘incompetência, dependência e pro-atividade com vista ao futuro’ (C1 EVP) (27%) é a que inclui menor número de inquiridos, sendo uma imagem mais negativa, mas de cariz pró-ativo quanto a preparação da velhice... A necessidade de preparar essa fase é acentuada nesta imagem, perspetivada de forma negativa (com a presença da incompetência e dependência): planeia-se a velhice com vista à anulação ou atenuação dos potenciais problemas. Destacam-se os projetos de vida e a pro-atividade com vista ao futuro, pelo que se considera necessária precaução em termos de bem-estar material e emocional através de planos profissionais (quando existe um razoável nível de escolaridade) ou familiares. Torna-se, assim, importante ter brio, andar bem arranjado, conhecer outras pessoas e lugares e manter uma prática espiritual que dê força e serenidade.”

género feminino, com nenhuma ou baixa escolaridade, domésticas e reformados, viúvos e com filhos.” (p. 346)

Este estudo sugere ainda “as estratégias para a mudança das imagens negativas ou irrealistas (positivas ou negativas) do envelhecimento e da velhice, como as estratégias de promoção de um envelhecimento bem-sucedido, deverão incidir nas dimensões individual e familiar. Sabendo-se que esse processo passa primeiro pela tomada de consciência dos próprios indivíduos, a adoção de um modo de vida adequado e o desenvolvimento de uma rede social de suporte e de importância evidente. Os inquiridos consideraram útil o adotar um estilo de vida saudável, o viver o quotidiano com gosto, o ter projetos de vida, o ocupar os tempos livres, e o ser-se pró-ativo.

Contudo, a mudança das imagens irrealisticamente negativas ou irrealisticamente positivas e a promoção de um envelhecimento bem-sucedido têm também que ser consideradas numa dimensão mais lata, em termos sociais e institucionais, não devendo ser imputadas apenas à responsabilidade individual. A alteração das imagens do envelhecimento e da velhice podem ser trabalhadas no contexto do mercado de trabalho, do sistema de saúde, do sistema de educação, do sistema de ação social e no da comunicação social. Este processo deve ter lugar ao longo da vida do indivíduo e as diversas instituições representam um papel crucial na mudança das imagens, atitudes e comportamentos velhistas.” (p. 347)

O trabalho de Ribeiro (2007) aplicou um questionário sócio-demográfico e a escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) a uma amostra de 60 enfermeiros, 60 médicos e 60 técnicas de serviço social. Para o grupo de controlo, foram escolhidos 60 engenheiros, uma profissão que não atua (diretamente) no apoio aos idosos. Os principais resultados indicam que apesar de o corpo técnico-científico e profissional diferir entre os profissionais, as imagens da velhice são similares. Para todos os grupos profissionais, as imagens contêm 3 fatores: “maturidade, atividade, e afetividade”; “incompetência relacional e cognitiva”; e, com menos destaque, “dependência, tristeza e antiquado”. “As imagens emergentes incluem que a velhice é um período caracterizado moderadamente por “maturidade, atividade e afetividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; a dimensão “dependência, tristeza e antiquado” é menos associada pelos inquiridos. Deste modo, as imagens comportam aspetos positivos e negativos, são inconsistentes (apontam, por exemplo,

maturidade e incompetência relacional) e multidimensionais (envolvem aspetos funcionais, sociais, cognitivos, afetivos). Esta configuração ocorre para a amostra global e mantém-se praticamente idêntica quando se consideram os diversos grupos profissionais.” (p. 165)

Por seu lado, as variáveis sexo, idade, experiência de trabalho com idosos e zona de residência têm pouco impacto na diferenciação das imagens. No entanto, o predomínio das imagens negativas e o menor número de respostas com imagens positivas constitui um alerta para a necessidade. Relativamente ao predomínio destes grupos de imagens pelas profissões, Ribeiro (2007) concluiu que: (i) nos engenheiros predominam as imagens mais negativas (incompetência, dependência e imaturidade); (ii) nos enfermeiros e médicos predominam as imagens moderadas (competência, independência e maturidade); e (iii) nas técnicas de serviço social predominam as imagens mais positivas (competência, independência e maturidade). Os resultados deste estudo realçam que as imagens profissionais estão sujeitas a uma influência inequívoca das regras sociais e culturais. A formação especializada nestas áreas poderá ser uma forma de adequar e retirar estereótipos à forma como os profissionais olham a velhice e o envelhecimento.

4.3. Competências, perda de autonomia e ciclos de vida

As mudanças físicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento traduzem-se por perdas, tais como a diminuição do nível de saúde, o afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis.

Baltes e Smith (1999) analisam o fenómeno do envelhecimento humano sob três perspetivas complementares:

- (1) Perspetiva biológica e cultural – os autores abordam a incompletude da ontogénese humana e a sua tendência de acentuação ao longo da vida, referindo o hiato crescente que se verifica entre a aspiração (pelo hábito ou por ambição pessoal) e o que é viável realizar nos planos biológico e cultural.
- (2) Perspetiva de curso de vida das mudanças – os autores, partindo do conceito de um “roteiro de vida” em que se vão adequando recursos pessoais e objectivos pertinentes a cada fase do ciclo de vida, abordam as mudanças, cujo sinal negativo é crescente com a idade, tomando como métricas:

(i) o balanço entre ganhos e perdas, (ii) o grau de plasticidade do potencial de desenvolvimento, (iii) a emergência de novas formas de comportamento, (iv) as limitações evidentes da velhice avançada (“4ª idade”) no que concerne a ontogénese evolutiva.

(3) Perspetiva de comportamento psicológico na velhice – os autores dão conta de dimensões-chave do envelhecimento, tais como competência, cognição, saúde, satisfação de vida e bem-estar pessoal.

Fonseca (2006, p. 26) considera que “o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (as que mais se ligam ao uso da experiência e de conhecimentos prévios). Assim entendida, a idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na opinião de Fernández-Ballesteros (2000), permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório. Por exemplo, se o objetivo for a manutenção da capacidade funcional ao longo dos últimos anos de vida, isto pressupõe, na linha do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, educar as pessoas a partir da meia-idade”.

O sucesso do desafio do envelhecimento em Portugal foi eloquentemente enunciado por Fonseca (2006, pp. 80-81) se considerarmos “a velhice como um período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas; de desafios na medida em que se revela imprescindível juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura positiva e alargada relativamente à velhice e às pessoas idosas, independentemente da sua idade”. Segundo Orrick (2003), o desafio em causa resume-se num objetivo transformacional: *os seniores são pessoas que são idosas em idade e jovens em ação*.

Competência é um atributo humano comumente associado à capacidade de resolução de problemas. Para a psicologia do idoso, a competência relaciona-se com a sua autonomia, isto é, dito de outro modo, ela confunde-se com a capacidade de desempenhar e cumprir as atividades essenciais à sua existência ou, no limite, à sua subsistência cognitiva, emocional e social.

A literatura de operacionalização das *competências de idosos* é, a um tempo, complexa e multifacetada. Baltes, Mayr, Borchelt, Mass & Wilms (1993) propõem três perspectivas operacionais: (i) a da capacidade / competência, (ii) a da auto-eficácia, e (3) a do ajustamento adaptativo entre capacidades e exigências ambientais. Lawton (1999, p. 92), no desenvolvimento da última destas vertentes, definiu o “modelo ecológico de competência” como um “modelo de adaptação capaz de prever resultados adaptativos (comportamentos e afetos) associados à interação entre uma pessoa, caracterizada em termos de uma determinada competência, e um ambiente caracterizado em termos de um determinado nível de pressão.

Lawton (1999) sugere duas hipóteses de trabalho. Primeira, a “hipótese da docilidade ambiental” que é sobretudo válida para segmentos populacionais de competência *média ou baixa* que propendem a selecionar contextos propícios ao seu leque limitado de competências: proximidade, oportunidades de lazer, acesso a amigos, etc. Segunda, a “hipótese da proatividade ambiental”, aplicável predominantemente a idosos de uma *gama elevada* de competências, para quem o conteto funciona primacialmente como “local de recursos” que o indivíduo explora em permanência para a maximização da satisfação das suas necessidades pessoais.

Importa, por último, distinguir com Baltes & Mayer (1999) entre duas competências de vida diária: (i) as *básicas*, relacionadas com atividades de rotina de uma vida autónoma (vestir, cozinhar, cuidar da higiene pessoal), e (ii) as *alargadas*, respeitantes a atividades relacionadas com preferências individuais, motivações e interesses, onde assumem lugar destacado as ocupações de lazer.

4.3.1. Os idosos e as atividades económicas

Cerca de 72% pensam que as pessoas de 55 anos e mais contribuem grandemente para a economia dos respetivos países como: (i) consumidores, compradores de bens e serviços (ii) trabalhadores remunerados, (iii) voluntários (em menor grau, 58%). Em termos de países e considerando todos os aspetos, Chipre e Malta são os que consideram mais positivo o papel dos idosos; Hungria, República Checa e Lituânia são os que declaram um valor menos positivo. No que respeita a Portugal, o aspeto mais valorizado é o relativo ao apoio financeiro às famílias.

Quadro 4. 2: Idosos e família e sua contribuição para a atividade económica

(%)	Trabalhador	Consumidor	Voluntário	Dar apoio financeiro à Família	Cuidador familiar	Tomar conta dos netos
EU27	65	72	58	74	71	82
BE	53	71	63	63	64	79
BG	59	53	28	59	78	83
CZ	59	61	30	59	58	65
DK	73	79	64	71	69	83
DE	69	84	78	80	74	82
EE	65	57	35	70	73	84
IE	71	75	68	69	66	71
EL	72	81	36	83	81	89
ES	70	71	45	83	78	90
FR	58	78	70	74	69	84
IT	77	71	61	83	71	81
CY	73	84	53	93	89	95
LV	54	62	34	66	73	82
LT	54	60	28	59	60	72
LU	53	78	60	80	61	81
HU	47	48	32	61	63	73
MT	76	77	65	82	77	88
NL	61	75	85	57	69	76
AT	67	80	67	79	71	79
PL	53	59	31	65	64	83
PT	65	69	54	76	75	81
RO	61	64	28	68	69	85
SI	45	50	39	72	55	81
SK	62	60	54	71	68	82
FI	74	81	62	76	62	67
SE	75	73	52	75	65	78
UK	63	70	67	73	71	80

Fonte: Special Eurobarometer 378-Active Ageing 2012, p. 30

4.3.2. Os idosos no contexto do trabalho

Os trabalhadores de 55 anos e mais são considerados ter mais experiência, por cerca de 87% dos inquiridos, e de mais confiança, por cerca de 67%, do que os trabalhadores mais novos. Além disso, as pessoas têm a percepção que os trabalhadores idosos têm mais capacidade de tomar decisões, 64%, bem como a encontrar soluções para os problemas 60%, do que os trabalhadores mais novos e ainda são mais resistentes ao stress e mais capazes de trabalhar em equipa. Contudo, em sentido oposto é a opinião das pessoas sobre a abertura dos mais velhos às novas tecnologias e a aceitação de novas ideias, apenas cerca de 25% têm opinião favorável.

Quadro 4. 3: Idosos no contexto de trabalho

(%)	Experienced	Reliable	Finds it easy to make decisions on their	Able to find solutions do problems	Able to work with other people	Able to handle stress	Productive	Able to get on with people from	Flexible	Creative	Open to new ideas	Up to date with technology
EU27	8,4	6,4	5,7	5,3	4,2	3,5	1,9	1,6	0,3	0,1	-1,7	-3,5
Belgium	8,9	6,3	7,1	6,7	4,6	3,8	1,8	0,9	0,8	0,6	-1,6	-1,9
Bulgaria	8,4	4	5	5,4	6	0,8	1,1	4,3	-0,3	-1,3	-2,6	-3,8
Czech Republic	7,9	6,6	3,3	3	3,8	-0,2	-0,2	2,9	-0,7	-0,8	-2,9	-5
Denmark	9,4	7,5	6	4,2	3,6	3,6	1,6	-2,3	0,8	-1,2	-4,8	-5,9
Germany	8,7	7,2	5,5	5	4,1	2,8	0,6	0,3	-1,3	0	-2,6	-4,2
Estonia	7,9	5,6	3	4,2	3,4	2	-0,2	2,5	1,9	0	-3,2	-3,5
Ireland	8,7	7,8	6,8	6,4	6,5	5,3	5	2,5	3,9	2,6	1,4	-3,2
Greece	9,1	6	6,1	5,9	3,4	4,5	-2,1	2,3	0,8	0,4	-3,6	-6,5
Spain	8	4,8	5,5	5,1	3,2	3	2	0,6	-0,2	-2	-3,2	-7,1
France	8,8	6,4	7	6,3	4,9	4,7	1,7	1,8	-0,6	0,7	-0,3	-1,8
Italy	8,1	6,6	6,2	6,1	4,5	5,3	4,2	2,1	2,7	2,1	1	0,3
Cyprus	9,4	6,6	5,3	6,7	4,3	4,7	0,7	1,2	-1	0,2	-3,1	-7
Latvia	8,9	6,4	2,5	3,5	3	1,1	-0,8	2,2	-2,3	-2,2	-4,4	-5,7
Lithuania	8,4	5,9	3,1	3,6	3,6	2,5	0,2	3	-0,7	-0,6	-3,5	-4,9
Luxembourg	8,5	6	6,6	5,9	1,7	2,8	0,2	-0,2	-1	-1,8	-4	-5,9
Hungary	8,3	6,5	6,1	5,9	5,7	3,9	3,9	5	0,5	0,3	-1,6	-1,9
Malta	9,1	8	6,5	7	5,2	3,4	1,7	1,9	-0,1	-0,4	-1,8	-3,4
Netherlands	9,3	5,3	6,6	5	3,3	3,4	0,2	-0,1	-2,6	-0,8	-4,3	-4,6
Austria	8,2	7,2	5,4	4,7	3,8	2,2	1,5	1,9	-0,2	0,6	-1,2	-3,1
Poland	7,1	5,3	3,5	3	3,5	2,1	-0,2	1,6	-0,4	-1,6	-2,4	-3,9
Portugal	7,3	4,8	4,8	4,4	2,9	3,6	2,4	2,1	1,9	0,6	-0,4	-3,2
Romania	8,4	6,6	5,5	5,5	4,8	1,2	2,8	3,4	1,1	0,6	-0,3	-1
Slovenia	9,1	5,9	4,4	3,4	3,2	1	-3,3	1,7	-4,7	-3,9	-5,6	-6,8
Slovakia	8,7	7	4,6	4,8	4,8	1,8	2,6	4,2	-0,9	-0,4	-1,7	-3,8
Finland	9,4	7	5,9	5,5	4,2	4,5	2,4	-2,3	0,9	-0,6	-3,9	-6,2
Sweden	9,5	6,6	5,9	3,6	2,4	2,6	0,7	-1,4	-2,9	-1,7	-4,8	-6,3
United Kingdom	8,9	7,9	6,8	6,3	5,7	4,8	3,9	1,7	3,2	1,5	-1,4	-5,3

Fonte: Special Eurobarometer 378-Active Ageing 2012, p. 53

Tendo em conta todos os aspetos relacionados com a percepção da população sobre os idosos no contexto do mercado de trabalho (experiência, confiança, facilidade em decidir e encontrar soluções, capacidade de trabalhar em equipa, resistência ao stress, produtividade, flexibilidade,

facilidade de integração em ambientes interculturais, criatividade, abertura a novas ideias e novas tecnologias) as respostas mais positivas vieram da Irlanda seguida da Itália enquanto as da Eslovénia são as mais negativas. Relativamente a Portugal encontramos-nos muito próximo da média da UE e com valores mais positivos no que respeita à produtividade, flexibilidade e criatividade.

4.3.3. Os idosos e a idade da reforma

A maioria dos inquiridos, 61%, manifestou-se no sentido dos idosos poderem continuar a trabalhar mesmo depois da idade legal da reforma, se esse for o seu desejo. Sendo de destacar que cerca de 65% apoiam fortemente a combinação de juntar um trabalho a tempo parcial com uma pensão parcial como uma alternativa à pensão completa. A maioria dos europeus, 53%, está contra uma idade obrigatória para a reforma, representando cerca de 40% o número de pessoas que estão a favor da idade obrigatória de reforma. Relativamente a Portugal, apenas 42% das pessoas se manifestou a favor da continuação do trabalho depois da idade legal da reforma enquanto a média comunitária se situa em 61%.

Quadro 4. 4: Idosos e idade da reforma

(%)	Continuar a trabalhar após a reforma	Deixar de trabalhar após a reforma
EU27	61	33
BE	73	26
BG	46	38
CZ	64	33
DK	93	6
DE	82	14
EE	81	17
IE	74	19
EL	27	71
ES	45	48
FR	65	31
IT	19	60
CY	37	59
LV	74	25
LT	56	41

LU	71	27
HU	40	54
MT	75	18
NL	91	8
AT	63	26
PL	57	34
PT	42	51
RO	28	61
SI	32	66
SK	45	50
FI	84	14
SE	86	12
UK	86	12

Fonte: Special Eurobarometer 378-Active Ageing 2012

4.4. Bem-estar dos idosos e a conquista da sabedoria

4.4.1. Sentimento de idade

O sentimento das pessoas relativo a sentirem-se idosas varia consoante os países, na Hungria, República Checa Áustria, Alemanha, Roménia e também em Portugal mais de uma em cada cinco pessoas descreve-se como idosa (22%), sendo a média comunitária de 16%.

4.4.2. Relação entre sentimento de idade e satisfação na vida

Somente quatro em dez pessoas com 55 e mais anos, entrevistadas pelo Eurobarómetro (378) se descrevem como idosas, existindo uma associação entre as pessoas sentirem-se idosas e a satisfação na vida – pessoas que se descrevem como jovens aparecem com maior satisfação com as suas vidas; no sentido inverso aparecem as pessoas que se descrevem como idosas com menor satisfação com as suas vidas. Assim, pelo quadro abaixo constata-se que é nas relações interpessoais que Portugal apresenta maior satisfação, 69%, embora abaixo da média comunitária, 80%; em todos os outros aspetos, Portugal encontra-se mais afastado dos valores comunitários.

Quadro 4. 5: Os idosos na UE e a satisfação na vida

(%)	Saúde	Autonomia nas atividades da vida diária	Trabalho	Vida	Relações pessoais	Condições de vida
EU27	71	76	73	73	80	71
BE	78	77	84	84	86	80
BG	60	71	73	57	75	61
CZ	71	77	74	71	81	66
DK	77	82	89	89	89	88
DE	71	73	77	78	80	76
EE	60	67	72	62	72	67
IE	82	88	83	84	85	91
EL	78	75	60	64	79	61
ES	71	78	68	71	84	53
FR	74	80	74	78	82	73
IT	71	73	64	65	74	65
CY	77	80	79	80	89	80
LV	59	72	74	60	70	58
LT	62	79	79	65	77	64
LU	80	78	79	88	90	87
HU	58	67	63	45	68	41
MT	77	83	83	82	89	76
NL	83	85	84	92	94	94
AT	69	73	75	74	73	72
PL	62	76	71	66	78	59
PT	58	66	67	55	69	51
RO	61	69	66	62	66	61
SI	73	81	74	79	86	75
SK	70	80	76	71	82	68
FI	83	92	89	91	90	94
SE	83	91	87	92	92	92
UK	75	80	79	81	84	88

Fonte: Special Eurobarometer 378-Active Ageing 2012, p. 20

4.4.3. Os idosos e a sua aceitação pela sociedade

Segundo a mesma fonte, 6 em 10 cidadãos acreditam que as pessoas com 55 anos e mais são encaradas de forma positiva (61%) na sociedade, contudo uma minoria significativa, 3 em 10 sentem que essas pessoas são encaradas negativamente (28%). Esta perceção varia entre os Estados Membros; no Luxemburgo, Finlândia, Chipre e Dinamarca cerca de 8 em 10 inquiridos sentem que as pessoas de 55 anos e mais são encaradas positivamente nos seus países, contrariamente é a posição dos países como Hungria e República Checa em que a sua perceção é negativa. Os inquiridos com 55 anos e mais tem uma perceção mais negativa em relação às pessoas mais idosas nos seus países. Em Portugal cerca de 66% das pessoas inquiridas têm uma aceitação positiva relativamente às pessoas de 55 e mais anos e cerca de 20% tem uma atitude negativa – UE 27,61% pensam positivamente e 28% negativamente.

Quadro 4. 6: Os idosos e a aceitação pela sociedade

(%)	Muito positiva	Positiva	Muito negativa	Negativa	indiferente
UE 27	10	51	24	4	9
BE	7	70	19	1	3
BG	6	23	37	11	16
CZ	2	31	45	9	12
DK	15	64	15	1	4
DE	13	55	17	2	11
EE	3	56	25	3	9
IE	28	48	12	3	5
EL	12	41	22	10	14
ES	12	42	34	7	4
FR	6	61	24	2	5
IT	12	55	15	3	14
CY	35	45	9	2	8
LV	3	33	43	9	10
LT	8	44	31	6	6
LU	18	64	7	2	7
HU	1	27	45	16	11
MT	24	44	13	3	13
NL	5	57	30	2	4
AT	11	50	10	2	26
PL	5	47	25	4	15

PT	11	55	19	1	12
RO	5	29	39	10	12
SI	7	42	30	6	13
SK	4	34	42	6	13
FI	15	66	15	1	2
SE	10	55	29	3	3
UK	11	57	22	3	4

Fonte: Special Eurobarometer 378 -Active Ageing 2012, p. 23

4.4.4. Os idosos no quadro nacional e local

A maioria dos europeus sente que os seus países e regiões são locais amigáveis para as pessoas idosas. Cerca de 6 em 10 inquiridos sentem que os seus respetivos países são países em que os idosos se sentem bem (57%) enquanto cerca de 36% acha o contrário. No que se refere a Portugal são cerca de 52% que encontra o ambiente amigável para os idosos, sendo a média da UE de 58%.

Por outro lado, os dados do Eurobarómetro (nº 269) apresentam Portugal com menor taxa de discriminação experimentada (Questão 3) – 2% em comparação com 6% a média da UE de discriminação por razão da idade (idoso). No entanto, 4% dos inquiridos em Portugal assistiram pessoas idosas serem discriminadas (Questão 4), em comparação com 7% a média da UE. No entanto, as respostas ao Eurobarómetro dedicado ao Envelhecimento Ativo (nº 378), publicado em 2012, apresentam uma situação com alguma discriminação: especificamente, as respostas à Questão QB24 “A discriminação etária pode afetar pessoas de todas as idades. Contudo, para esta questão, gostaria que pensasse apenas naquelas situações em que as pessoas foram discriminadas por serem vistas como demasiado velhas. Nos últimos dois anos, foi vítima deste tipo de discriminação devido à sua idade ou assistiu a discriminação etária em alguma das seguintes áreas?”

Gráfico 4. 6: Discriminação devido à idade

(%)	Portugal		UE27	
	Assistiu discriminação	Discriminado pessoalmente	Assistiu discriminação	Discriminado pessoalmente
No local de trabalho ou quando procurava emprego	10	5	15	6
Nos cuidados de saúde	10	4	11	4
No acesso a produtos e serviços financeiros	8	3	10	5
No acesso à educação e a formação	5	2	8	3
Em lazer (turismo, desporto, etc.)	4	1	6	2

Fonte: Eurobarómetro – Intergenerational Solidarity (nº269)

4.4.5. Os idosos e a sua participação na sociedade

Ao questionar os inquiridos sobre o papel dos idosos em diferentes aspetos da vida em sociedade, a maioria respondeu no sentido de que a população idosa tem um papel fundamental a desempenhar ao nível das famílias, 82%, ao nível político, 71%, ao nível das atividades da comunidade local, 70%, e ao nível da atividade económica, 67%. Quanto a virem a desempenhar um papel ainda mais importante que o atual nestas diferentes áreas as opiniões são muito díspares. No que se refere a Portugal, o papel a desempenhar pela população idosa, segundo os inquiridos, apresenta valores inferiores aos da média comunitária em todos os domínios referidos no quadro.

Quadro 4. 7: Os idosos e a sua participação na sociedade

(%)	Política		Participação na economia		Ativo na comunidade local		Família	
	Papel Maior	Mais ativo	Papel Maior	Mais ativo	Papel Maior	Mais ativo	Papel Maior	Mais ativo
EU27	71	41	67	42	70	42	82	43
BE	62	36	59	40	69	42	83	41
BG	70	32	58	41	54	38	84	46
CZ	62	32	54	31	47	31	62	29
DK	84	22	79	28	82	30	90	25

DE	78	42	72	43	77	41	79	39
EE	72	36	67	36	68	39	87	40
IE	76	27	69	31	73	36	82	32
EL	88	45	79	50	73	47	94	46
ES	73	49	74	50	72	50	90	55
FR	78	38	73	43	80	42	83	39
IT	74	46	74	45	72	47	81	50
CY	93	25	87	28	81	33	97	35
LV	64	31	59	34	59	35	90	38
LT	75	41	71	46	66	47	84	50
LU	83	31	73	33	74	34	80	35
HU	43	42	37	51	41	50	72	47
MT	76	37	71	40	72	47	91	43
NL	71	33	67	38	82	33	82	25
AT	70	47	68	47	69	50	76	50
PL	66	40	60	36	54	37	83	36
PT	58	44	54	48	58	49	76	51
RO	61	37	54	44	58	49	81	55
SI	71	20	59	23	60	16	68	28
SK	51	40	46	36	42	38	66	43
FI	82	27	78	28	78	34	83	34
SE	80	30	81	29	75	34	79	30
UK	67	41	61	39	70	42	83	41

Fonte: Special Eurobarometer 378-Active Ageing 2012, p. 27

4.4.6. Os idosos e o seu papel na família

O apoio familiar é sentido como a área em que as pessoas de 55 e mais anos mais contribuem, nomeadamente nos cuidados aos netos 80%, ajuda financeira, 74%, cuidadores dos membros familiares doentes e deficientes, 71%. Relativamente a Portugal, o apoio familiar prestado pelos idosos é mais valorizado do que em vários países da UE.

De acordo com Figueira (2010, p. 24-5) “É com o envelhecimento que mais se valorizam os dons espirituais, deixando para segundo plano as coisas materiais. Segundo a história, os anciãos eram respeitados como profetas, sábios e doutores da lei. Porque sempre se acreditou que é na prudência dos mais velhos que reside a valorização o bom senso e o discernimento da razão. As pessoas idosas têm na espiritualidade a moderação e a maturidade, que os torna mais tolerantes.

Necessitamos da inteligência questionadora dos mais jovens, da inteligência madura das pessoas de meia-idade e da inteligência prudente das pessoas idosas.” Este potencial de experiência acumulada e de sabedoria constituem um recurso inestimável e importante que deve ser utilizado para o desenvolvimento económico e social. Figueira adianta (p. 57) “A espiritualidade deverá ser entendida como uma dimensão importante do Homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa”.

O papel dos idosos na família, exposta acima, constitui uma forma; o aumento da participação da população idosa no mercado de trabalho pode ser outra. Uma interação mais sustentada entre os jovens na escola e idosos poderá contribuir para maior sucesso escolar, ganhos na percepção dos jovens sobre os idosos e das próprias necessidades de crescimento humano.

4.5. Cognição, ciclos de vida e sabedoria

São diversos os autores que adotaram a investigação dos idosos na pendente dos ciclos de vida (Baltes, 1987; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Schaie, 1996; Veraheghen & Salthouse, 1997). Estes autores coincidem na eleição da dimensão cognitiva como aquela que melhor contribui para a construção do sentimento de capacidade de realização pessoal. Assim, por uma forma ou outra, eles propõem que se encare o *envelhecimento cognitivo* em termos de processo evolutivo ao longo do ciclo de vida: (i) desde a *inteligência fluida ou mecânica*, que subjaz ao processamento de informação transformando a meta-informação em padrões cognitivos integrados (aprendizagem, memória semântica, sentido espacial, lógica e razão), à (ii) *inteligência cristalizada ou pragmática*, constructo e produto cultural (conhecimentos académicos, preferências artísticas, estética musical, apreciação da beleza, intuições e aquisições de conhecimentos tácitos).

O processo de cognição é, por consequência, dissociável em *mecânica da cognição* (destituída de conteúdo, falha de densidade interpretativa, biológica e geneticamente determinada) e *pragmática da cognição* (rica em conteúdo, culturalmente espessa, experiencial, produto da cultura e da educação). Estas duas categorias cognitivas condicionam, simbioticamente, a “arquitetura do desenvolvimento humano” e as “trajetórias pessoais ao longo do ciclo de vida” (Baltes, 1997; Baltes, Staudinger & Lindernberger, 1999).

Reunindo, num cadinho único, os conceitos supra-mencionados de *inteligência cristalizada* e de *pragmática da cognição* encontrar-nos-emos em condições de desenvolver umas breves linhas sobre o tema mais denso e subjetivo do envelhecimento que é o da conquista de *sabedoria* ou o da vivência da *sagesse* (“*sageza*”).

Nas escolas tributárias da psicologia do ciclo de vida (Baltes, 1993; Baltes & Smith, 1990), “a sabedoria traduz uma competência global que engloba quer o domínio de uma grande quantidade de conhecimentos acerca de fatos e procedimentos, quer uma particular sensibilidade ao contexto, à incerteza e ao relativo” (Fonseca, 2006, p. 110). Este entendimento surge “como a expressão óptima do conhecimento quanto à pragmática fundamental da vida, isto é, um conhecimento apurado e integrado acerca do significado da vida que coordena fatores da mente, personalidade e emoção” (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999, p. 494).

Baltes & Staudinger (1993) atribuem à sabedoria quatro propriedades fundamentais: (i) uma forma de “conhecimento superior”, (ii) uma utilidade insubstituível designadamente quando estão em causa temas de vida complexos ou aspetos difíceis da condição humana, (iii) uma forma única de combinar conhecimento e carácter (virtude), e (iv) uma via interpretativa dos acontecimentos de vida.

Na mesma linha de pensamento conceptual, Cavanaugh (1997) define as *pessoas sábias ou os idosos dotados de sageza* como aqueles que integram pensamentos, sentimentos e ações de um modo coerente na forma de resolver problemas, que demonstram empatia face aos problemas do seu

semelhante, e que encaram as situações complexas na sua totalidade holística, sem redução analítica a categorias pré-convencionais.

Por seu turno, o exercício da sagesa no quotidiano envolve quatro critérios específicos (Baltes & Staudinger, 1993), a saber: (i) aptidão para decodificar e resolver problemas, (ii) compreensão do modo como os próprios problemas se vão modificando ao longo dos ciclos de uma vida, (iii) construção das “opções certas” a partir de uma conjugação equilibrada de valores, objetivos e prioridades, e (iv) reconhecimento da complexidade, dificuldade e incerteza de que se rodeiam muitos dos problemas quotidianos.

Carneiro (2011, p. 1) afirma que “a criação de sentido faz parte da aventura humana e dos propósitos últimos da aprendizagem. Assim, *viver e aprender* estão implicitamente ordenados à conquista de sentido. Para o comum dos mortais, na ausência desse sentido e desmunido da *sabedoria* que a passagem do tempo permite decantar, morrer e esquecer pertencem a uma obscura e ininteligível contingência humana. Ser humano – na sua essência mais íntima – é buscar compreender a vida, aceitar os seus ciclos, e encontrar um sentido final para as coisas. A nossa busca pela felicidade confunde-se, sem dúvida, com a procura de um sentido duradouro nos atos humanos do quotidiano.”

O mesmo autor reconhece, no entanto, que “vivemos, hoje, numa conjuntura adversa à construção de sentido: a morte da distância e do tempo, a escravatura da urgência, a torrencialidade informacional, o ativismo inconsequente, a pulsão materialista que coloca no consumismo a mãe de todas as ambições, o declínio das instâncias básicas de socialização designadamente da família e da escola, a funcionalização do sistema formativo, a competição ilimitada, o culto da eterna juventude, a miragem publicitária, ... Carneiro (2011, pp. 1-2).

Bruner (1986, p. 14), por seu turno, define as linhas mestras da magna questão emergente: “A narrativa deve construir duas paisagens em simultâneo. Uma, é a paisagem da ação, em que os constituintes são os argumentos da ação: agente, intenção ou objetivo, situação, instrumento, algo que corresponde a uma ‘gramática da história’. A outra é a paisagem da consciência: aquilo que os envolvidos na ação sabem, pensam ou sentem, ou não sabem, não pensam, ou não sentem. Estas duas paisagens são essenciais e distintas.”

Nestes termos, e no limite, a *sageza* do idoso define-se pelo cultivo prioritário, e em permanência, da paisagem da consciência não a deixando subalternizar, nem vergar, perante a sedução da ação frenética e o eventual aplauso que ela possa desencadear.

“*Aprender vivendo e viver aprendendo* assumem-se, neste contexto turbulento, como uma relação binomial praticamente indiscernível. Neste simples par conjuga-se o verbo “saber” ou, dito de outro modo, joga-se a via privilegiada de conquista da sabedoria que, na sua densidade interpretativa, distingue o homem dos demais seres vivos. Sabedoria, acima de tudo, para edificar sentido e vencer a estultícia do existir sem horizonte de propósito nem de esperança. A construção de sentido é uma atividade tipicamente impulsionada pela cultura. Sendo a cultura, e os seus artefactos, produtos da história peregrina e da socialidade compreendida no viver, não é de estranhar que por mediação dos seus sistemas simbólicos – aquilo a que Bruner (1986, p. 21) chama a nossa verdadeira “caixa de ferramentas comunitária” – a educação para o sentido se integre na esfera pública, como veremos mais tarde. Idioma, mito, estética, valores, filosofia, nação, literatura, poesia, música ... são os constructos simbólicos do sentido partilhado por cada comunidade e fornecem os fundamentos para a sua superior coesão.” (Carneiro, 2011, p. 2).

O tempo da idade mais avançada é, pois, um tempo de aprendizagens fundamentais do ser humano que assentam inelutavelmente sobre o tempo das **viagens interiores**. O tempo dos ciclos outonais de vida reconduzem-se, em larga medida, a uma peregrinação de alma, a uma introspeção interpretativa que permita distinguir o substantivo do accidental, a atividade necessária da mera ação adventícia, a relação crescente de dependência do outro, sem humilhação, nem vergonha, da pseudo-autonomia que a nossa pós-modernidade ultra-individualista oferece como bálsamo para todas as feridas de corpo e de alma. Visto por um outro ângulo, o adensamento do *ser* que essas viagens propiciam tem lugar no cruzamento de duas descobertas - a do tesouro interior pessoal e a do tesouro privativo do ‘outro’ - que estabelece a métrica de proximidade ou de vizinhança crítica para a socialidade boa, aquela que sustenta o encetar e o saborear das viagens partilhadas.

“As viagens de aprendizagem vestem a roupagem elegante de narrativas humanas. Essas narrativas – reais ou imaginárias – acrescentam sentido à nossa existência, envolvendo frequentemente histórias de mundos possíveis. Estas, por sua vez, são poderosas fontes formadoras de sentido e

alavancas potentes seja na conformação das aspirações humanas, seja na realização das conquistas pessoais.⁵⁰

Neste contexto global carecemos de um conceito que expresse o valor da unidade total, a sua interligação com o mundo em geral e a gesta dos humanos para assegurarem a sua identidade distintiva. A setecentista ideia *iluminista* enfatizou a separação e a autonomia das partes. Preocupou-se com a articulação dos pequenos reinos-ilhas que constituem o nosso mundo moderno, com o objetivo de “reconstruir o puzzle”. Minimizou a interligação com o mundo em geral e separou a mera *agência* dos *valores* (...) Numa abordagem renovada sobressai a ideia de **integridade** na condição de avenida que corrige as deficiências da mera integração. Este conceito revisitado afirma a plenitude como aspiração ainda que traduzida na prossecução de propósitos diferenciados. Faremos melhor em empregá-la numa dupla faceta: de substantivo concreto e de qualidade abstrata. A integridade torna-se então uma entidade constituída, operando como um todo, assumindo um papel ativo e responsável na determinação do destino próprio assim como no do mundo à sua volta. Ela aponta para um futuro que surpreende e compreende o âmbito da ação humana ou, dito de outro modo, promove a eleição do homem como *ser prático* cuja tarefa fundamental consiste na sua própria reinvenção constante mediante uma *aprendizagem com a vida* feita de compromisso sólido com valores centrados na reprodução dos próprios coletivos.

Ser humano pressupõe que *agência* é fonte de intencionalidade e de propósito continuado. Da mesma forma, ser humano implica que toda a aprendizagem seja impregnada de sentido e que o sentido alargado esteja na base das mais profundas transformações humanas e pessoais: é este o terreno ubérrio e mágico das *aprendizagens transformacionais*⁵¹.

A integridade da aprendizagem aspira a um cânone abrangente de conhecimento que se sobreponha à tradicional fragmentação de disciplinas.

O **Logos** e a **Praxis** são culturalmente indiscerníveis; ambos formam parte integrante do nosso compromisso pessoal e social com um mundo de **integridade** alargada.” (Carneiro, 2011: 3-4)

⁵⁰ Ferry (2002) fornece uma perspectiva interessante acerca de como a definição de uma “vida de conquistas pessoais” evoluiu ao longo da história desde os tempos da procura de uma “vida boa”.

⁵¹ Uma leitura onde se podem encontrar perspectivas inspiradoras das formas e meios capazes de transformar as vidas pessoais e profissionais pode ser encontrada em Zander & Zander (2000).

O reencantamento da alma humana nas suas mais profundas e perenes aspirações é imune à idade ou ao ciclo de vida. Freire (1970) acreditava que a “educação dialógica” pode ajudar os seres humanos a tornarem-se “seres comunicativos” e como tal equipados para agir na transformação de si próprios e da comunidade em que constroem o sentido da sua relação.

Seguramente que a proposta de *diálogo*, como fundamento da construção da sabedoria e consolidação da sagesa na lide das questões diárias, encontra junto dos adultos idosos um especial sabor. Ele engrandece o viver, em sentido e densidade, como leite fecundo para uma sementeira de bem-estar e de felicidade nas 3ª e 4ª idades do ciclo de vida.

4.6. Análise de resultados: Focus groups

Integrando o presente estudo, foram realizados 2 *focus groups* procurando beneficiar da dinâmica de grupo criada, possibilitando aceder a informação “fresca” e com a espontaneidade necessária, e simultaneamente dando tempo a que as opiniões possam fluir, ganhar forma, sendo decisivo o modo como as pessoas se exprimem, a linguagem que utilizam, o ritmo que adotam para o discurso, a sua atitude corporal. Estes indicadores foram considerados na análise de conteúdo, com base em protocolos de transcrição integral das gravações audiovisuais realizadas nas entrevistas (Ver anexo de metodologia).

A definição do grupo-alvo para estes *focus groups* tomou em consideração os conceitos de diversidade e heterogeneidade dos sujeitos que se pretendiam estudar, tendo sido consideradas variáveis de género, idade, região, tipologia do agregado e habitação e recurso/contacto com diferentes respostas sociais. Nesta linha, foram realizados dois *focus groups* junto de um público sénior nas Cidades de Lisboa e de Viseu, cujo objetivo geral foi o de levantar pistas quanto ao modo como as pessoas idosas vivem e sentem esta fase da sua vida (satisfação, qualidade de vida, atividades de vida diária, entre outros), bem como as suas atitudes face à oferta em termos de saúde e respostas sociais existentes. Quanto as perceções dos mais velhos sobre as pessoas da sua idade foi referido que:

- De um modo geral, *os mais velhos* não se referem às pessoas da sua idade como um grupo que partilha transversalidades: o que transparece no seu discurso é quase uma oposição entre o **Eu** –

uma pessoa com a sabedoria e experiência que ganhou com os anos, autónoma, que sabe ocupar o seu tempo, que se preocupa com cuidar de si – e os **Outros**, pessoas que sofrem de solidão, tem problemas de saúde, dependem de outros, tornando-se um peso para a família e não sabem como ocupar o seu tempo. Esta aparente resistência do indivíduo a uma identificação com um grupo com o qual partilha traços em comum pode ser entendida no contexto de um presente, em que a maioria dos participantes nos *focus groups* realizados consegue ainda manter um relativo grau de autonomia, e dos receios face a um futuro, que se apresenta incerto e que é inevitavelmente associado a sentimentos de perda.

- **Ocupações:** Transparecem no discurso dos participantes nos *focus groups* algumas preocupações que têm um papel fundamental na manutenção do seu amor próprio e da sua qualidade de vida: o ***manter-se ocupado é essencial***: os que não sabem ocupar o seu tempo são os que mais tenderão a sofrer de solidão, isolamento, depressão. Na maioria dos casos, no dia-a-dia empenham-se em atividades que sempre lhes deram prazer, e para as quais têm agora mais disponibilidade - hobbies, jardinagem, tratar da horta.

- Se vivem perto da família, ajudar em tarefas da casa ou tomar conta dos netos são ao mesmo tempo formas de ocupar o tempo e de se sentirem úteis.

- Para além das atividades do dia-a-dia, são também muito valorizadas outras de carácter mais recreativo, proporcionadas geralmente por associações ou juntas de freguesia: mais ocasionais - como bailes ou excursões - ou mais regulares, como aulas de dança de salão, ginástica, ioga. É de notar, no entanto, que o acesso a estas atividades tende a ser mais fácil em comunidades mais pequenas – vilas, bairros -, onde a informação sobre este tipo de iniciativas se difunde mais facilmente.

- Alguns dos participantes nos *focus groups* empenham-se em ações de voluntariado, quer de forma individual, quer através de associações – tendo sido referido que este tipo de participação deveria ser estimulado junto dos mais velhos, pois muitos têm ainda capacidade e vontade de ajudar os outros.

- **Rede de Contactos:** Fora do âmbito familiar, as oportunidades para contactar com outras pessoas são proporcionadas pelas relações de vizinhança e pela vivência na comunidade. Assumem assim grande importância as questões relacionadas com o espaço envolvente e com a existência de locais que facilitem as trocas sociais: cafés, associações, jardins.

- **Capacidade Funcional:** Se a sua condição física o permite e encontram na sua comunidade possibilidades de o fazer, praticam exercício. Todos estes cuidados são sinais de um forte sentido de auto preservação, de uma vontade de se manterem autónomos e ativos tanto tempo quanto possível.

- **Relações familiares** - De uma forma geral, os participantes em ambos *focus groups* referem manter relações familiares muito próximas com filhos e netos: em muitos casos, pais e filhos vivem próximo e mantêm um contacto frequente. Mesmo que não estejam perto, há uma comunicação regular por telefone. No entanto, transparece no discurso dos mais velhos alguma dualidade face aos mais novos e às expectativas sobre como estes irão acompanhar o processo de envelhecimento dos seus pais/avós. Por um lado, a noção de que os mais novos - particularmente a geração dos filhos - têm uma vida difícil, muitas vezes com falta de tempo, dinheiro, emprego, problemas para os quais, não raro, necessitam do apoio dos pais.

- Por outro lado, as expectativas dos mais velhos relativamente ao que se irá passar quando perderem algumas capacidades e passarem a ser eles a necessitar do apoio da família nem sempre são positivas:

- Emerge o receio de deixarem de ser úteis para se transformarem num “peso” para a família - algo que querem evitar a todo o custo, pois sabem que se trata de uma situação muito difícil, particularmente nas famílias em que ambos os membros do casal trabalham.

- **Relações intergeracionais** - Quanto às relações com as gerações mais novas, verifica-se que estas são bastante mais fáceis no contexto familiar ou em comunidades mais pequenas em que as pessoas se conhecem do que no “mundo exterior”.

- Com efeito, pode notar-se entre os participantes um certo orgulho na forma como descrevem as suas relações com os netos e outros jovens com os quais convivem mais de perto: há afeto, comunicação, interesse, partilha de algumas atividades. – o que, de certo modo, é um sinal de que, apesar da idade conseguem manter-se atualizados, “com espírito jovem”.

- Já no que diz respeito aos jovens em geral, ao modo como estes vivem, se comportam e se relacionam com as gerações mais velhas, surgem algumas associações menos positivas que por vezes constituem barreiras à relação: Não valorizam a sabedoria e experiência dos mais velhos.

- **Utilização de serviços de saúde** - Como já referido, tanto em Lisboa como em Viseu os participantes nos *focus groups* gozam ainda de alguma autonomia e não apresentam problemas de saúde incapacitantes, apesar de muitos terem problemas de saúde crónicos que necessitam de um seguimento médico regular.

Neste contexto, é interessante constatar que, na maioria dos casos, se mostram satisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são prestados, referindo-se elogiosamente aos médicos que os seguem e à forma como hoje em dia se torna mais fácil obter marcações de consultas de especialidades médicas, pois há maior articulação entre serviços nos hospitais e centros de saúde.

- **Respostas sociais: conhecimento e atitudes face às respostas sociais existentes** É globalmente reconhecido pelos mais velhos que vivem numa época em que as pessoas da sua idade têm muito mais proteção social do que nas gerações anteriores. Entre os vários aspetos que contribuem para essa perceção, podem citar-se a atualização das reformas, o acesso quase gratuito a cuidados de saúde e a existência de respostas sociais para o envelhecimento – das quais as mais conhecidas são os centros de dia, o apoio domiciliário e os lares.

- A maioria dos participantes em ambos os grupos encara a entrada num lar como uma inevitabilidade, quer seja por decisão própria, quer por falta de condições da família para tratar de um idoso dependente.

- Em alguns casos, surge a noção de que as soluções encontradas pelas famílias para evitar o recurso a um lar nem sempre são as melhores. Por exemplo, há casos em que o pai/mãe fica um período em casa de cada filho: embora bem intencionada, esta estratégia acaba por resultar num grande desgaste para todos, reforçando a imagem da pessoa mais velha como um verdadeiro fardo que passa de mão em mão. Neste contexto, pode notar-se a maioria dos participantes nos *focus groups* tende a distanciar-se de qualquer destas soluções, considerando que “ainda não chegou a altura”.

- Esta atitude reflete a noção de que, de uma forma ou outra, estas respostas serão mais adequadas para pessoas menos autónomas ou mais dependentes - uma condição que não é ainda a sua. Na verdade, a julgar por alguns modelos de pessoas que se mantêm ativas até muito tarde, poderão mesmo nunca vir a precisar de recorrer a este tipo de apoios.

- Tendo sido exploradas as perceções que suportam estas atitudes verificamos que:

- Por um lado, há algum desconhecimento relativamente à realidade atual dos serviços prestados pelas instituições, uma vez que na maioria dos casos têm pouco contacto com o que lá se passa.
- A este desconhecimento junta-se a imagem - geralmente negativa – que os media difundem de instituições como os lares, que apenas são notícia quando ocorre algo de errado.
- Por outro lado, existem as perceções suportadas por experiências tidas no contacto com as instituições - por exemplo, porque lá tiveram familiares ou amigos – que nalguns casos deixaram impressões positivas e noutros não. Neste contexto, em que a perspetiva de ir para um lar não é descartada, as questões colocam-se sobretudo ao nível de arranjar uma vaga e ter meios para pagar.
- Há uma noção generalizada de que entrar num “bom lar” é muito difícil: a oferta privada pratica preços inabastáveis, ao mesmo tempo que no sistema público, onde os preços são mais acessíveis, existem longas listas de espera para obter uma vaga. Ao mesmo tempo, são raros os casos em que, prevenindo esta situação, se pensa em fazer uma inscrição com a devida antecedência para garantir uma vaga quando for necessário.

• **Sinais de mudança: o contributo das novas tecnologias na melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas**

A maioria dos participantes nos *focus groups* está pouco familiarizada com a utilização de computadores: embora o uso de telemóvel já seja generalizado, este limita-se às funções mais básicas, fazer e receber chamadas e, quando muito, enviar e receber mensagens.

No entanto, aqui e ali surgem sinais de que este panorama está a mudar, pois o facto de não serem grandes utilizadores destas tecnologias não significa que estejam fechados a elas. Pelo contrário, existe curiosidade em aprender se a oportunidade se proporcionar – por exemplo em aulas de informática promovidas por associações ou em Centros de dia.

É de referir que em ambos os grupos, alguns participantes com idades entre os 65 e os 75 anos já estão familiarizados com os de computadores utilizam-nos entre outras coisas, para participar em redes sociais, uma atividade que consideram extremamente absorvente.

Anexo: Metodologia dos *Focus Groups*

Integrando o estudo “O Envelhecimento da População, Dependência, Ativação e Qualidade de Vida – Desafios e Oportunidades” e enquadrados num dos seus grandes objetivos – proceder à análise SWOT do sistema de saúde e serviços sociais numa perspetiva de avaliar cenários de evolução que tomam em consideração os impactos do envelhecimento da população, os *focus groups* procuraram captar as perceções e opiniões dos públicos envolvidos sobre o tema em questão, num registo de maior naturalidade e espontaneidade.

Num primeiro momento, foram realizados dois *focus groups* junto de um público sénior, com o objetivo de levantar pistas quanto ao modo como as pessoas idosas vivem e sentem esta fase da sua vida (satisfação, qualidade de vida, atividades de vida diária, entre outros), bem como as suas atitudes face à oferta em termos de saúde e respostas sociais existentes.

Objectivos específicos

- I. Compreender as perceções espontâneas dos idosos sobre as pessoas da sua idade (satisfação com a vida, independência, controle, competências sócias e cognitivas, sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidade de atingir objetivos pessoais, sentido positivo de si)
- II. Compreender o modo como são vividos os momentos de transição e suas implicações na qualidade de vida da pessoa idosa (momentos de transição, tipo de consequências associadas e tipo de respostas encontradas)
- III. Conhecer as rotinas de vida diária da pessoa idosa, estabelecendo as diferenças percebidas entre velhice autónoma vs velhice dependente (perceções sobre as competências na velhice, relações sociais, abertura à experiência, saúde e diferenças de género)
- IV. Conhecer o papel das relações familiares e de vizinhança e sua importância no quotidiano da pessoa idosa (a questão do isolamento e do valor das redes familiares e sociais); as relações inter-geracionais como fator de coesão e integração social.
- V. Compreender as diferenças operadas pelas diferenças de envolvimento urbana e rural (no espaço, arquitetura), identificando os elementos que contribuem para a qualidade de vida e integração das pessoas idosas.
- VI. Perceções e atitudes face aos cuidados de saúde e respostas sociais, compreendendo as imagens socialmente produzidas sobre as instituições e cuidados prestados a idosos.

Métodos de recolha de informação

O trabalho desenvolvido pela equipa assumiu uma tónica assumidamente exploratória, tendo-se recorrido a metodologias qualitativas, através de formatos de recolha de informação como os *focus groups*. Optou-se, pois, por uma abordagem em profundidade e não representativa a nível estatístico às diferentes realidades dos públicos abrangidos neste tema.

Focus groups com idosos: Esta técnica de recolha beneficia da dinâmica de grupo criada, possibilitando aceder a informação “fresca” e com a espontaneidade necessária, e simultaneamente dando tempo a que as opiniões possam fluir, ganhar forma, sendo decisivo o modo como as pessoas se exprimem, a linguagem que utilizam, o ritmo que adotam para o discurso, a sua atitude corporal. Estes indicadores foram considerados na análise de conteúdo, com base em protocolos de transcrição integral das gravações audiovisuais realizadas nas entrevistas.

Público-alvo

- No caso dos *focus groups* com idosos, a definição do grupo-alvo tomou em consideração os conceitos de diversidade e heterogeneidade dos sujeitos que se pretendiam estudar, tendo sido consideradas variáveis de género, idade, região, tipologia do agregado e habitação e recurso/contato com diferentes respostas sociais.
- Para seleção dos participantes ficou estabelecido considerar apenas indivíduos com autonomia funcional, tendo ainda sido utilizados os seguintes critérios:
 - Género: Equilíbrio quanto ao género (50% masculino – 50% feminino)
 - Idade: Indivíduos com idades compreendidas entre os 65- 85 anos
 - Região: Residentes em *habitat* urbano (área metropolitana de Lisboa) e em *habitat* com características rurais ou semi-rurais (cidade de Viseu e freguesias circundantes)
 - Agregado familiar: Indivíduos que residem sozinhos, com o cônjuge, e outros familiares (filhos, netos)
 - Tipologia de habitação: Indivíduos que residem em apartamento e em casa térrea
 - Recurso/contato com respostas sociais: apoio domiciliário, centro de dia/convívio, atividades para seniores, visita a lares (para visitar familiares, amigos)

Os participantes foram selecionados através de questionário-filtro do painel de consumidores *Ipsos Apeme* na cidade de Lisboa, tendo-se recorrido a uma empresa externa

de recrutamento (*egri, estudos de mercado*) para os focus groups realizados na cidade de Viseu.

Na condução dos *focus groups* foi utilizado um guião semi-estruturado, construído de acordo com as necessidades de informação da Equipa de Trabalho (em anexo).

Os *focus groups* decorreram no mês de Abril (dias 24 e 25) e tiveram uma duração média de duas horas e meia, tendo sido gravados em áudio e vídeo e posteriormente transcritos integralmente. Toda a informação foi sujeita a análise de conteúdo por categorias (construção de indicadores, grelhas, codificação).

Amostra

- 2 Focus Groups com pessoas mais velhas

	FG Lisboa	FG Viseu	Total
Género			
Masculino	4	4	8
Feminino	3	4	8
Idade			
55-75	3	6	9
76-85	4	2	6
Agregado familiar			
Vive sozinho	2	3	5
Vive cônjuge	4	4	8
Outros familiares	1	1	2
Tipologia habitação			
Apartamento	5	2	7
Casa térrea	2	6	8
Respostas sociais			
Apoio domiciliário	1	-	1
Centro de dia/convívio	2	2	4
Actividades seniores	-	4	4
	7	8	

O Guião utilizado nestes *Focus groups* encontra-se nos Elementos de Trabalho A – Guiões.

5. O Envelhecimento e a Sustentabilidade Financeira dos Regimes da Segurança Social

Este capítulo apresenta os principais desafios de cariz financeiro, associados ao envelhecimento da população, nomeadamente as mais recentes projeções e estimativas das despesas em pensões, serviços de saúde e de cuidados continuados à população idosa. O objetivo central é responder à questão de partida número 3. “Análise sobre a previsão da evolução dos custos associados ao aumento da população idosa no que diz respeito aos serviços de saúde e de apoio social e sua compatibilização com a situação financeira do Estado e das famílias” – dito de outro modo, será abordada a questão da sustentabilidade financeira, em geral, e, no capítulo 8, a das instituições que promovem os serviços de apoio social, em especial as IPSS.

A secção 1 apresenta um sumário do sistema de pensões em Portugal; a secção 2 é dedicada às principais mudanças adotadas em 2007 e aos respetivos impactos financeiros; na secção 3, examinaremos as projeções de longo prazo dos impactos do envelhecimento para Portugal, publicadas pela Comissão Europeia. Na 4ª secção apresentamos os estudos do DPP relativos ao Turismo Médico e à temática do envelhecimento na construção dos cenários de longo prazo da economia portuguesa e, na 5ª, apresentamos as conclusões do estudo de Albuquerque e Lopes (2010) o qual contém um simples exercício de avaliação do impacto do envelhecimento na estrutura económica do País.

Os estudos sobre o impacto financeiro do envelhecimento centram-se, fundamentalmente, sobre a sustentabilidade financeira dos sistemas de pensões públicos, nomeadamente os estudos pioneiros do Banco Mundial (1994) e da OCDE (2001). A questão da sustentabilidade dos sistemas de pensões está associada ao regime de repartição⁵² da Segurança Social (e também da Caixa Geral de Aposentações) que, num processo de envelhecimento da sociedade portuguesa, poderá ser

⁵² Ou, na terminologia anglo-saxónica, Pay as you go. Uma formulação rigorosa (e clássica) deste sistema é o trabalho de P. Samuelson (1958), “An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money,” *Journal of Political Economy*, 66(6), 467-482. Este modelo, conhecido por “overlapping generations”, atinge, nas condições normais, um equilíbrio de Pareto (ótimo) e estacionário (na hipótese de taxa de crescimento da população ser zero).

insustentável quando as receitas das contribuições dos ativos não cobrirem, sistematicamente, os pagamentos das pensões⁵³.

No contexto de queda da taxa de fertilidade, associada ao forte e sustentado aumento da longevidade das populações, as projeções demográficas para Portugal mostram um rápido aumento da taxa de dependência (ver Cap. 1) que, na ausência de perspectivas de fortes ganhos de produtividade, poderá levar os sistemas públicos de pensões a tornarem-se insustentáveis.

5.1. Breve apresentação dos sistemas públicos de pensões

Os sistemas (públicos) de pensões⁵⁴ em Portugal tinham um primeiro pilar predominante, um segundo pilar incipiente, e um terceiro pilar com importância crescente. O primeiro pilar é gerido publicamente, tem participação obrigatória e segue as regras do sistema de repartição (*pay-as-you-go* ou PAYG). O segundo pilar é gerido pelo empregador, tem participação obrigatória também, mas é totalmente financiado (sistema capitalizado) por recurso a intermediários financeiros profissionais do sector privado em quem a gestão de carteira deste pilar é tipicamente delegada. O terceiro pilar fornece uma fonte complementar de rendimento na reforma. É gerido diretamente por intermediários financeiros que fazem publicidade e concorrem entre si; a participação é pessoal e voluntária (embora o Estado tipicamente atribua benefícios fiscais generosos), e é totalmente autofinanciado.

O regime da Segurança Social faz parte do primeiro pilar e é financiado segundo os princípios PAYG, i.e., são as contribuições sociais dos trabalhadores e dos empregadores que financiam as pensões e outras prestações pagas nesse período. O esquema público de pensões dos funcionários públicos, a Caixa Geral de Aposentações ou CGA, é outra componente do primeiro pilar e segue os

⁵³ Um dos indicadores usado nestas análises é a taxa de dependência (proporção da população com mais de 65 anos relativa à população ativa, entre 15 a 64 anos) – ver Cap. 1 sobre as projeções oficiais destes indicadores até 2060. No entanto, numa economia com progresso tecnológico, a questão da sustentabilidade está associada, *ceteris paribus*, ao crescimento do numerador da taxa de dependência (o número de pensionistas) face ao crescimento da produtividade do trabalhador (cuja produção é repartida entre os ativos e os pensionistas). Donde, as políticas de Educação, Formação e de I&D também são fundamentais neste debate.

⁵⁴ Nomeadamente, o regime geral da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações. Esta secção é adaptada de Rodrigues e Marvão Pereira (2007).

princípios do PAYG. Em 2007, o regime geral cobria mais de 3,6 milhões de trabalhadores e 2,5 milhões de pensionistas; por sua vez, a CGA cobria 675 mil contribuintes e 534 mil reformados.

O segundo pilar em Portugal é relativamente pequeno. Os bancários representam aproximadamente 1% do emprego total e contribuem para esquemas de pensões que são geridos e financiados por privados; no passado recente, com as integrações destes fundos na Segurança Social, a responsabilidade de pagar as pensões destes trabalhadores passou para o Estado (Segurança Social), integrando o primeiro pilar.

Os Planos Poupança-Reforma (PPR) são o instrumento mais importante do terceiro pilar. A participação nestes planos é voluntária e tem contado com pouca adesão até este momento, não obstante os benefícios fiscais serem generosos. As contribuições até um dado limite permitem uma dedução à coleta em sede de IRS, e o rendimento da pensão privada é também tributado favoravelmente. Esses PPR são do tipo contribuição definida e são geridos por fundos de pensões e seguradoras autorizadas, que operam sob supervisão do banco central. A Segurança Social criou desde há cerca de 5 anos um regime público de capitalização que, entre outras vantagens, permite que a dedução à coleta em sede de IRS não seja submetida ao teto geral estabelecido para os PPR “privados” (Fundo dos Certificados de Reforma).

As pensões pagas pelos sistemas públicos são do tipo “*defined benefits*”, onde o valor é determinado por uma fórmula em função das contribuições feitas ao longo duma carreira contributiva.

5.2. Sustentabilidade dos regimes públicos de pensões

O envelhecimento da população deverá implicar um aumento sustentado da despesa em pensões dos sistemas públicos – número crescente de idosos com pensões e com esperança média de vida maior. Por outro lado, o envelhecimento significa que o número de ativos pode diminuir ou não aumentar tanto como os reformados (rácio de dependência aumenta sustentadamente), e, na ausência de significativos ganhos de produtividade, o “bolo” a repartir cresce menos do que as pensões, criando défices crónicos nas contas da Segurança Social. Nestas condições, o sistema é considerado não

sustentável. Esta questão foi apresentada por Zaidi et al. (2010) da seguinte forma: “First, there is a concern about the financial sustainability of public welfare systems, which are affected adversely by a rising share of older age population... Second, important as fiscal prudence in public spending has become, it is also considered imperative that European social welfare systems continue to provide adequate retirement incomes and sufficient basic social services, such as health and social care, in old age.” (p. 1)⁵⁵.

Por exemplo, o estudo de Rodrigues e Marvão Pereira (2007) concluiu⁵⁶ que “chegado a 2050, projetamos que a despesa com pensões de origem contributiva atingiria 15.4% do PIB na Segurança Social, mais 10.7 pp. que em 2003 e 8.0% do PIB na CGA, mais 4.2 pp. do que em 2003. Em 2050, a despesa total de segurança social teria duplicado de 15% do PIB em 2003 para 30.1% do PIB, com a despesa pública total com pensões a atingir 25.8% do PIB, mais 15.2 pp. que os 10.6% do PIB em 2003.” (p. 28)

Outros estudos sugerem aumentos menos expressivos, mas apresentam conclusão semelhante: sem reforma profunda da fórmula de formação das pensões (e.g., redução do valor de referência) as futuras receitas não seriam suficientes para fazer face aos pagamentos previstos. Por exemplo, o Relatório da OCDE relativo à economia portuguesa, publicado em 2006, informava que “According to updated national estimates presented in the 2006 Budget, under unchanged policies, pension expenditure would increase by 4% of GDP by 2050 (from 7.5% in 2005 to 11.4% in 2050) while revenues are expected to increase from 7.8% of GDP to 8.2%. As a result, the system would run a deficit as from 2007 onwards, and the reserve fund would have a zero balance in 2014.” (OCDE, Economic Survey – Portugal, 2006, Paris, p. 60)

As mudanças do regime da Segurança Social acordadas em sede de Concertação Social⁵⁷ em 2006 e implementadas a partir de 2007 apresentam significativos impactos nas projeções dos défices

⁵⁵ A coesão entre as gerações exigem, portanto, um compromisso social e político até se obter uma proteção social adequada aos pensionistas e, ao mesmo tempo, preservar a sustentabilidade da Segurança Social.

⁵⁶ Contudo, este estudo só considerou as reformas da Segurança Social até ao ano de 2002.

⁵⁷ Para uma visão crítica das reformas adotadas, nomeadamente, o domínio da visão de políticas assistencialistas, ver Silva (2009, p. 14), por exemplo, “Estão também implícitas lógicas de responsabilização dos indivíduos pela sua inserção, de dever social perante a situação de assistência e com carácter punitivo e sancionatório. Assim, estas medidas correm o risco de se revelarem, ao contrário do que prometem, políticas inibidoras do exercício dos direitos do cidadão,

futuros dos sistemas de pensão públicos. De acordo com Aleixo (2011), os principais parâmetros da fórmula do cálculo das pensões passaram a ser:

	A partir de 1/6/2007
Prazo de elegibilidade	5 anos para a invalidez
	15 anos para a velhice
Idade de reforma	65 anos
Nº de pagamentos Anuais	14 mensalidades
Taxa global de formação	Para beneficiários com menos de 20 anos de contribuições: 2%
	Mais de 20 anos de contribuições:
	RR<1,1IAS 2,3%
	1,1IAS<RR<2IAS 2,25%
	2IAS<RR<4IAS 2,2%
	4IAS<RR<8IAS 2,1%
	RR>8IAS 2,0%
Remuneração de referência	RR= TR/(N x 14)
	TR–total das remunerações anuais, revalorizadas de toda a carreira contributiva
	N–número de anos com registo de remunerações
Limite Mínimo da Pensão	30% RR
Limite Máximo da Pensão	40 anos de contribuições, podendo atingir 92% do salário

Fonte: Aleixo (2011, p. 26), adaptado da Tabela 1

A fórmula da formação duma pensão é dada pelo seguinte:

$$P = SF * GAR * RE$$

desresponsabilizadoras do papel social do Estado e perpetuadoras de situações de desigualdade e fragilização dos públicos mais vulneráveis”.

Onde P representa o valor mensal da pensão (14 vezes ao ano), SF é o fator de sustentabilidade, GAR é a taxa de acumulação da pensão (que varia entre 2 a 2,3% por ano de contribuição) e RE é o valor de referência salarial. Uma discussão desta fórmula encontra-se no estudo Economic Policy Committee e European Commission (2009, pp. 321-322). De acordo com esse estudo, o envelhecimento constitui o principal fator do crescimento do peso das pensões no PIB; de fato, “The contribution of the dependency ratio to the increase of the public pensions’ ratio to GDP is of almost 10 p.p. of GDP. However, it is halved offset by one of the benefit ratio, which decreases by almost 5 p.p. of GDP.

This means that the set of new measures that were introduced within the scope of the recent social security reform, namely, new rules for the calculation of new pensions and for pension indexation, do impact on the average pension value in relation to the average wage of the economy, with productivity gains being no longer appropriated by pensioners. According to the underlying macroeconomic assumptions, productivity gains are higher until the 30’s and therefore the decline of the benefit ratio is stronger by then.” (p. 325) Estes cálculos são consonantes com as estimativas publicadas pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2006) sobre o impacto da reforma na despesa pública:

Quadro 5. 1: Impacto no Saldo do Subsistema Previdencial - Diferença em p.p. do PIB face ao Cenário Base

	2010	2020	2030	2040	2050
Fator de Sustentabilidade	0	-0,3	-0,7	-1,2	-1,5
Antecipação da Nova Fórmula	0	-0,3	-0,6	-0,5	-0,2
Indexante, Regra de Atualização e Limitação das Pensões	0	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2
Recalibragem das Prestações (Subsídio de Desemprego)	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Adequação Seletiva e Diversificação Fontes de Financiamento	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5
Melhoria da Eficiência Contributiva	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Total	-0,9	-1,6	-2,3	-2,7	-2,8

Fonte: MTSS (2006)

A introdução do fator de sustentabilidade (tendo em conta a esperança média de vida) e o reforço dos incentivos financeiros para a permanência no mercado de trabalho constituem elementos

significativos na atenuação do crescimento da despesa em pensões no longo prazo. O Relatório da OCDE de 2008⁵⁸ relativo à economia portuguesa apresentou também as estimativas dos impactos das mudanças adotadas em 2007: “These changes are a considerable step towards tackling a major underlying structural driver of current spending growth. It will serve to underpin fiscal consolidation in the medium term and contribute to the long-term sustainability of public finances in Portugal. The European Commission and official estimates of the effect of the reform is that it will reduce the deficit in the social security account by 4 percentage points of GDP by 2050, mostly due to expenditure reductions but still leave a gap of 6% of GDP in 2050” (p. 53).

De acordo com as estimativas oficiais, os défices dos sistemas públicos de pensões projetados para 2050 seriam inferiores em 4 pontos percentuais do PIB face à situação anterior à reforma, devido às alterações adotadas em 2006⁵⁹, afetando fundamentalmente a despesa (i.e., o valor das pensões). De acordo com o quadro a seguir, as reformas adotadas teriam um efeito na redução da despesa em pensões em 0,5% do PIB em 2010, redução que passaria para 0,8% do PIB em 2015.

Quadro 5. 2: Impacto das novas regras da Segurança Social no défice dos sistemas de pensões (% do PIB)

	Pré-2007	Pós-2007
2010	-2,2	-1,7
2015	-3,3	-2,5
2020	-4,3	-3
2030	-6,5	-4
2040	-9,1	-5,6
2050	-10,5	-6,5

Fonte: OCDE (2008, p. 54), Figure 2.7

⁵⁸ “The general reform includes four principal measures: a larger financial penalty for early retirement; a new rule for updating pensions; bringing forward the date of transition to a new pension calculation formula; and introducing a new sustainability factor that adjusts the pension payment for rising average life expectancy.” p. 53.

⁵⁹ Ver estudo de Aleixo (2011, pp. 22-26) para uma apresentação mais detalhada da alteração da fórmula das pensões.

5.3. Projeções do relatório “The 2012 Ageing Report” da Comissão Europeia

As questões orçamentais de longo prazo têm sido estudadas por Comités especializados da UE, nomeadamente o Comité de Política Económica (EPC - Economic Policy Committee), formado por representantes dos EM. O Conselho ECOFIN (dos Ministros da Economia e das Finanças) da UE mandatou, em 2009, o EPC para atualizar e aprofundar, em 2012, os estudos e exercícios relativos à despesa pública no longo prazo, associada ao processo de envelhecimento e tendo em conta as novas projeções demográfica do Eurostat (o exercício EUROPOP 2010).

No Relatório publicado em maio passado⁶⁰, pode-se ler: “This is the fourth time since 2001 that long-run economic and budgetary projections aimed at assessing the impact of ageing population have been released. This projection exercise builds on updates and improves methodologically further the previous exercises so as to enhance overall accuracy, comparability across countries, consistency across expenditure items and the economic basis for the underlying assumptions.” (Pp. 21/22)

Estes exercícios de projeção são dependentes das hipóteses adotadas (migrações, aumentos de produtividade, participação dos trabalhadores séniores no mercado de trabalho, crescimento dos custos e tecnologias de saúde, etc.). O número de pensionistas do sistema público aumentaria de 2,6 para 3,8 milhões em 2050 (3,7 milhões em 2060) – um aumento de 43%. Para a área euro (EA17), o aumento nesse período está projetado em 38,4%.

Quadro 5. 3: Pensionistas (sistemas públicos, em milhares)

	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
PT	2 636	2 884	3 041	3 238	3 431	3 607	3 729	3 771
EU27	120 196	127 988	135 102	143 616	150 944	156 927	160 180	162 033
EA17	79 207	85 651	90 670	96 627	102 058	106 056	108 600	109 662

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012)

⁶⁰ Economic Policy Committee e European Commission, 2012, The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060), European Economy, 2.

As projeções das despesas públicas em Pensões, Saúde, Cuidados Continuados, Educação e Subsídio de desemprego estão contidas na Table 2 – Projected age-related expenditure, 2010-2060, percentage points of GDP, p. 38 deste estudo. Para as despesas em saúde e em cuidados continuados, o estudo apresenta um cenário de risco, com projeções de aumento significativo da despesa para todos os EM. Relativamente à despesa em pensões do sistema público, o quadro seguinte contém as projeções até 2050 e as da UE, bem como da EA17. Para Portugal, as projeções apontam para um aumento de 12,5% do PIB em 2010 até um pico de 13,2% em 2045, com uma pequena diminuição em 2050 para 13,1%. O aumento esperado da despesa em pensões deverá ser inferior a 1 ponto percentual do PIB - estas projeções sugerem que o sistema público da Segurança Social deverá ser financeiramente sustentável. Em contraste, para a área do euro, a despesa deverá aumentar de 12,2% do PIB em 2010 até 14,3% em 2050.

Quadro 5. 4: Despesa pública em Pensões em % do PIB)

	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
PT	12,5	13,5	13,4	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1
EU27	11,3	11,3	11,5	11,9	12,3	12,6	12,7	12,8
EA17	12,2	12,3	12,6	13,1	13,5	13,9	14,2	14,3

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012)

As projeções do impacto do envelhecimento na despesa pública em saúde são as constantes no quadro a seguir:

Quadro 5. 5: Despesa em Saúde (em % do PIB) – cenário de referência do AWG*

	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
PT	7,2	6,7	7,0	7,2	7,5	7,7	7,9	8,1
EU27	7,1	7,4	7,6	7,8	7,9	8,1	8,2	8,3
EA17	7,3	7,6	7,8	7,9	8,1	8,3	8,4	8,4

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012); * Ageing Working Group – trata-se do cenário base, consensualizado entre os diferentes participantes do exercício.

Para Portugal, as despesas pública em saúde associadas ao envelhecimento da população deverão aumentar de 7,2% do PIB em 2010 para 8,1% em 2050⁶¹. Para a área do euro EA17, as despesas deverão aumentar de 7,3% do PIB para 8,4% em 2050.

Relativamente à despesa em cuidados continuados, as projeções da Comissão utilizam as seguintes estimativas para o cenário central da população “dependente”:

Quadro 5. 6: N° de dependentes em Portugal (milhares) - cenário de referência do AWG

PT	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Total	1 037	1 145	1 197	1 251	1 309	1 360	1 401	1 433
Formal care	153	179	190	203	219	236	252	268
Relying cash benef/ informal care	884	966	1006	1048	1090	1124	1149	1165

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012)

A população servida pelo sistema público aumentaria de 153 mil em 2010 para 268 mil em 2050. Estas projeções dependem das hipóteses relativas às taxas de cobertura da população alvo dos cuidados continuados. O quadro seguinte contém as hipóteses adotadas para o cenário base:

⁶¹ Em 2012, a despesa total em saúde ultrapassa os 8% do PIB.

Table 4. 16 - Coverage rates in the base case scenario, +15

	Coverage Home care		Coverage Institutional Care	
	2010	2060	2010	2060
BE	60%	74%	17%	29%
BG	0%	0%	13%	16%
CZ	15%	24%	18%	24%
DK	34%	53%	17%	32%
DE	18%	25%	8%	15%
EE	13%	15%	8%	10%
IE	27%	38%	11%	18%
EL	28%	32%	14%	20%
ES	17%	21%	11%	13%
FR	18%	23%	10%	14%
IT	18%	17%	6%	7%
CY	0%	0%	9%	11%
LV	8%	8%	8%	8%
LT	36%	62%	20%	23%
LU	23%	32%	14%	27%
HU	7%	11%	11%	17%
MT	16%	17%	44%	55%
NL	60%	76%	33%	47%
AT	22%	29%	11%	18%
PL	2%	2%	5%	8%
PT	9%	12%	6%	8%
RO	14%	19%	9%	12%
SI	7%	12%	12%	20%
SK	9%	13%	6%	8%
FI	15%	21%	24%	35%
SE	33%	42%	33%	42%
UK	22%	26%	5%	6%
NO	67%	83%	17%	28%

Source: Commission services, EPC.

Em consequência, as projeções da despesa em cuidados continuados, no cenário central, deverão registar um aumento na ordem de 0,2 pontos percentuais do PIB entre 2010 a 2050.

Quadro 5. 7: Despesa em Cuidados continuados (sistemas públicos, em % do PIB) - cenário de referência do AWG

	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
PT	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
EU27	1,8	2,1	2,2	2,3	2,6	2,8	3,0	3,2
EA17	1,8	2,0	2,1	2,3	2,5	2,8	3,0	3,2

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012)

O estudo da Comissão considerou ainda um cenário para a projeção dos custos dos cuidados continuados que consiste num aumento da cobertura dos idosos – nomeadamente, um aumento da população de 1% nos cuidados continuados (em detrimento do cuidado informal oferecido pelas famílias). Neste cenário, o aumento da despesa entre os dois anos-limite considerados deverá ser da ordem de 0,5 pontos percentuais do PIB.

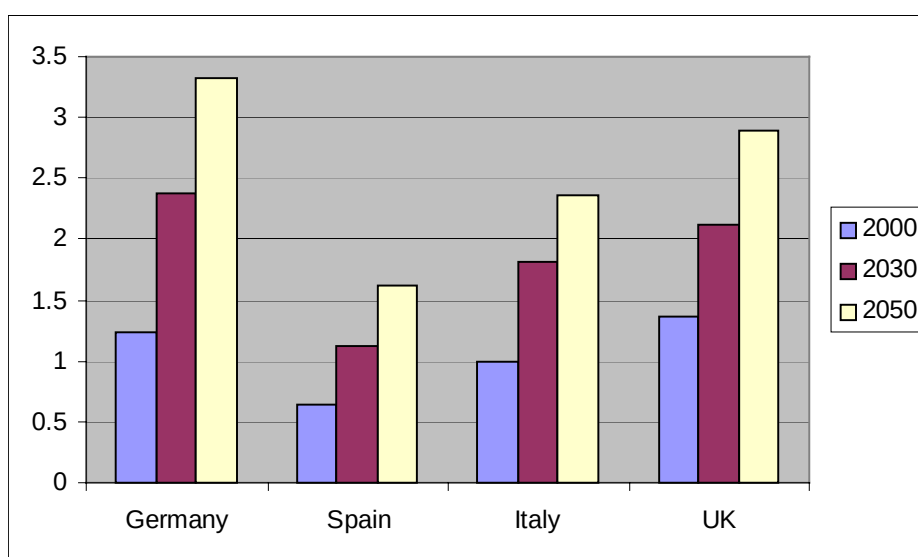
Quadro 5. 8: Despesa em Cuidados continuados em % do PIB – aumento de 1% de dependentes do cuidador informal para o RNCCI

	2010	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
PT	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8
EU27	1,8	2,7	2,8	3,1	3,3	3,6	3,9	4,1
EA17	1,8	2,6	2,7	3,0	3,3	3,6	3,9	4,2

Fonte: Economic Policy Committee e European Commission (2012)

O estudo de Comas-Herrera e Wittenberg (2003) contém projeções de longo prazo do impacto do envelhecimento na despesa em Cuidados Continuados (*Long-term Care*) na Alemanha, Espanha, Itália e Reino Unido. Estes custos, calculados em % do PIB, aumentam significativamente (ver gráfico abaixo):

Gráfico 5. 1: Projeção das despesas de cuidados intensivos em 2050 (% do PIB)



Fonte: Comas-Herrera e Wittenberg (2003, p. 9), Figure 1.

Os resultados deste estudo sugerem uma forte pressão para a alta dos custos em cuidados continuados para o conjunto de países da UE, estimando-se uma duplicação ou mais desta despesa em 2050 em comparação com o ano de referência 2000.

Em conclusão, os estudos disponíveis sugerem que, após a reforma da Segurança Social de 2007, as despesas em pensões e outras despesas públicas associadas ao envelhecimento deverão aumentar na casa dos 2 a 3 pontos percentuais do PIB até 2050 (2060). Estes valores, quando comparados com estudos anteriores à reforma de 2007, sugerem melhoria significativa em termos de sustentabilidade financeira dos sistemas públicos de pensões e da despesa pública associada ao envelhecimento.

5.4. Impacto do envelhecimento na economia – Cenário de longo prazo do DPP (Departamento de Planeamento e Prospectiva)

A questão do envelhecimento em Portugal e na Europa encontra-se refletida na preparação dos cenários a longo prazo da economia portuguesa. As vantagens tradicionais de Portugal no turismo médico⁶² devem-se ao país ser: “Um pólo turístico para muitos cidadãos do norte da Europa todos os anos, especialmente o Algarve. Assim sendo, o país pode aproveitar o mercado inglês, e não só, neste novo conceito que surge como uma tendência mundial, aliando o turismo, essencialmente balnear, aos cuidados de saúde. O clima temperado e seco, favorável à recuperação, o golfe, as praias, a gastronomia, a localização geográfica e a segurança são fatores importantes para atrair turistas que procuram serviços médicos e que podem levar à expansão do turismo médico em Portugal em detrimento de concorrentes como o leste europeu, Índia e Tailândia. Os preços em Portugal são também mais baixos do que os praticados em países como o Reino Unido.” (p. 16)

No documento “**A Economia Portuguesa a Longo Prazo – um Processo de Cenarização**”⁶³ do DPP em 2011, a metodologia da construção de cenários de longo prazo inclui a análise de incertezas cruciais. Associada ao envelhecimento, ressalta a **9) Incerteza Geracional - como vai**

⁶² Barbacena (2010).

⁶³ A construção de cenários de longo prazo pelo DPP considerou 13 incertezas cruciais, de índole geopolítica, tecnológica, extremismos possíveis, energia e mudança climática, entre outras. A presente secção identifica, seletivamente, partes desse exercício que, em nosso entender, estão relacionadas com a problemática do envelhecimento.

viver a próxima geração?, sobre os possíveis consensos sociais e as três configurações possíveis: Coexistência, mas sem interação; Conflitos geracionais; Coesão e solidariedade geracional. O quadro seguinte sumaria estas configurações da incerteza geracional:

Quadro 5. 9: Configurações da Incerteza Geracional

A	B	C
Coexistência - dois mundos paralelos, duas gerações distintas sem interacção	Conflito pelos valores, práticas e relações de dependência, conflito geracional	Coesão - diferenças interculturais enquanto fonte de novas práticas e saberes

Fonte: DPP (2011, p. 36)

A questão do envelhecimento representa um sério desafio e também oportunidades para o futuro do País. Na avaliação do DPP, um cenário com a configuração B teria sérios custos económicos e sociais para o País⁶⁴. *A contrario senso* a configuração C seria altamente vantajosa⁶⁵.

Em geral, no **Cenário nº1 (“Bem-vindos”)** do estudo do DPP, “apesar das grandes forças estruturais limitadoras da afirmação internacional da economia portuguesa continuarem a dominar as tentativas de transformação, Portugal consegue afirmar-se internacionalmente como país de Turismo/acolhimento, baseando-se nas suas vantagens comparativas “clássicas” e na capacidade de ordenar e recuperar o edificado e planear as cidades. Os problemas económicos são vários e recorrentes mas a nossa habilidade coletiva em gerir o curto prazo e encontrar respostas acaba por conseguir, sucessivamente, re-equilibrar as situações. A combinação dos ganhos de planeamento urbano com o dinamismo das indústrias culturais e criativas constitui um contributo importante e complementar na lógica do “acolhimento inovador”, da mesma forma que as atividades associadas ao envelhecimento ativo, incluindo o desenvolvimento de nichos de mercado ligados à saúde/farmacêuticas” (p. 27).

⁶⁴ Identificado como Portugal 13 valores – suf +.

⁶⁵ Identificado como Portugal 18 valores – Muito Bom, com coesão entre as gerações.

Desta forma o cenário futurista pressupõe: “A aposta económica caracterizou-se por **investimentos de proximidade e de retorno mais rápido em atividades e sectores onde Portugal tem vantagens comparativas com uma mão-de-obra pouco qualificada e especializada...** Claro **foco no sector do Turismo/Acolhimento** (alicerçado numa diversificação da oferta, apostando em dois mercados fundamentais - Espanha e Brasil), estimulando um aumento sustentado do emprego nesse sector e no dos serviços e cuidados de proximidade. Os **cuidados de proximidade (saúde e não só), desenvolveram-se e permitiram absorver uma quantidade significativa de mão-de-obra;** no caso da saúde, cresceu significativamente o papel dos atores privados e do terceiro sector; o acolhimento de população idosa do resto da Europa/Mundo, exigente em cuidados de saúde, possibilitou a dinamização do cluster/ pólo de saúde em nichos de mercado, bem como a aposta no design industrial de produtos adaptados à terceira idade.....

A **evolução do sector do turismo permitiu ganhos noutros domínios estratégicos da economia portuguesa**, como a “economia do mar”, na qual o Turismo Náutico teve um papel fulcral, a revitalização/reconfiguração das cidades, Turismo de Negócios, City Breaks, etc..”(pp. 29-30)

Neste cenário, deve-se ainda referir a boa combinação conseguida com o desenvolvimento das TIC com os serviços de saúde e de bem-estar; “Houve um aproveitamento das competências na área das TIC para avançar na **oferta de serviços como a telemedicina, que permitiu a ligação do Turismo com a Saúde e Bem-estar**, para além de agilizar o modelo organizativo do sistema de saúde.” (p. 31)

5.5. Impacto do envelhecimento através da aplicação do modelo Input Output

Albuquerque e Lopes (2010) propõem um simples exercício para a avaliação do impacto do envelhecimento nas estruturas económicas do País. No quadro do modelo Input-Output, o vetor de procura final duma economia pode ser decomposto por procuras de vários grupos etários, cada uma com um ponderador (peso na estrutura) dado pelo peso do grupo etário no total da população⁶⁶. Assim, uma recomposição da estrutura da população envelhecida em 2060 (dados do INE, ver Cap.

⁶⁶ A informação base é dada pelos Inquéritos às Despesas Familiares do INE, sendo necessário converter a nomenclatura dos dados de consumo para a dos produtos dos setores de produção.

1), com mais idosos e menos jovens, permitiu aos autores obter uma nova procura final de bens, refletindo o envelhecimento da economia.

Os modelos Input-Output (IO) foram desenvolvidos por *W. Leontief* no século passado em finais da década de 30. O objetivo principal da abordagem IO era estudar a inter-relação entre diferentes ramos de atividade numa economia. A base do sistema IO remonta aos trabalhos de *L. Walras*⁶⁷, que construiu um modelo de equilíbrio geral da economia no qual eram determinados os preços e as quantidades de todos os ramos/setores da economia em simultâneo, tendo em conta as interações e interdependências entre os setores, produtores, consumidores, etc.. Neste modelo, *Walras* utilizou um conjunto de coeficientes de produção que relacionam a quantidade de fatores de produção requeridos para um dado nível total de produção; esta conceção seria desenvolvida posteriormente por *Leontief* no âmbito do modelo IO, nomeadamente os coeficientes técnicos. Por outro lado, as relações de produção que se estabelecem entre os sectores considerados nos modelos IO permitem obter o conjunto de possibilidades de produção admissível, no contexto das interdependências sectoriais.

A análise IO da economia utiliza representações matriciais de um dado espaço (país ou região) para estudar os efeitos ou alterações induzidos por uma indústria/ramo às outras. Assim, a base da análise assenta no estudo da interdependência entre os ramos de produção e de consumo (entendendo este no sentido amplo de “utilização”) numa economia, evidenciando as inter-relações que se estabelecem entre os diversos setores que compram bens e serviços a outros setores e que, por sua vez, produzem bens e serviços que são vendidos a outros setores. Num modelo onde os setores de atividade numa economia estão interligados entre si, os efeitos de um choque/variação por via exógena num deles (i.e., variação do nível da atividade/choque da procura) propagam-se aos sectores de atividade que são fornecedores deste, por via dos consumos intermédios (efeito multiplicador). A análise input-output permite, assim, medir o efeito no total da economia, decorrente de uma variação de fornecimentos intersectoriais. A análise IO permite quantificar sistematicamente as inter-relações mútuas entre vários sectores de um sistema económico complexo (*Leontief*, 1985).

⁶⁷ Walras (1874).

A maioria dos países industrializados dispõe de tabelas IO, complementando as estatísticas de Rendimento Nacional e constituindo um imprescindível instrumento para a preparação de planos de desenvolvimento macroeconómico/regional. Esta técnica esteve associada à criação de um Sistema Europeu de Contas Económicas Integradas (SEC), constituído por um conjunto coerente de contas e quadros, com o objetivo de se obter uma visão sistemática, comparável e o mais completa possível das atividades económicas dos Estados membros da UE.

Em termos formais, numa economia com n setores, a produção bruta do ramo i , x_i , é dada por:

$$\forall i = 1, 2, \dots, n \quad \sum_j x_{ij} + y_i = \sum_j a_{ij} x_j + y_i = x_i \quad (1)$$

em que a_{ij} representa o coeficiente técnico do ramo j em produto i dado pelo rácio

$$a_{ij} = \frac{x_{ij}}{x_j} \quad (2)$$

e a afetação dos inputs provenientes do ramo j é dada pela expressão:

$$\forall j = 1, 2, \dots, n \quad \sum_i x_{ij} + m_j + t_j + w_j = x_j \quad (3)$$

Definindo a matriz de coeficientes técnicos A e os vetores da produção x e da procura final y , temos:

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & \dots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix}; \quad x = \begin{bmatrix} x_1 \\ \vdots \\ x_n \end{bmatrix}; \quad y = \begin{bmatrix} y_1 \\ \vdots \\ y_n \end{bmatrix}$$

$$\begin{bmatrix} a_{11} & \dots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} x_1 \\ \vdots \\ x_n \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} y_1 \\ \vdots \\ y_n \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} x_1 \\ \vdots \\ x_n \end{bmatrix} \quad (4)$$

$$Ax + y = x \quad (5)$$

Ou seja, a produção total, x , é igual à soma da procura final, y , e os consumos intermédios, $A \cdot x$. A matriz dos coeficientes técnicos, A , descreve as interdependências entre os diferentes ramos da economia, que derivam destes cruzarem entre si procuras intermédias, que são passos necessários à satisfação duma certa procura final. A solução da equação (5) é dada por:

$$x = [I - A]^{-1} \cdot y \quad (6)$$

Em que a matriz $[I - A]^{-1}$ é a matriz inversa de *Leontief* e o elemento genérico desta matriz representa a quantidade do produto i que é necessária para satisfazer, quer direta quer indiretamente, o aumento de uma unidade da procura final do ramo j .

Tendo em conta a equação (6), uma variação da procura final (Δy) induzirá uma variação da produção total (Δx), dada por:

$$\Delta x = [I - A]^{-1} \cdot \Delta y \quad (7)$$

A análise IO da economia utiliza representações matriciais de um país para estudar efeitos ou alterações duma indústria/ramo nas outras. De facto, a matriz inversa de *Leontief* é muito importante na avaliação de impactos na produção, pois estabelece a relação entre a procura final (Δy) e o valor da produção (Δx), permitindo calcular os impactos totais (diretos e indiretos) de uma variação da procura final de um determinado ramo económico, na produção de todos os outros ramos da economia. Estes operadores são designados por “multiplicadores de *Leontief*” ou multiplicadores de produção (totais ou parciais).

Na terminologia matricial do modelo IO, o elemento exógeno que induz um impacto ao aparelho produtivo é representado pelo vetor Δy em que y é um vetor ($n \times 1$), representando em cada linha um valor das utilizações de produtos em procura final.

Multiplicando a matriz dos coeficientes técnicos A com este vetor Δy , obtém-se o vetor do impacto direto da variação da procura, induzida na produção dos sectores, e dado pela seguinte expressão vetorial:

$$A \cdot \Delta y \quad (8)$$

Multiplicando a matriz inversa de *Leontief* pelo vetor da variação da procura final, Δy , obtém-se um vetor da variação final da produção (impacto direto e indireto) induzida pela referida variação desta componente exógena. Na terminologia matricial, temos:

$$[I - A]^{-1} \cdot \Delta y \quad (9)$$

Albuquerque e Lopes (2010) usaram o vector da procura final dada pelo DPP, y , como ponto de partida. Na base dos dados do Inquérito às Despesas familiares, obtiveram o peso dos idosos nas Despesas totais das famílias; usando agora as projeções demográficas do INE para 2050, obtiveram um novo peso da população idosa (no Cap. 1, as projeções do INE/Eurostat mostram aumento significativo do peso da população idosa em 2050). Com esta informação, os autores obtiveram um novo vector da procura final, sendo possível calcular a variação da nova procura final com a inicial.

Usando agora a equação (9), os autores puderam calcular o impacto da variação da procura final, induzida pelo envelhecimento, na atividade de todos os sectores da economia. Os resultados encontram-se sumariados nos quadros seguintes:

Quadro 5. 10: Principais impactos positivos do consumo do envelhecimento - sectores

CAE	ATIVIDADE	ALTERAÇÃO %
33	Medical, precision and optical instruments, watches and clocks	18,47
24	Chemicals, chemical products and man-made fibres	13,66
45	Construction work	7,5
40	Electrical energy, gas, steam and hot water	5,3
05	Fish and other fishing products; services incidental of fishing	4,72
85	Health and social work services	4,09
14	Other mining and quarrying products	4,06

Fonte: Albuquerque e Lopes (2010)

O sector da CAE 33, relacionado com serviços médicos, apresenta maior variação positiva devido ao envelhecimento populacional, seguido do sector de produtos químicos. Os impactos negativos nos sectores encontram-se identificados no quadro seguinte:

Quadro 5. 11: Principais impactos negativos do consumo do envelhecimento - setores

CAE	ATIVIDADE	ALTERAÇÃO %
75	Public administration and defence services; compulsory social...	-13,29
80	Education services	-11,67
30	Office machinery and computers	-8,92
32	Radio, television and communication equipment and apparatus	-8,53
65	Financial intermediation services, except insurance and pension...	-8,35
67	Services auxiliary to financial intermediation	-8,35
34	Motor vehicles, trailers and semi-trailers	-8,07
91	Membership organisation services n.e.c.	-7,86
22	Printed matter and recorded media	-7,69
50	Trade, maintenance and repair services of motor vehicles	-6,34
92	Recreational, cultural and sporting services	-5,99
16	Tobacco products	-5,89
71	Renting services of machinery and equipment without operator	-5,82
52	Retail trade services, exc. of motor vehicles and motorcy	-5,8
35	Other transport equipment	-5,72
72	Computer and related services	-5,5
31	Electrical machinery and apparatus n.e.c.	-5,35

Fonte: Albuquerque e Lopes (2010)

Os autores concluem: “Supposing that these structures remain unchanged between 2005 and 2060, but considering the effects of demographic changes (the process of significant ageing of the Portuguese population visible in the demographic projections conducted by INE), we quantify final

demand and productions in 2060 and the corresponding (significant) percentage changes in this long period of time, even if the values of global domestic consumption are the same in both of the limiting years. ...

As would be expected, some sectors gain importance in an ageing society (Medical instruments; Chemical products – pharmaceuticals; Health services; Electricity, gas and water, etc.), while other sectors suffer a relative decline (Public administration and defence services, compulsory social security services; Education services; Office machinery and computers; Radio, television and communication equipment and apparatus; Tobacco products; Other transport equipment; etc.).

Input-output analysis is a convenient methodology to quantify these changes, because it gives not only the direct effects on demands and outputs but also the indirect and induced effects via multipliers and sectoral linkages.” (p. 10)

Este exercício, embora com severas limitações reconhecidas pelos próprios autores, apresenta tendências consistentes com os exercícios de “equilíbrio parcial” como do Cap. 7 sobre os impactos do envelhecimento na procura de algumas profissões – serviços de apoio social, serviços médicos, etc. O interesse do estudo de Albuquerque e Lopes (2010) ressalta na identificação de uma série de impactos indiretos, como na produção do sector farmacêutico, dos serviços de transportes, etc., efeitos esses consistentes com o cenário do desenvolvimento do Turismo Médico em Portugal.

Anexo: C2 - “Não podemos falhar”

No documento do DPP, encontra-se ainda um segundo cenário, mais otimista, baseado no sucesso de introdução de profundas reformas estruturais, permitindo adaptabilidade e ganhos de competitividade à economia portuguesa. De acordo com o DPP, (P. 54-5) neste “Cenário onde confluem um conjunto de desenvolvimentos (de mudança) endógenos ao funcionamento da economia e sociedade portuguesas, os quais se cruzaram com algumas forças de mudança externas/globais, e cujas interações fazem com que as três décadas posteriores a 2011 tenham sido únicas em termos de dinâmica de crescimento, elevação da capacidade competitiva e reorganização sectorial, institucional e societal no nosso país.

Portugal realizou um conjunto de alterações estruturais no funcionamento e posicionamento da sua economia, tendo implementado políticas capazes de estimular a inovação, a criatividade, a melhoria tecnológica e de orientar a economia para uma “subida” na cadeia de valor.

A consciencialização de que apostas e investimentos a curto prazo não seriam suficientes para projectar e construir uma economia suficientemente competitiva e inovadora a 20 ou 30 anos de distância mobilizou a sociedade para trabalhar simultaneamente o curto e o longo prazo.

Portugal conseguiu melhorar significativamente o seu desempenho económico. De facto, não só as taxas de crescimento do produto apresentaram melhorias significativas, como a diversificação para sectores e clusters mais intensivos em conhecimento, I&DT, inovação e criatividade, permitiu absorver um número significativo de mão-de-obra crescentemente qualificada. As transformações ocorridas de forma sustentada e sistemática nos sistemas de ensino e formação, integrados numa intensa e acelerada globalização e mudança tecnológica e societal, permitiram que o país se integrasse em redes globais de conhecimento e que tivesse apostado na internacionalização e atracção de talentos.

Desenvolveu-se uma ligação mais estreita e estratégica entre o sistema de Ciência e Tecnologia e o sistema de Inovação e sua relação com a capacidade empreendedora, associada a um processo de regeneração institucional e da capacidade endógena da sociedade portuguesa em gerar capital

social, aumentando o nível de credibilidade e confiança nas instituições e fazendo emergir uma forma “orgânica” de visão e liderança estratégicas no âmbito da qual as principais prioridades e apostas da economia portuguesa eram relativamente claras, partilhadas e apropriadas por uma parte significativa da sua população.

Tiveram lugar profundas transformações nos processos de ordenamento e urbanização do território nacional e no papel das cidades, centrado fundamentalmente na compactação e na nova construção, com um edificado mais apropriado às crescentes necessidades de eficiência energética e de uso e reutilização da água. A “clusterização” cada vez mais densa da economia portuguesa, apoiou-se em redes de cidades habituadas a pensar e a actuar de forma intensa e proactiva nas vertentes de inovação, empreendedorismo e competitividade internacional.

6. Estruturas e Medidas Existentes de Apoio à População Idosa

Nos últimos 15 anos, tem-se vindo a investir no desenvolvimento de uma rede de serviços e equipamentos sociais, ajustada à realidade portuguesa de modo a poder dar resposta às necessidades de certos grupos alvo da população, nomeadamente, a população idosa tendo também em atenção a população mais carenciada. Esta resposta prende-se com a criação de uma rede de serviços e equipamentos sociais assentando numa vertente quantitativa, que no caso dos idosos tem em atenção o envelhecimento da população, e numa vertente qualitativa de modo a garantir uma melhor qualidade de vida.

A implementação da Rede Social nos Concelhos foi organizada de acordo com as seguintes etapas: sessões de informação; elaboração de Regulamento Interno; constituição do CLAS⁶⁸ e designação de um Núcleo Executivo; elaboração e aprovação de instrumentos de planeamento (diagnóstico social concelhio, plano de desenvolvimento social, planos de ação anuais subsequentes

Neste contexto é de salientar o papel que é assumido pelas instituições de solidariedade social, nomeadamente através de acordos de cooperação celebrados com o Estado entre as quais se destacam de acordo com o Artigo 2^a do Capítulo I do Decreto-Lei nº119/83 de 25 de Fevereiro, associações de solidariedade social, associações de voluntários de acção social, associações de socorros mútuos, fundações de solidariedade social e irmandades da Misericórdia. Estas entidades podem agrupar-se em uniões, federações e confederações, assumindo papel determinante na intervenção social com os grupos mais carenciados e vulneráveis, sendo também aquelas que têm desenvolvidas ações próximas das necessidades destas populações.

Com a publicação do Decreto-Lei 115/2006, de 14 de junho, foi regulamentada a Rede Social e veio dar um novo impulso às redes. Os seus principais ganhos foram: a legitimação da Rede Social; o seu reconhecimento enquanto instância de planeamento e, conseqüentemente, a revitalização das dinâmicas locais; a validação da competência para emissão de pareceres sobre os investimentos

⁶⁸ O Conselho Local de Ação Social, designado por CLAS, rege-se nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº197/97, de 18 de Novembro, do Despacho nº8/2002, de 12 de fevereiro e de demais legislação complementar. As CLAS coordenam as atividades e a intervenção das instituições de solidariedade social. Ver Marques e Barreto (2010), um estudo sobre os 10 anos de experiência na luta contra a pobreza e a exclusão social.

públicos em projetos, serviços, equipamentos e respostas sociais; a introdução da possibilidade de adesão/participação de novos atores; a constituição de plataformas de âmbito territorial supraconcelhio. Estas Plataformas vieram preencher um espaço de articulação da rede social no plano supraconcelhio, de forma a garantir a concertação e o planeamento a este nível.

Com base no artigo 63º, n.º 5 da Constituição da República Portuguesa, bem como nos princípios orientadores do subsistema de ação social, definidos na Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, o qual define as bases gerais do sistema de segurança social, estabelecem-se princípios de uma parceria público/social, através de protocolo tendo por base uma partilha de objetivos e interesses comuns ao mesmo tempo que define obrigações e responsabilidades entre o Estado e as Instituições⁶⁹. Essencialmente os protocolos são celebrados com caráter anual e têm por objetivo essencial fixar o valor da comparticipação financeira da Segurança Social relativamente ao custo das respostas sociais, de harmonia com o estabelecido na Norma XXII, n.º 2 e 4, do Despacho Normativo n.º 75/92, de 20 de Maio.

O último protocolo celebrado reflete também a atual situação de crise e os compromissos assumidos pelo País, derivados do Memorando de Entendimento sobre as Contingências da Política Económica que obriga a reduzir os subsídios a entidades produtoras de bens ou prestadoras de serviços. Definiu o atual Governo um Programa de Emergência Social (PES) que possibilita uma flexibilização e maximização das capacidades instaladas, nomeadamente em lares de idosos, a inovação e alargamento dos serviços de apoio domiciliário, o incentivo aos centros de noite, permitindo aos idosos a manutenção da sua residência e do seu quotidiano diurno autónomo, mas precavendo e apoiando a sua segurança no período noturno; a instalação de uma rede solidária de cantinas sociais, através do reforço da capacidade e utilização desta resposta, alargando os serviços e número de pessoas que podem beneficiar da satisfação das suas necessidades alimentares.

Assim, é importante uma análise da situação das estruturas existentes de apoio à população idosa incluindo as estruturas de saúde, quer do sector lucrativo quer do sector não lucrativo bem como a qualificação do pessoal ao serviço nas mesmas.

⁶⁹ Ver Sousa (2012, p. 7) sobre as outras óticas da relação Estado e as IPSS, nomeadamente, a das instituições serem iniciativas locais, com uma longa tradição histórica, cultural e social, não podendo ser consideradas somente como instrumentos de outsourcing do Estado na provisão de serviços de apoio social ou de saúde às populações.

A realização de uma análise SWOT permitirá perspectivar os factores positivos para o desenvolvimento das estruturas existentes assim como identificar alguns dos principais constrangimentos.

6.1. Estruturas existentes no âmbito do sistema de proteção social

Em Portugal Continental, por referência a 2011, conforme dados da Carta Social e dos Quadros de Pessoal, identificaram-se mais de 6 000 entidades proprietárias de equipamentos sociais. Destas 52% pertencem a entidades não lucrativas e 48% a entidades com fins lucrativos. Ainda de acordo com os dados da referida fonte, 61,4% das entidades do sector não lucrativo são IPSS e 3,0% são entidades equiparadas a IPSS. O número total de IPSS identificadas é de aproximadamente de 4060.

De acordo com a listagem das IPSS da DG da Segurança Social, em 2011, existiam 5.064 IPSS, 137 Cooperativas e 110 Casa de Povo no Continente, totalizando em 5 311 IPSS ou equiparadas. Este total é próximo do valor apresentado no estudo de Canha (2010, p. 11), onde consta uma distribuição por distritos, reproduzida no seguinte quadro:

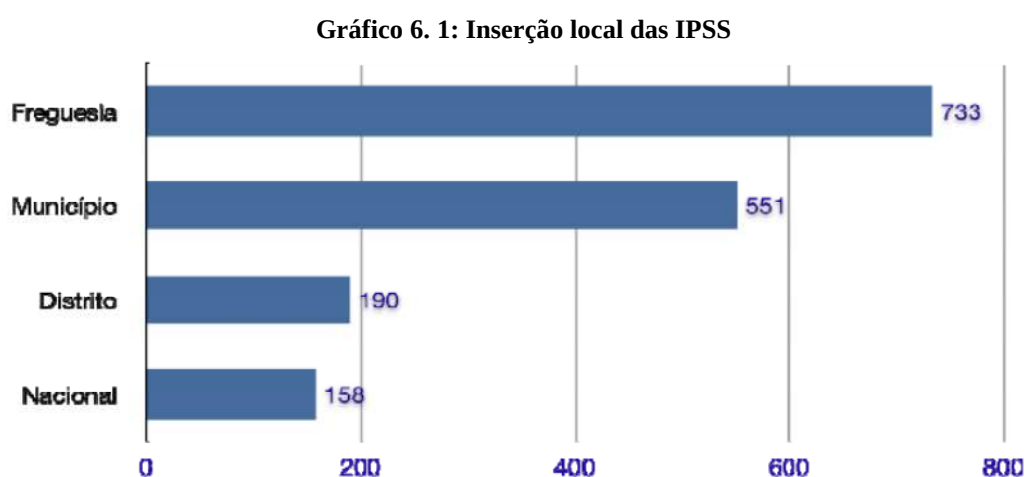
Quadro 6. 1: Distribuição geográfica das IPSS, 2009

Distrito	Nº IPSS	Equiparadas Cooperativas	Equiparadas Casa Povo	Total	
	(1)	(2)	(3)	(4) Nº	(5) %
Aveiro	319	10	6	335	6,4%
Beja	103	2	11	116	2,2%
Braga	445	17	21	483	9,2%
Bragança	156	1	0	157	3,0%
Castelo Branco	175	0	1	176	3,4%
Coimbra	277	3	8	288	5,5%
Évora	182	5	4	191	3,6%
Faro	154	3	3	160	3,0%
Guarda	348	1	1	350	6,7%
Leiria	199	10	6	215	4,1%

Lisboa	930	33	4	967	18,4%
Portalegre	112	1	4	117	2,2%
Porto	559	18	8	585	11,1%
Santarém	256	3	2	261	5,0%
Setúbal	212	16	8	236	4,5%
Viana do Castelo	160	0	5	165	3,1%
Vila Real	146	1	5	152	2,9%
Viseu	286	3	6	295	5,6%
Total	5.019	127	103	5.249	

Fonte: Canha (2010, p. 11), cálculo dos autores

Os grandes centros urbanos, nomeadamente, Lisboa, Porto e Braga, com grande peso populacional, apresentam quase 40% do total das IPSS. No entanto, em termos de inserção local e territorial das IPSS, o inquérito realizado pelo Banco Alimentar em 2010 revela melhor uma característica importante dessas instituições – a proximidade às populações servidas. Por outras palavras, a maioria das IPSS inquiridas tem uma inserção local das respetivas atividades: assim, 44,9% trabalham ao nível da freguesia e 33,8 % no âmbito municipal: “O nível local, paroquial (freguesia) ou municipal, constitui o âmbito de intervenção por excelência das instituições” (Banco Alimentar, 2010, p. 6).



Fonte: Banco Alimentar et al. (2010, p. 6)

Os serviços de proximidade são prestados por instituições públicas ou por instituições de solidariedade (Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Cooperativas, Centros Sociais e Paroquiais, etc., bem como por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos). Estando perto dos utentes, estes serviços adaptam-se com maior celeridade às necessidades dos idosos e consequentes alterações das infraestruturas, constituindo uma potencial vantagem intrínseca destas instituições.

O estudo de Metelo (2010)⁷⁰ apresenta um sumário dos principais programas de apoio público destinadas às instituições de solidariedade/apoio social:

- ▶ Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) – criado em 2006, visa através do desenvolvimento de serviços e equipamentos sociais, elevar o nível de vida das pessoas idosas, melhorar as condições de vida e de acompanhamento das pessoas com deficiência e promover o apoio a crianças e jovens, à família e à comunidade em geral. Os incentivos do PARES destinam-se a obras de construção de raiz, de ampliação, remodelação ou aquisição de edifícios ou frações.
- ▶ Medida de Apoio à Segurança dos Equipamentos Sociais (MASES) - criada em 2008, cujo apoio financeiro se destinou à realização de obras em estabelecimentos de apoio social nos quais se verificasse a necessidade de adaptação de instalações e substituição de materiais e equipamento, em especial aqueles cuja ausência ou deficiente funcionamento pudesse colocar em causa a segurança, o bem estar e a qualidade dos serviços prestados.
- ▶ Apoio ao Investimento em Respostas Integradas de Apoio Social (Medida **6.12 – POPH**) – medida de apoio para o desenvolvimento das respostas sociais destinadas designadamente a pessoas idosas e a pessoas com deficiência. À semelhança do programa PARES, esta medida financia a aquisição de edifício ou fração, a construção de raiz ou a adaptação, remodelação ou ampliação dos edifícios e frações.
- ▶ Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES) - criado em 2006, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento da RSES através da concessão de incentivos ao investimento privado mediante a comparticipação da componente de juros do empréstimo bancário, apostando nomeadamente na criação de novos lugares em

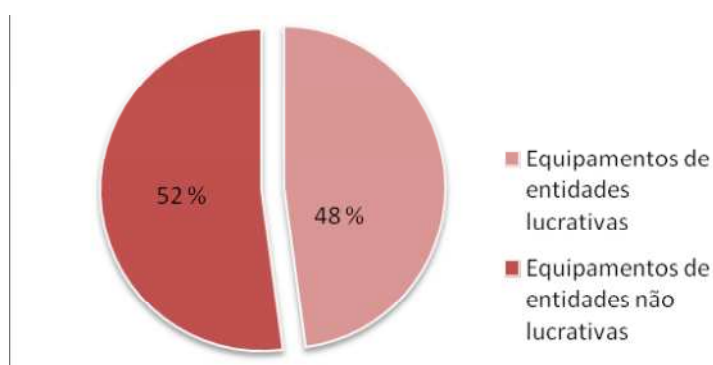
⁷⁰ Metelo et al. (2010).

respostas sociais destinadas a crianças, pessoas idosas ou pessoas com deficiência.

6.2. Equipamentos das entidades lucrativas e não lucrativas

Segundo os dados da Carta Social da Segurança Social, os equipamentos sociais distribuem-se de acordo com o gráfico que a seguir se apresenta:

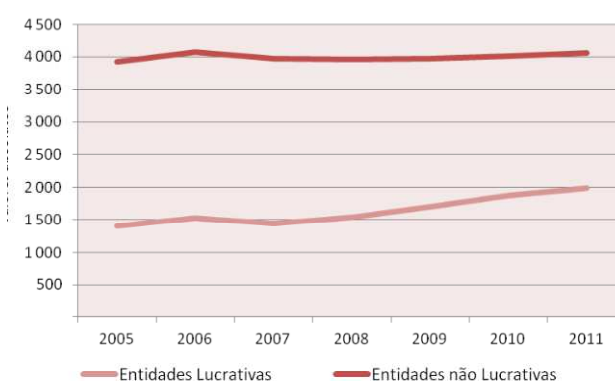
Gráfico 6. 2: Equipamentos das entidades lucrativas e não lucrativas



Fonte: Carta Social 2011, Folha Informativa, Agosto 2012

Em termos de evolução de entidades proprietárias de equipamentos sociais, tem-se verificado desde 1998 e, especialmente desde 2005, um crescimento de entidades quer com fins lucrativos, quer sem fins lucrativos. Em termos de evolução das entidades proprietárias das diferentes respostas sociais, observa-se:

Gráfico 6. 3: Evolução das entidades proprietárias segundo a natureza jurídica



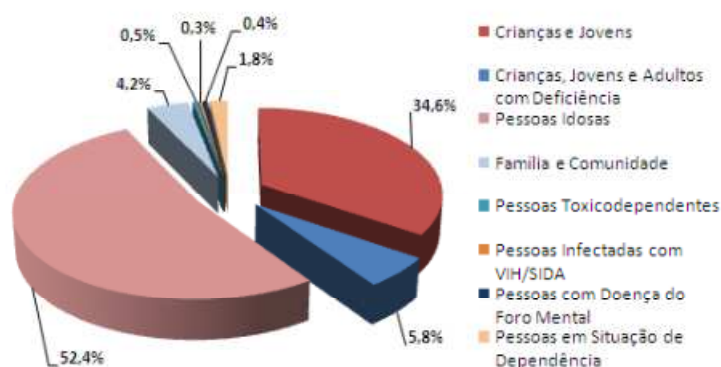
Fonte: Carta Social (2011)

Por comparação a 2010, a abertura de equipamentos do sector privado-lucrativo revela uma diminuição (quer ao nível do peso que representam, quer em termos absolutos), o que poderá estar relacionado com a atual situação financeira das empresas e o aumento da oferta da rede solidária.

No que concerne às respostas sociais, o peso das respostas de entidades não lucrativas, que entraram em funcionamento em 2011, acentuou-se, por referência a 2010, o que revela o peso do sector solidário na RSES e sobretudo o papel que tem desempenhado no presente contexto socioeconómico no apoio às populações mais vulneráveis.

As diferentes respostas sociais destinam-se a diferentes públicos-alvo, nomeadamente crianças e idosos. As respostas sociais destinadas à população idosa representam 52,4 % do total conforme se pode verificar no gráfico a seguir apresentado.

Gráfico 6. 4: Respostas sociais por população alvo



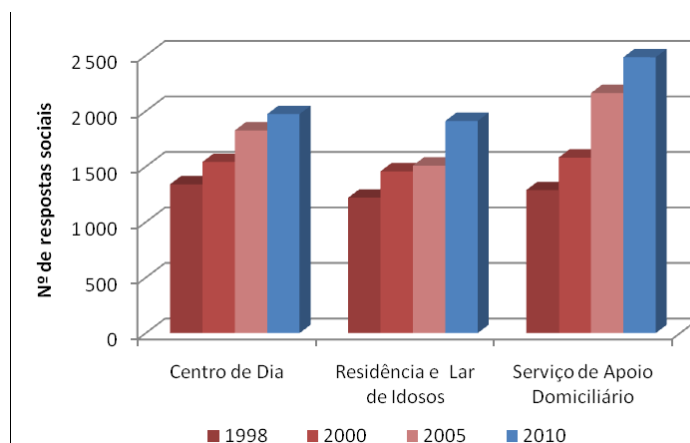
Fonte: Carta Social (2011)

Desde 1998, o tipo de respostas sociais, que apresentaram mais crescimento foram as destinadas a pessoas idosas (+67%), enquanto as destinadas a crianças e jovens o aumento verificado foi de 26,5%.

Nas respostas sociais para população idosa, verificaram-se os seguintes aumentos:

- Centros de dia: 47,1%
- Lares de idosos; 56,6%
- Serviço de apoio domiciliário (SAD): 92,9%

Gráfico 6. 5: Evolução das respostas sociais para pessoas idosas 1998-2010



Fonte: Carta Social (2011)

A capacidade instalada total aumentou 68% com a existência de mais 91300 lugares, verificando-se que taxa de utilização dos Lares é de 95,3%, do Serviço de apoio domiciliário de 83,9% e dos Centros de dia de 65%.

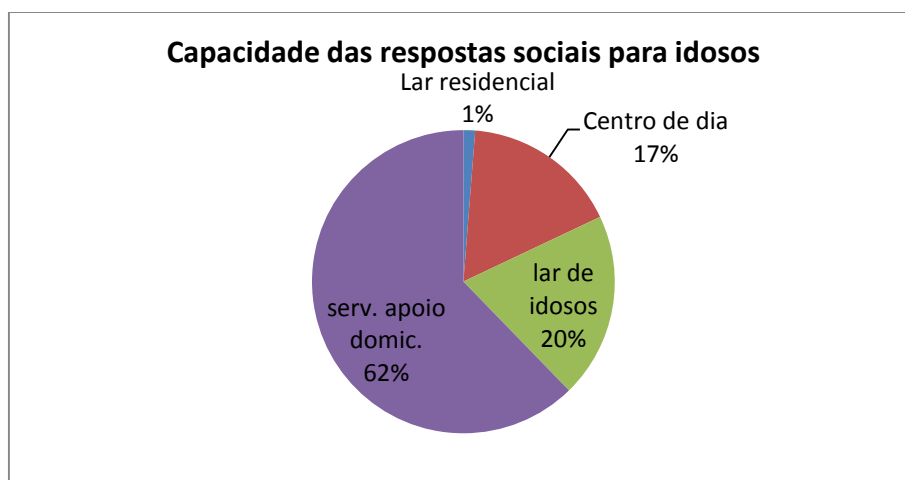
Quadro 6. 2: Número de respostas sociais por modalidade e respectiva capacidade

Modalidade	Número de respostas sociais	Capacidade
Lar residencial	214	4 778
Centro de dia	1 997	63 166
Lar de idosos	1 972	74 851
Serviço de apoio domiciliário	157	92 971
TOTAL	4 340	235 766

Fonte: Carta Social (2011)

O Serviço de apoio domiciliário (62%) é a resposta social que apresenta maior capacidade sendo os lares residenciais (1%) a que apresentam menor capacidade.

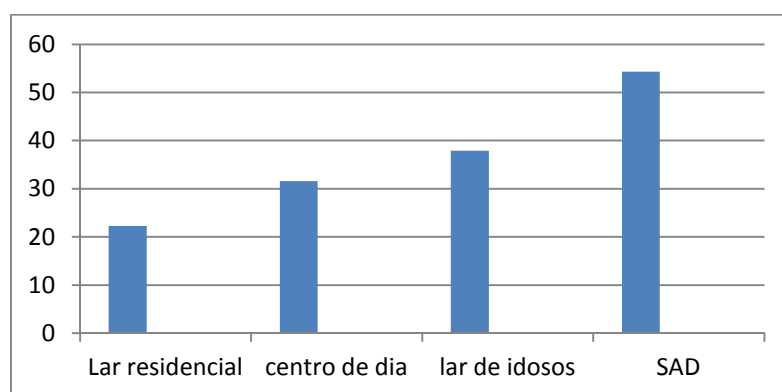
Gráfico 6. 6: Capacidade das respostas sociais



Fonte: Carta Social (2011)

Analisando a capacidade das respostas sociais por número das mesmas verifica-se serem os SAD (54,3) o que apresentam valores mais elevados conforme se pode verificar pelo gráfico seguinte:

Gráfico 6. 7: Capacidade das respostas sociais por numero das mesmas



Fonte: Carta Social, 2011

Deve ter-se em atenção que a ocupação existente nas diferentes respostas sociais não é, em muitos casos, de 100%. Mesmo quando para certas entidades existe uma ocupação a 100%, havendo por isso listas de espera muitas vezes com dimensão significativa, outras entidades têm para a mesma modalidade capacidade disponível. A situação mais preocupante existente nos lares é a das listas de espera que são, por vezes, 3 a 4 vezes superior à capacidade dos mesmos.

Pelo contrário, os Centros de dia são a valência em que a capacidade disponível é maior. O comportamento é contudo diferente conforme se trate de zonas urbanas ou metropolitanas e zonas rurais. Existe habitualmente uma percepção de que os SAD são a resposta social que maiores potencialidades apresentam, quer do ponto de vista das populações idosas, ao permitirem uma maior permanência em suas casas, quer do ponto de vista das entidades as quais poderão conseguir uma gestão de recursos mais equilibrada.

6.3. Estruturas no âmbito do sistema de saúde, mais direcionada para idosos

Para além das respostas sociais direccionadas para idosos e, como anteriormente foi dito, resultante de uma articulação entre IPSS e MSSS, existe também uma resposta social no domínio da saúde suportada por protocolos entre as IPSS e o Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério da Solidariedade e Segurança Social. De notar que esta resposta social não se destina exclusivamente à população idosa.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) é formada pelo conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Trata-se de uma dinâmica de desenvolvimento organizacional dos sistemas de saúde e de apoio social para a implementação de novos serviços e para a promoção da continuidade dos cuidados de saúde e apoio social numa forma descentralizada e num sistema de prestações adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente. Desta forma, o utente pode aceder aos cuidados necessários, no tempo, local e pelo prestador mais adequados, constituindo os serviços da RNCCI como um conjunto de cuidados para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada como forma de resposta.

A integração de cuidados é entendida em Portugal como “a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assentes numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos” (alínea e) do art.3.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Os termos cuidados integrados e cuidados continuados são frequentemente utilizados como sinónimos, no entanto, importa realçar as diferentes conotações. Os cuidados integrados são um conceito mais lato, abarcando a perspectiva do utente associada às implicações de gestão, economia e tecnologia dos serviços (Dias e Santana, 2009). Os cuidados continuados têm como objectivo a criação de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através de respostas integradas no domicílio ou em ambulatório (Despacho conjunto do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, n.º 407/98, de 18 de Junho).

Destes dois conceitos decorre a definição de Cuidados Continuados Integrados (CCI): “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (alínea a do art.3.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho).

As respostas da RNCCI estão dirigidas às necessidades derivadas da:

- Dependência funcional transitória decorrente do processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada e terminal.

Nas situações em que o utente está internado em Unidades de Internamento de Média e de Longa Duração, são cobrados de acordo com a capacidade económica de cada utente, quando se justificar, e em função dos seus rendimentos, apenas os custos relativos a cuidados de apoio social, uma vez que os custos dos tratamentos de saúde são assegurados, sem qualquer despesa para o utente. Nos casos de internamento em Unidades de Convalescença e em Unidades de Cuidados Paliativos, não são cobrados quaisquer custos ao utente.

As Unidades de Convalescença destinam-se a internamentos até 30 dias consecutivos, tem a direcção de um médico e presta cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer (Decreto-Lei n.º 101/06, de 06 de Junho).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa, e compreende internamentos superiores a 30 e inferior a 90 dias consecutivos.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento de situações de dependência, proporcionando qualidade de vida, num período superior a 90 dias consecutivos. Esta unidade pode também assegurar dificuldades no apoio familiar e auxílio ao cuidador principal no período em que este necessite de descanso, nestas situações temporárias, o internamento é inferior a 90 dias.

As Unidades de Cuidados Paliativos são localizados preferencialmente num hospital e asseguram o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável ou progressiva.

As respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representam 67% do total de acordos celebrados (69% em 2010), representando a contratação de 3 643 camas, 65% da oferta. No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representa 51% do total de acordos celebrados (53% em 2010), com 2 569 camas contratadas, correspondendo a cerca de 46 % do total de camas. Com as Entidades privadas com fins lucrativos foram celebrados 52 acordos, representando 20% de acordos celebrados (18% em 2010), com 1 423 camas contratadas, representando 25 % da capacidade instalada da RNCCI.

Quadro 6. 3: Acordos celebrados por tipo de entidades

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas	% camas por acordos celebrados
		(31.12.11)		(31.12.11)	
SNS		32	13%	529	9,5%
IPSS	SCM	131	51%	2.569	45,9%
	OUTRAS	41	16%	1074	19,2%
TOTAL IPSS		172	67%	3.643	65,1%
PRIVADA com fins lucrativos		52	20%	1423	25,4%
TOTAL		256		5.595	

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social; SNS: Serviço Nacional de Saúde

Fonte: Relatório RNCCI (2011)

Entre 2010 e 2011, verificou-se que dos 38 novos acordos celebrados, 21 foram da responsabilidade das IPSS e destas 15 foram de Misericórdias.

Quadro 6. 4: Evolução 2010 -2011 das entidades prestadoras

Entidade Prestadora		31.12.10		31.12.11		Variação	
		N.º de acordos	N.º de camas contratadas	N.º de acordos	N.º de camas contratadas	acordos	camas contratadas
SNS		27	425	32	529	19%	24,5%
IPSS	SCM	116	2.241	131	2.569	13%	14,6%
	OUTRAS	35	823	41	1074	17%	30,5%
	TOTAL IPSS	151	3.064	172	3.643	14%	18,9%
PRIVADA com fins lucrativos		40	1136	52	1423	30%	25,3%
TOTAL		218	4.625	256	5.595	17%	21,0%

Fonte: Relatório RNCCI (2011)

A capacidade por serviço prestado aponta para uma evolução positiva do número de camas à disposição da população idosa, com um crescimento total de 21%, tendo-se verificado um aumento significativo em todos os tipos de serviços. Contudo, a capacidade para cuidados paliativos continua a ser muito reduzida.

Considerando a população de 65 e mais anos, para o Continente, de acordo com o Censos 2011, verifica-se que o número de camas por 100 000 habitante é a seguinte:

- Unidade de convalescença - 56
- Unidades de média duração de reabilitação - 107
- Unidades de longa duração de reabilitação - 169
- Unidades de cuidados paliativos – 12

Quadro 6. 5: Cobertura populacional, por regiões

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	UC				UMDR			
		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31/12		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31/12	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Norte	512.445	278	332	54	65	504	518	98	101
Centro	348.055	172	202	49	58	511	581	147	167
LVT	568.609	124	157	22	28	281	385	49	68
Alentejo	125.874	58	135	46	107	127	159	101	126
Algarve	73.613	50	80	68	109	74	104	101	141
TOTAL	1.628.596	682	906	239	56	1.497	1.747	92	107

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	ULDM				UCP			
		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31/12		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31/12	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Norte	512.445	697	891	136	174	35	43	7	8
Centro	348.055	722	779	207	224	40	45	11	13
LVT	568.609	423	571	74	100	63	75	11	13
Alentejo	125.874	261	292	207	232	12	17	10	14
Algarve	73.613	183	219	249	298	10	10	14	14
TOTAL	1.628.596	2.286	2.752	140	169	160	190	10	12

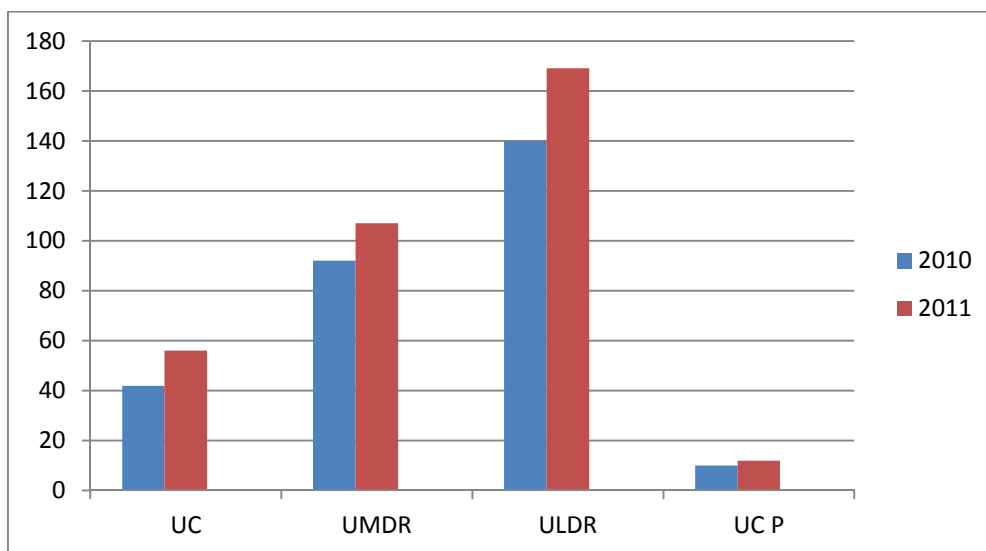
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	TOTAL				
		N.º de camas		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31/12		Variação
		2010	2011	2010	2011	
Norte	512.445	1514	1.784	295	348	17,8%
Centro	348.055	1445	1.607	415	462	11,2%
LVT	568.609	891	1.188	157	209	33,3%
Alentejo	125.874	458	603	364	479	31,7%
Algarve	73.613	317	413	431	561	30,3%
TOTAL	1.628.596	4.625	5.595	284	344	21,0%

Tabela 13: Cobertura populacional de lugares de internamento e comparação com 2010

Fonte: Relatório RNCCI (2011)

A evolução da situação entre 2010 e 2011 encontra-se no gráfico seguinte:

Gráfico 6. 8: Evolução do nº de camas por 100 000 habitantes de 65 e mais anos



Fonte: Relatório RNCCI (2011)

Salienta-se que a capacidade de assistência domiciliária, (ECCI) teve um crescimento muito significativo (85,8%), passando a dispor de 7 332 lugares a que corresponde a 376 lugares por 100 000 habitantes. Este valor é superior ao número de camas do RNCCI por 100 000 habitantes que é de 287, tendo assim um contributo muito significativo para o total de lugares do RNCCI que é de 12 997.

Quadro 6. 6: Cobertura População

2011 - COBERTURA POPULACIONAL COM POPULAÇÃO CENSOS 2011							
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	N.º de Camas	N.º Camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.11	N.º Lugares ECCI	N.º Lugares ECCI por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.11	N.º Lugares TOTAIS	N.º Lugares TOTAIS por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12.11
Norte	634.756	1784	281	1660	262	3444	543
Centro	395.294	1607	407	1522	385	3129	792
LVT	702.070	1188	169	2093	298	3281	467
Alentejo	129.033	603	467	617	478	1220	945
Algarve	88.404	413	467	1440	1629	1853	2096
TOTAL	1.949.557	5595	287	7332	376	12927	663

Fonte: Relatório RNCCI (2011)

6.4. Pessoal ao serviço por categorias profissionais/qualificações

O número do pessoal dos serviços de saúde e da protecção social dos idosos registou um crescimento significativo no passado recente. Contudo, o sistema de saúde, conforme já anteriormente foi afirmado, não se destina exclusivamente a idosos pelo que a identificação de pessoal ao serviço não é possível. De acordo com a ACSS, em 2008, exerciam actividade no Serviço Nacional de Saúde 128.572 profissionais, trabalhando nos Centros de Saúde 23,8% e 76,2% nos Hospitais. Como se pode verificar no quadro acima, nos últimos 20 anos, o total de pessoas agrupamentos profissionais do SNS aumentou mais de 25%. Saliente-se que o aumento mais significativo se verificou para o pessoal de enfermagem com um acréscimo de 56,2%. Por outro lado o pessoal administrativo, pessoal operário e pessoal auxiliar ou apresentam uma redução ou praticamente uma estabilidade.

Quadro 6. 7: Agrupamentos Profissionais entre 1990 e 2008

Agrupamentos profissionais	1990	1995	2008
Total	100870	107950	128572
Pessoal dirigente	984	833	838
Pessoal médico	20574	22539	24659
Outro pessoal técnico superior (1)	1649	2391	3926
Pessoal de enfermagem	24973	29685	39018
Pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica	4738	5513	7620
Outro pessoal técnico	916	98	130
Pessoal docente	181	459	128
Pessoal técnico profissional	1105	1090	1103
Pessoal de informática	x	288	534
Pessoal administrativo	16486	16288	16131
Pessoal operário	1945	1483	1266
Pessoal auxiliar (2)	27107	27068	27407
Outro pessoal	212	215	160

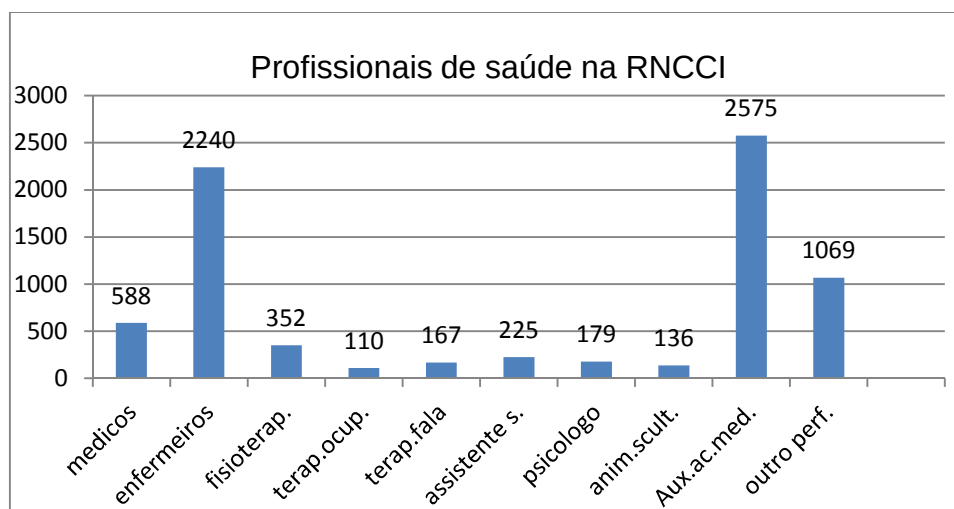
(1) Inclui a carreira de técnico superior de saúde (1513) e a carreira de técnico superior (2413). São valores referentes ao ano de 2008.

(2) Inclui o pessoal auxiliar (1578) e o pessoal dos serviços gerais (25829). São valores referentes ao ano de 2008.

Fonte: DMRS, Departamento de Modernização e Recursos de Saúde; ACSS

No âmbito da RNCCI, em 2010, existiam 7 681 profissionais de saúde, dos quais 33,5% eram auxiliares de acção médica e 29,2% eram enfermeiros.

Gráfico 6. 9: N° de profissionais de saúde do RNCCI



Fonte: Relatório RNCCI (2011)

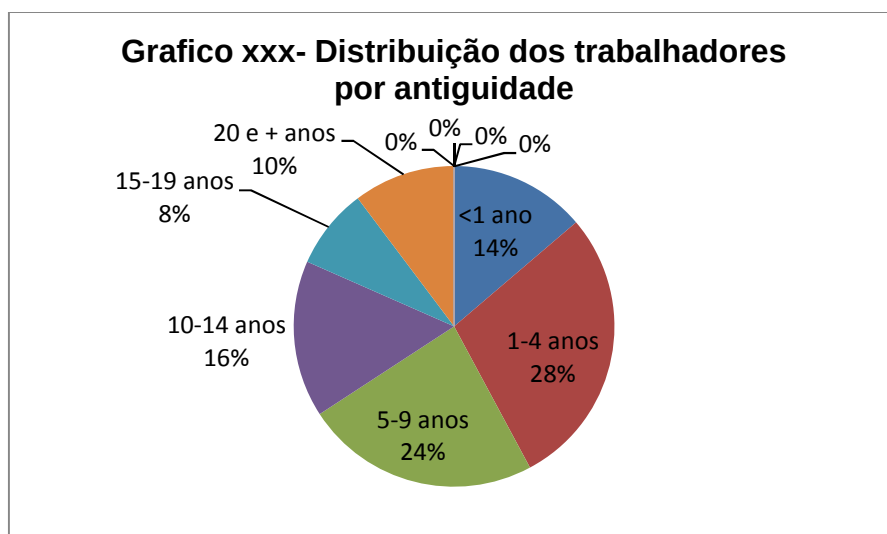
Em termos de sistema de protecção social, também é difícil de distinguir, de acordo com as fontes estatísticas disponíveis, os profissionais que trabalham exclusivamente no apoio a idosos. Assim, os dados divulgados nos Quadros de Pessoal não fazem essa separação habitualmente.

De acordo com os Quadros de Pessoal de 2011, e dados relativos a 2010, trabalhavam nos serviços de protecção social 115 milhares de pessoas, o que significa uma quebra em relação a 2009 onde prestavam serviço nesta actividade 123 milhares de pessoas.

Destes trabalhadores, em 2010, cerca de 65% tinham habilitações iguais ou inferiores ao ensino básico e 16,7% eram licenciados ou tinham habilitações superiores.

Em termos de antiguidade, cerca de 42% dos trabalhadores encontram-se a trabalhar nos estabelecimentos pertencentes às IPSS há 4 ou menos anos, mas deve salientar-se que 10% trabalham há mais de 20 anos, o que pode induzir uma necessidade de substituição da mão-de-obra nos próximos anos, possibilitando uma renovação.

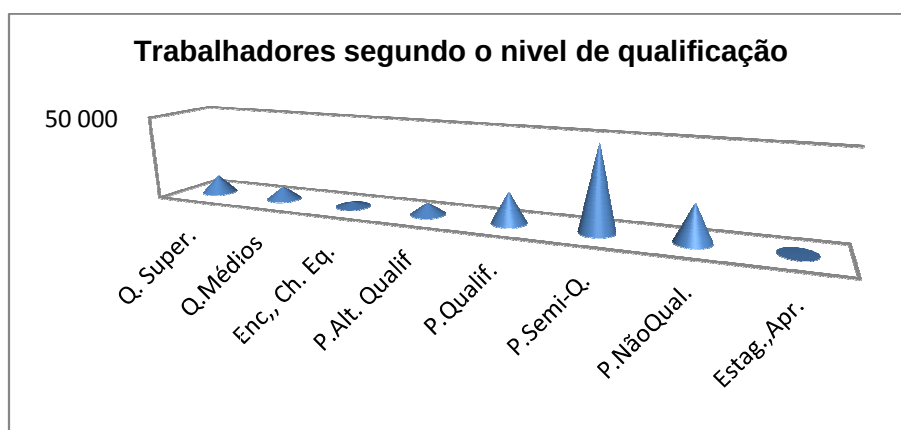
Gráfico 6. 10: Distribuição dos trabalhadores das IPSS por antiguidade



Fonte: GEP/MSSS, Quadros de Pessoal, 2011

Relativamente à qualificação dos trabalhadores, verifica-se que cerca de 62% dos mesmos são semi-qualificados ou não qualificados e apenas 9% são quadros superiores.

Gráfico 6. 11: Nível de qualificação dos trabalhadores



Fonte: GEP/MSSS, Quadros de Pessoal 2011

Esta situação reflecte a baixa qualificação dos trabalhadores das IPSS a qual tem sido, de certo modo, ultrapassada por uma política muito ativa de formação. Isso não impede que, se por um lado, os custos com pessoal refletem o peso significativo das baixas qualificações, por outro lado, impede

maiores ganhos de produtividade, uma maior introdução de novos métodos de funcionamento, com introdução de novas tecnologias o que poderia induzir redução de custos de funcionamento.

6.5. Estudos de Caso

6.5.1. Objetivos

O envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno que tem vindo a ser abordado sob várias perspetivas e disciplinas. Recentemente, os resultados provisórios dos Censos 2011 indicam que Portugal apresenta um índice de envelhecimento na ordem dos 129%, situação preocupante que urge continuar a compreender e a refletir.

Considerou-se relevante a realização de Estudos de Caso que, pelas suas características metodológicas, permitiu criar momentos de reflexão e análise, procurando identificar necessidades emergentes e alternativas de resposta e apoios para a população idosa e suas famílias.

Os Estudos de Caso efectuados procuraram identificar as respostas sociais mais inovadoras, efectivas e eficientes na provisão de serviços de apoio a pessoa idosa de acordo com os seguintes objectivos específicos:

- a. Caracterizar a população idosa, utente da instituição de apoio social
- b. Identificar as necessidades sentidas pela população idosa e seus familiares em termos de respostas sociais
- c. Identificar as respostas existentes e sua caracterização no quadro da instituição
- d. Identificar os principais problemas e desafios das IPSS

Com vista à prossecução destes objetivos, foram realizados 8 Estudos de Caso de Maio a Abril do corrente ano, junto de IPSS e Instituições da Santa Casa da Misericórdia localizadas em Lisboa, Alentejo e no Norte de Portugal, para se procurar obter uma perspetiva rural e urbana do fenómeno do envelhecimento.

6.5.2. Metodologia

Para a presente investigação de cariz qualitativo, de modo a direccionar um conhecimento assente numa abordagem de ordem compreensiva e interpretativa dos fenómenos, foi escolhido como metodologia, o estudo de caso, que se caracteriza por procurar compreender e explorar uma causa ou causas de um determinado acontecimento / fenómeno, e o processo ou processos que motivam ou desencadeiam esse fenómeno e que permitem explicar o mesmo e a forma como os sujeitos compreendem e interpretam a sua realidade social (comportamentos, decisões, crenças, valores, representações).

Na ótica de Guerra (2003), a metodologia qualitativa permite observar a interação do sujeito - sociedade e, em simultâneo, compreender os factos e as emoções que os acompanham e como se repercutem na sua vida. Permite também o confronto de dados empíricos com um determinado conjunto de conhecimentos teóricos, levando a interpretação dos resultados da pesquisa, construindo progressivamente um conhecimento conjunturalmente produzido. Deste modo, para a compreensão e análise das respostas e necessidades de apoio às pessoas idosas é necessário a participação dos seus sujeitos e o contacto com o seu quotidiano.

Para a recolha de informação utilizou-se a combinação de duas técnicas de investigação como sejam a análise documental (estudos, livros, jornais, publicações, internet, etc.) e a entrevista semi-estruturada. A primeira consistiu na investigação e organização de informação disponibilizada sobre indicadores sociais, dados demográficos, censitários, estudos vários que permitiram caracterizar a instituição e a freguesia que envolve o contexto onde se localiza a instituição.

A segunda técnica pela qual se optou como já referido foi a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e outras fechadas, e aplicada de forma presencial. Para a pesquisa qualitativa as entrevistas podem ter três funções, sendo que para o presente estudo, a função primordial é analítica em que se procura construir uma teoria interpretativa da realidade social, para depois se elaborarem interpretações avançadas que permitam a generalização independentemente do quadro de referência do estudo.

Foi elaborado um guião de entrevista (Cf. Elementos de Trabalho A) para cada grupo participante atendendo que se pretendeu entrevistar utentes de respostas sociais diferenciadas nos seus objetivos. Na construção dos guiões utilizaram-se indicadores sobre o conceito de qualidade de vida das escalas de respostas do WHOQOL-100 definidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO) que reconhece a multidimensionalidade deste conceito baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais. Para este estudo em questão, os indicadores selecionados foram retirados dos seguintes domínios: psicológico, nível de independência, relações sociais e meio-ambiente.

De modo a aferir a capacidade funcional do utente, isto é, a capacidade de autonomia para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e que permitem assegurar a possibilidade de se viver sozinho em contexto domiciliário, recorreu-se a dois instrumentos de avaliação da funcionalidade utilizados na prática clínica: Índice de Barthel e o Easy Care. Este último instrumento avalia o que a pessoa idosa sente que é capaz de fazer e não aquilo que a pessoa idosa faz na realidade, apresentando numa só escala as várias vertentes da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

As instituições foram selecionadas atendendo a diferentes critérios entre os quais a tipologia dos apoios que prestam junto da população idosa, o que permitiria descrever e compreender as necessidades das pessoas idosas e bem como as dificuldades das instituições que providenciam estas respostas.

O contato para participação no estudo foi feito formalmente via carta ou por correio eletrónico dirigido aos responsáveis pelas instituições selecionadas, tendo-se, após este primeiro contato, procedido a explicitação do perfil das pessoas a entrevistar. Após aceitação de participação do estudo procedeu-se a contactos com utentes e familiares indicados, apresentando consentimento informado.

Após a realização das entrevistas procedeu-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin, é um método de análise textual que se utiliza em questões abertas de questionários e, no caso de entrevistas, procurando-se criar dimensões e categorias de análise. Qualitativamente, a análise de conteúdo pode abranger qualquer tipo de material onde se categoriza o conteúdo da comunicação

(voz, texto escrito, entrevistas, imagens...). As dimensões selecionadas foram: qualidade de vida da Pessoa Idosa, O cuidador informal e a instituição.

6.5.3. Algumas conclusões

Dos Estudos de Caso realizados podem retirar-se algumas conclusões que procuram identificar as necessidades emergentes e as alternativas de respostas e apoios para a população idosa e suas famílias as quais se apresentam enquadradas em três grandes dimensões:

- **A Instituição** – onde sumariamente se caracteriza algumas das respostas sociais de apoio da instituição, o tipo de acordos, o modo de financiamento e as formas de avaliação da instituição e onde se incluem a utilização das TIC, desafios e necessidades emergentes das instituições, questões de financiamento, a sua eficácia e eficiência.

- **A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa** – onde são aferidos os indicadores relativos a capacidade funcional, qualidade de vida, custos com mensalidades e satisfação com a entidade prestadora

- **O Cuidador** – esta dimensão refere-se às necessidades e dificuldades do cuidador e à satisfação com as respostas sociais.

6.5.3.1. A Instituição

1. Em relação aos utentes das várias respostas sociais, principalmente os que residem em lar caracterizam-se por terem muita idade, serem na sua maioria do género feminino, terem baixas pensões, e poucas habilitações literárias.

2. Nas respostas sociais, Lar e Serviço de apoio domiciliário, os idosos apresentam essencialmente dificuldades ao nível da higiene pessoal e alimentação. Ao nível de Centro de dia os idosos, algumas vezes, mantêm-se inseridos na sociedade, continuando a efetuarem deslocações ao café, ao banco para receberem as pensões e a outros espaços públicos. Contudo, noutros casos, necessitam de transporte para se deslocarem aos Centros de dia e apresentam situações de quase total

dependência para atividades de vida diária.

3. Um dos principais problemas que as IPSS têm, nomeadamente as Misericórdias é de que as receitas por utente das várias respostas sociais são inferiores às despesas. Recorde-se que a receita deriva da contribuição da segurança social mais uma percentagem da reforma do idoso. Contudo a reforma do idoso encontra-se habitualmente abaixo do Indexante dos Apoios Sociais, (em 2012 - 419,22€), havendo portanto um custo não coberto que, pelas características das zonas e situação do rendimento dos familiares, não podem ser cobertos por comparticipações dos familiares, salvo em situações pontuais. Por outro lado, em geral as IPSS, nomeadamente as SCM não dispõem de outras receitas, algumas com dividas significativas à Banca, derivadas de empréstimos, muitas vezes contraídas para efetuarem obras de recuperação de instalações ou da construção de novos Lares.

4. Porém, a situação não é homogénea, havendo desigualdades nas fontes de receitas cuja origem não seja a Segurança Social. Em algumas, a receita complementar é zero; outras têm receitas de produção agrícola (cortiça, resina, pinheiros, etc.), de exploração de propriedades, de prestação de serviços a outras entidades ou a privados, da realização de festas, ou de contributos de sócios ou de doadores. Contudo, em geral, admitem que, no caso de haver redução dos contributos da Segurança Social, apenas poderão exercer as suas atividades no caso de haver uma maior contribuição dos utentes ou respetivos familiares.

5. Do ponto de vista das despesas, se algumas têm conseguido diminuir custos, através de central de compras conjunta com outras entidades, através de projetos de eficiência energética, ou através de uma melhor gestão da frota automóvel no consumo de combustíveis (muito significativo nos serviços de apoio domiciliário), outras têm muitas dificuldades em tal, algumas por ausência de certificação das instalações ou por não conseguir funcionar em conjunto com outras IPSS onde se verifica mesmo uma sobreposição de áreas territoriais, nomeadamente para o Serviço de apoio domiciliário.

6. Existe uma grande preocupação com a situação de crise atual, que tem já em várias regiões (em Lisboa esta preocupação não foi referida) e em alguns casos, levado a retirar os idosos dos Lares, para que a família que se encontra desempregada passe a utilizar a totalidade da pensão do idoso. É

sabido que se trata de uma má solução que está originando problemas de diferente ordem, mas todos graves.

7. As dificuldades passam também por o Provedor e respetiva Mesa, no caso das SCM, serem voluntárias, exercendo as pessoas outras atividades, havendo cada vez mais exigências de gestão que impõem trabalho a tempo inteiro. Algumas entidades têm ultrapassado ou reduzido este problema com a criação de um lugar de Diretor Geral da organização e de Diretores residentes.

8. As cantinas sociais, recente criação do Governo, são, em alguns casos, vista como uma boa decisão estando dispostas a participarem nas mesmas.

9. Para uma das instituições em Lisboa, no que se refere a necessidades da instituição, a valência com maior necessidade de desenvolvimento é o Centro de dia, referindo-se ser um modelo que não se encontra adequado “às necessidades do que é solicitado, o que acontece cada vez mais; a média de idades para centro de dia encontra-se entre os 85 e 90 anos, e já com situações de dependência e com Alzheimer, com situações de demência, portanto o que se estão a tornar agora os centros de dia são sítios onde as pessoas estejam pelo menos vigiadas, o que significa que já não é uma resposta que seja efetiva; por outro lado, estas pessoas também não têm para onde ir pois não há centros especializados para estas pessoas”. Passando a ser um centro de promoção de autonomia, com a constituição de parcerias técnicas na área médica e de enfermagem, em que estes através de ações de voluntariado “pro bono” apoiem parte do centro de dia. Esta realidade parece estar intimamente ligada a situações existentes em grandes áreas metropolitanas e não tanto a situações mais ligadas a pequenas zonas urbanas ou do mundo rural.

10. Os custos com pessoal são aqueles que maior peso têm nas despesas das IPSS, considerando que uma eventual alternativa é o passarem a funcionar com um maior número de voluntários e com novos processos de funcionamento. Estes custos são ainda mais agravados em situação de Lares onde existe um número significativo de acamados o que exige maior apoio de pessoal

6.5.3.2. *A qualidade de vida da pessoa idosa*

1. Foi referido por alguns utentes que são os seus familiares que fazem a gestão orçamental onde se incluem a realização do pagamento das mensalidades, enquanto noutros casos e, nomeadamente quando a ligação a familiares é inexistente ou quase nula, são os próprios a fazer alguma gestão das suas fontes de rendimento. Na resposta Centro de dia, geralmente são os próprios que tratam do pagamento da mensalidade quando se deslocam a instituição.

2. A forma de tomada de conhecimento da instituição e das suas respostas resulta dos seguintes fatores: esta localização na sua área de residência onde sempre viveram, tendo por vezes assistido ao nascimento da instituição através de familiares, amigos e vizinhos.

3. Todos os utentes em todas as valências em análise referiram estar satisfeitos com a instituição de apoio referindo aspetos como a amabilidade dos funcionários e o asseio, não sentindo necessidade de um outro tipo de resposta para a sua situação atual, considerando estar adaptado às suas necessidades.

4. No que respeita aos indicadores sobre a sua capacidade funcional para Atividades da Vida Diária, de modo geral, são as questões de necessidade de apoio para a higiene, o vestir e o despir, o apoio para a alimentação (neste caso só foram entrevistados utentes que se alimentam por si próprios, que referem dificuldades na deslocações para aquisição e confeção dos alimentos) e as questões de mobilidade (marcha).

6.5.3.3. *O cuidador*

Neste grupo obtiveram-se poucas respostas atendendo que nos dias das entrevistas os mesmos não puderam estar presentes, e porque também alguns não prestam apoio regular.

1. Foi referido que tiveram, conhecimento da existência da instituição através de familiares e vizinhos ou aquando em situação de alta hospitalar.

2. De modo geral encontram-se satisfeitos com o apoio dado, no entanto, de realçar, em três situações de apoio domiciliário, o recurso a empregada doméstica, fora da resposta da instituição

por se considerar que necessitam de mais apoio do que o efetivamente lhes é prestado e por ser noutro horário. Tal só é possível quando o rendimento do utente ou familiar o permite.

3. Relativamente às questões de conciliação entre a vida familiar de apoio a pessoa em situação de dependência *versus* trabalho, foi mencionado que só o facto de se estar reformado ou de se ter um horário flexível é o que possibilita prestar apoio com mais facilidade.

6.5.3.3. *Considerações comuns*

Do estudo de casos realizado, foram tecidas algumas considerações comuns, salientando-se:

1. A existência de uma lista de espera para a entrada em lar, sendo que numa das instituições esta lista chega a ser de 300 pessoas (assinale-se contudo que, em certos casos as listas encontram-se desatualizadas). Nessa Instituição em concreto referem que muitos dos pedidos são para pessoas com bastante idade e com processos cognitivos alterados como sejam, em situações de demência onde se inclui a doença de Alzheimer. A questão conducente ao processo de institucionalização apresentada pelos técnicos das instituições assenta nos seguintes fatores: físicos, que englobam as questões da dependência e necessidade de maior apoio; fatores psicológicos e cognitivos, como sejam as questões da solidão e isolamento e alterações cognitivas; fatores familiares, onde se insere o insuficiente apoio por parte dos filhos ou de outros familiares, por vezes por terem emigrado ou mesmo por conflitos familiares; e fatores sociais que se refletem na falta de apoio de vizinhos e família alargada.

2. Ao nível das outras respostas sociais analisadas, Serviço de apoio domiciliário e Centro de dia, este último surge como uma exceção, onde a capacidade de resposta excede muito a procura nas seguintes zonas, Chaves, Melgaço, Avis, Alcácer do Sal, Sta. Cruz (Santiago de Cacém) e Saboia (Odemira). Esta peculiaridade justifica-se, como foi referido nas entrevistas, por ser considerado por parte dos idosos como uma garantia que após a frequência do Centro de dia possam depois transitar para o Lar. Para uma instituição sita em Lisboa, esta resposta excede a capacidade instalada e o número de acordos protocolados com a Segurança Social por: (i) ser a única instituição na freguesia com esta valência, (ii) por ser tratar de uma população volátil e, (iii) ter de se considerar a justificativa do rácio de funcionários/utente.

3. Note-se que a maioria dos utentes nas várias respostas sociais são mulheres e a grande maioria não sabe ler nem escrever ou em muito poucos casos têm a 4ª classe. Em Lisboa os entrevistados têm a frequência do ensino básico.

4. A existência de TIC é muito desigual e, se em algumas IPSS existem já processos altamente inovadores que vão desde a utilização do Help Phone, pulseira, ou sistemas de controle dos serviços prestados aos utentes através de código de barra, outras não poderão caminhar para isso pois, em certas zonas do país nem sequer existe cobertura telefónica, fixa ou móvel; De referir que uma instituição se encontra a organizar um sistema de Call Center de 24/24h com apoio da área médica e de enfermagem.

5. A grande preocupação das instituições passa pela necessidade de darem resposta a uma população cada vez mais velha e mais carenciada, mais isolada e onde muitas vezes os familiares nunca contactam os idosos. Neste ponto, é necessário referir que nas instituições em Lisboa, contradizendo o senso comum, deparou-se com a existência de suporte por parte de familiares, com quem mantem contatos regulares e que apoiam na gestão orçamental.

6. Para avaliar o funcionamento de prestação do serviço proporcionado pelas instituições salienta-se o facto de não existir uma caixa de sugestões nem de reclamações; como foi referido numa entrevista “tinham caixa de sugestão mas retiraram pois ninguém sugeria nada”. As sugestões geralmente são verbais e relacionadas com alimentação e atividades.

7. Nas instituições localizadas fora da região de Lisboa, foi referenciado que os Centros de noite podem não ser uma resposta adequada à sua realidade, sendo de certo modo considerados como Lares. Algumas alternativas práticas foram admitidas para o eventual funcionamento de Centros de noite com uma maior participação de voluntariado, em zonas rurais de grande isolamento. No entanto, em Lisboa, uma instituição tem vontade de criar na freguesia esta resposta, tendo um projeto para recuperar e para construir um Centro de noite para idosos pelo que solicitou junto da Santa Casa da Misericórdia um prédio velho para recuperar (ainda não obteve resposta). Esta freguesia tem muitos idosos a residir em quartos alugados e este centro poderia constituir uma

resposta.

6.6. Análise SWOT

Actualmente os sistemas de protecção social e de saúde de apoio a idosos podem-se caracterizar e contextualizar por um conjunto de pontos fortes e oportunidades, pontos fracos e ameaças, sistematizados nos quadros seguintes:

Serviços de Protecção Social

S – Pontos Fortes	O - Oportunidades
1. Abrangência da oferta traduzida na existência de uma rede de serviços sociais recente 2. Capilaridade e proximidade com enraizamento local e dinâmica de crescimento 3. Níveis crescentes de participação pública 4. Espírito solidário e de voluntariado 5. Aumento da longevidade da população 6. Tendência do maior apoio por serviços na base da família, o que requer menores recursos, nomeadamente públicos 7. Regulamentação ao nível nacional e europeu 8. Área chave para o crescimento do emprego nos próximos anos 9. Padrões de qualidade de prestação de serviço traduzido na certificação de qualidade para os serviços de apoio social 10. Existência de equipas multidisciplinares domiciliárias 11. Capacidade de dinamização de recursos privados	1. Organização da sociedade com base nas capacidades funcionais e não na idade cronológica 2. Consciência colectiva e individual crescente sobre relevância do tema 3. Manutenção/aprofundamento das dinâmicas sociais geradoras da procura (famílias novas precisam do apoio dos idosos, valorização cultural procura ligações com o passado...) 4. Investigação para produzir conhecimento sobre a promoção do envelhecimento saudável 5. Reforço do voluntariado e do papel das ONG 6. Massificação crescentes de TIC no apoio a idosos 7. Estabelecimento de parcerias formais e informais entre o sector público e a sociedade civil (incluindo famílias) 8. Aposta e qualidade das equipas multidisciplinares 9. Desenvolvimento de ações de formação, no quadro da aprendizagem ao longo da vida, para os trabalhadores do sector social 10. Promoção de atividades não económicas que possibilitem o envelhecimento ativo 11. Promoção da igualdade e justiça social no acesso aos serviços sociais

	12. Existência de procuras não satisfeitas, tradicionais e novas que permitem a diferenciação e diversificação 13. Incremento da transferência de atividades e funções dos serviços públicos para a sociedade civil 14. Capacidade para utilizar modelos mistos de financiamento que reduzam a dependência do financiamento público
1. Ausência de políticas estratégicas e integradas para a população idosa 2. Falta de oportunidades para o desenvolvimento de carreiras nos serviços sociais de apoio a idosos, bem como falta de qualificação em gestão dos quadros dirigentes; 3. Dificuldades de garantir o apoio aos idosos através de serviços de apoio domiciliário 4. Listas de espera no domínio de apoio a idosos através de lares derivadas de insuficiente cobertura 5. Dificuldades da resposta atempada dos serviços de apoio aos idosos quando solicitados 6. Impossibilidade em muitas regiões de introdução das TIC por falta de rede de comunicações 7. Existência de trabalho informal com baixa preparação profissional e consequentemente forte rotatividade de mão de obra 8. Desigualdades entre população rural e população urbana no acesso às principais modalidades de apoio a idosos 9. Falta de uma cultura de planeamento pró-activo 10. Excessiva dependência dos financiamentos públicos e carência dos recursos dos utentes. 11. Fraca articulação interinstitucional com deficiente funcionamento dos equipamentos sociais numa abordagem em rede	1. Mudanças demográficas rápidas (casos de elevada pressão da procura podem diminuir a qualidade dos serviços) 2. Conjugação do trinómio de despovoamento, isolamento e dispersão populacional em zonas de grande envelhecimento 3. Crise económica e debilitação dos apoios sociais 4. Desvalorização socio cultural dos séniores 5. Fosso digital etário agravado pela iliteracia dos idosos 6. Falta de articulação inter e intra profissionais 7. Falta de coordenação entre serviços sociais e de saúde e de uma adequada articulação com outras áreas 8. Falta de informação aos utentes, para a utilização das infra-estruturas existentes 9. Excesso de burocracia no acesso à utilização dos equipamentos sociais 10. Falta de formação para os “cuidadores” 11. Falta de atividades do sector social para pessoas mais qualificadas 12. Fraca atividade fiscalizadora nos segmentos em que o acesso a profissões certificadas e a atividades são enquadradas por normas de funcionamento 13. Tendência progressiva para diminuição dos fundos comunitários

12. Estrutura de pessoal rígida de acordo com a legislação em vigor 13. Imagem e reputação dos lares W – Pontos Fracos	T - Ameaças

Fontes de informação: SERGA 2011, "Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico"; Contributos da IPSPO/APEM 2012; IQF 2005 "O Sector dos Serviços de Proximidade- Serviços de Acção Social- Colecção Estudos Sectoriais nº24

Serviços de Saúde

S – Pontos Fortes 1. Serviço Nacional de Saúde integrando um Plano Nacional de Saúde para o Idoso 2. Existência da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados 3. Condições de acesso ao Sistema de Saúde favorecidas e níveis de satisfação elevados 4. Aumento da esperança de vida 5. Qualidade dos recursos humanos existentes 6. Existência de equipas multidisciplinares domiciliárias 7. Capacidade para traduzir as dimensões de proximidade e personalização do serviço; 8. Política de medicamentos com reflexos positivos na situação dos idosos	O - Oportunidades 1. Organização da sociedade com base nas capacidades funcionais e não na idade cronológica 2. Investigação para produzir conhecimento sobre a promoção do envelhecimento saudável 3. Promoção da viabilidade económica de serviços prestados com crescente interesse pelos conteúdos médico/farmacêuticos 4. Reforço do voluntariado na Rede de Cuidados Continuados 5. Reforço das tecnologias de informação e comunicação para apoio aos sistemas de saúde de alerta e diagnóstico 6. Estabelecimento de parcerias formais e informais entre o sector público e a sociedade civil (incluindo famílias) com atitude cultural favorável a essas parcerias 7. Respostas sociais na comunidade que favorecem o acompanhamento a saúde mental dos idosos 8. Aposta e qualidade das equipas multidisciplinares 9. Promoção da igualdade e justiça social no acesso aos serviços de saúde 10. Existência de procuras não satisfeitas, tradicionais e novas que permitem a diferenciação e diversificação 11. Capacidade para utilizar modelos mistos de financiamento que reduzam a dependência do financiamento público

1. Ausência de políticas estratégicas e integradas para o envelhecimento da população 2. Falta de carreiras específicas no domínio da saúde nomeadamente de geriatria direccionadas para a população idosa (ausência de médicos geriatras e outro pessoal) 3. Baixa especialização na fileira de gerontologia 4. Reduzido apoio domiciliário para tarefas diárias de apoio a idosos 5. Listas de espera nos domínios de saúde e de apoio a idosos 6. Fragilidade de respostas no que respeita à saúde mental 7. Heterogeneidade dos serviços no mapa territorial 8. Dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde 9. Dimensão insuficiente nos cuidados continuados 10. Unidades/camas de cuidados paliativos insuficientes 11. Desigualdades entre população rural e população urbana no acesso à rede de cuidados primários 12. Discrepância na referenciação entre diferentes níveis de cuidados 13. Excessiva dependência dos apoios públicos e carência dos recursos dos utentes. W – Pontos Fracos	1. Mudanças demográficas rápidas e diversificadas (casos de elevada pressão da procura podem diminuir a qualidade dos serviços de saúde) 2. Desertificação, isolamento, dispersão populacional em zonas de grande envelhecimento com reflexos na acessibilidade aos cuidados de saúde 3. Falta de articulação inter e intra profissionais 4. Falta de coordenação entre serviços sociais e de saúde e de uma adequada articulação com outras áreas 5. Falta de disponibilidades orçamentais condiciona participações e custos 6. Fragilização da situação dos idosos em virtude da crise (acesso tardio ao sistema de saúde) 7. Falta de informação aos utentes, para a utilização das infra-estruturas existentes de acordo com o definido na rede pública de saúde 8. Excesso de burocracia no acesso à utilização dos serviços de saúde 9. Falta de formação para os “cuidadores” nomeadamente familiares 10. Falta de intervenções ao nível da prevenção primária 11. Fraca atividade fiscalizadora nos segmentos em que o acesso a profissões certificadas e a atividades são enquadrados por normas de funcionamento T - Ameaças

Fonte: Elaboração dos autores

Da análise relativa às quatro dimensões inseridas na matriz SWOT, podem-se destacar um conjunto de factores críticos para o desenvolvimento e sustentabilidade dos dois sistemas:

- As rápidas alterações demográficas e a consequente transformação operada na estrutura etária da

população portuguesa, no decurso das últimas décadas, originaram uma crescente feminização da população, uma cada vez maior solidão e isolamento, e um maior peso dos grupos mais idosos;

- Dadas as alterações da estrutura tradicional da família é de prever a necessidade de substituição do papel do agregado familiar no apoio ao idoso por serviços de apoio quer públicos, quer privados assumindo a rede solidária um papel cada vez mais preponderante;
- Sendo a população idosa a que apresenta maior risco de pobreza, que se tem vindo a agravar a redução da contribuição pública deverá passar por novas formas de financiamento que dotem as entidades de uma maior autonomia e de uma maior independência dos poderes públicos. Esta autonomia conseguir-se-á com a conjugação da lógica de funcionamento virada para o mercado com a lógica de funcionamento não lucrativo e tendo também em atenção o contributo que a massificação das TIC poderá contribuir para a redução de custos;
- A existência de alternativas de financiamento tem ainda a vantagem de colocar as entidades a funcionar num ambiente de menor incerteza o que permite empreender estratégias e opções de mais longo prazo;
- Estando perante sectores com fortes potencialidade de criação de emprego, na medida em que existem procura de respostas não satisfeitas, sejam elas tradicionais ou não, face ao contexto de crise económica atualmente existente, impõe-se a satisfação desta procura num quadro de planeamento estratégico de mais longo prazo;
- Tendo em conta o acentuado crescimento da oferta de cuidados e serviços à população sénior, consequência do envelhecimento demográfico mas em particular do menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos seus ascendentes, impõe-se a existência de políticas e estratégias integradas para o envelhecimento da população;
- Um dos problemas com que estes domínios se debatem é o de uma acentuada falta de recursos humanos qualificados, sobretudo na proteção social, acrescida da baixa profissionalização que resulta do facto de muitos dos empregos serem entendidos como ocupações de elevada rotatividade e com condições de trabalho pouco atrativas, sendo a gestão muitas vezes pouco profissional (caso dos serviços sociais). Neste contexto são de referir como lacunas importantes: a não existência da especialidade geriátrica na carreira médica, falta de oportunidades quer para o desenvolvimento de carreiras nos serviços sociais na prestação de apoio a idosos, quer para o enquadramento no sector social de pessoas mais qualificadas, carências de formação contínua dirigidas nomeadamente aos cuidadores no seio da família;

- As competências dos técnicos e gestores dos serviços sociais terão de lhes conferir a capacidade para perceber a evolução económica, social e tecnológica dos papéis, quer a nível pessoal quer a nível geracional, na sociedade e para estruturar a própria dinâmica de resposta de modo a proporcionar serviços que cada vez mais sejam adequados aos padrões de bem-estar e de qualidade de vida;
- As características de proximidade prestador/utente implicam que os vários serviços encontrem caminhos de inovação que se direcionem para a não estandardização da oferta para a conceção dos serviços a partir das necessidades individuais do cliente/utente o que implica eventualmente a emergência ou reforço de serviços, que constituam respostas diversificadas e eficientes (exemplo: no caso de pessoas idosas dependentes, a não institucionalização, a manutenção de redes sociais, a permanência no espaço de vida habitual);
- No domínio das parcerias importa o seu reforço com vista a promover dinâmicas de aprendizagem coletiva que levem as entidades a inovar no serviço nomeadamente no que respeita à prestação, financiamento, gestão e qualificação do pessoal;
- A introdução de novas formas de voluntariado mais qualificado irá permitir um aumento da qualidade dos serviços bem como o colmatar de lacunas não só ao nível da gestão como também da prestação de outros cuidados;
- A falta de articulação e de coordenação, não só entre os serviços de saúde e apoio social, mas também dentro dos próprios serviços origina situações de sobreposição de serviços ou de lacunas nas atividades a desenvolver. Estes aspetos levam por vezes a aumento de custos de funcionamento que acarreta, por sua vez, uma diminuição apreciável da capacidade de resposta.

6.7. Conclusões

- Existem no Continente português, em 2011, conforme dados publicados pela Carta Social e Quadros de Pessoal, mais de 6 000 entidades proprietárias de equipamentos sociais. Destas, 52% pertencem a entidades não lucrativas e 48% a entidades com fins lucrativos. Sendo 61,4% das entidades do sector não lucrativo, IPSS e 3,0% entidades equiparadas a IPSS. O número total de IPSS identificadas é de aproximadamente de 4 060.

- Em termos de evolução de entidades proprietárias de equipamentos sociais, tem-se verificado desde 1998 e especialmente desde 2005 um crescimento de entidades quer com fins lucrativos, quer sem fins lucrativos. O peso das respostas de entidades não lucrativas que entraram em funcionamento em 2011, acentuou-se, por referência a 2010, o que revela o peso do sector solidário na RSES e sobretudo o papel que tem desempenhado no presente contexto socioeconómico no apoio às populações mais vulneráveis.

- O tipo de respostas sociais, que apresentaram mais crescimento, em relação a 1998, foram as destinadas a pessoas idosas (+67%), enquanto as destinadas a crianças e jovens, o aumento verificado foi de 26,5%. Ao mesmo tempo, a capacidade instalada total aumentou 68% com a existência de mais 91 300 lugares, verificando-se que taxa de utilização dos Lares é de 95,3%, do Serviço de apoio domiciliário de 83,9% e dos Centros de dia de 65%.

- No domínio da saúde, a estrutura que mais se encontra direccionada para os idosos é a RNCCI. Em 2011, o desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 67% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 3 643 camas, 65% da oferta. No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representam 51% do total de acordos celebrados, com 2 569 camas contratadas, correspondendo a cerca de 46% do total de camas. Com as Entidades privadas com fins lucrativos foram celebrados 52 acordos, representando 20% de acordos celebrados, com 1 423 camas contratadas, representando 25% da capacidade instalada da RNCCI.

- No âmbito da RNCCI, existiam, em 2010, 7 681 profissionais de saúde, dos quais 33,5% eram auxiliares de Ação médica e 29,2% eram enfermeiros. Os médicos têm um peso de 7,7%.

- De acordo com os Quadros de Pessoal de 2011, com dados relativos a 2010, trabalhavam nos serviços de proteção social 115 milhares de pessoas o que significa uma quebra em relação a 2009, altura em que prestavam serviço nesta atividade 123 milhares de pessoas.

- Verifica-se, nos serviços de apoio social, uma falta de oportunidades para o desenvolvimento de

carreiras nos serviços sociais de apoio a idosos, bem como falta de qualificação em gestão dos quadros dirigentes.

- Em termos gerais, observam-se dificuldades em garantir o apoio aos idosos através de serviços de apoio domiciliário e uma resposta atempada dos serviços de apoio aos idosos quando solicitados, sendo significativas a dimensão das listas de espera no domínio de apoio a idosos, nomeadamente de lares, derivadas principalmente de insuficiente cobertura.

- No domínio da saúde, existe falta de carreiras específicas nomeadamente de geriatria direccionadas para a população idosa (ausência de médicos geriatras e outro pessoal).

- Reduzido apoio domiciliário para tarefas diárias de apoio a idosos, listas de espera nos domínios de saúde e de apoio a idosos e fragilidade de respostas no que respeita à saúde mental.

- Na RNCCI, observa-se uma dimensão insuficiente dos cuidados continuados a idosos, assim como dificuldades na admissão de idosos nas diferentes modalidades por existirem algumas faltas de articulação entre as diversas entidades intervenientes no processo de admissão.

7. Envelhecimento, Emprego e suas Potencialidades de Crescimento

7.1. Potenciais novos empregos

Segundo as projeções demográficas do INE, a população idosa deverá registar um crescimento significativo nas próximas décadas (ver Cap. 1). Em 2050, essa população deverá atingir mais de 35% do total de população (note-se que em 2011 o peso da população idosa era de cerca de 19%); ao mesmo tempo, as necessidades em termos de infra-estruturas, que dêem respostas às carências daquela população, implicarão um crescimento do emprego nos sectores de atividade destinados ao apoio social e de saúde a idosos.

7.1.1. Recursos humanos no futuro no domínio da proteção social

O exercício de projeção de necessidades de recursos humanos para os serviços de apoio social e de saúde dos idosos é elaborado na base das: (i) projeções demográficas; (ii) políticas da utilização das infraestruturas; e (iii) taxas de cobertura das populações alvo para as principais valências de serviço. Mantendo-se a orientação da política dos idosos permanecerem nos seus domicílios o maior número de anos possíveis, um aumento em termos absolutos da população de 65 e mais anos em cerca de 1 milhão, estes dois factores deverão obrigar a uma evolução ou a um ajustamento no tipo de respostas sociais para apoio a idosos.

Relativamente à utilização das respostas sociais pelos idosos, admitiu-se como hipóteses de trabalho que, mantendo-se como mais salientes as respostas sociais de Lar, Centros de dia e Serviço de apoio domiciliário, a população alvo abrangida passaria a ser dos seguintes grupos etários:

Hipótese A - Manutenção da prática atual da idade de entrada como utente nas diferentes respostas sociais

Hipótese B – Entrada de utentes para os Lares de população com idades acima de 80 anos, e utilização dos Centros de dia para idosos até 79 anos que não trabalhem.

Quadro 7. 1: População alvo das infraestruturas de apoio social

	Hipótese A	Hipótese B
Lar de idosos	75 e mais anos	80 e mais anos
Serviço de Apoio Domiciliário	65 e mais anos	65 e mais anos
Centro de Dia	65-74 anos	65-79 anos

Relativamente à taxa de cobertura das populações alvo, consideraram-se também: Hipótese 1 – Taxa de cobertura constante durante o período e Hipótese 2 – Taxa de cobertura crescente de acordo com a tendência verificada nos últimos anos.

Estas hipóteses de trabalho permitem, a partir de estimativas da população publicada pelo INE – Estatísticas demográficas, estimar para todas as modalidades de potenciais utentes, as infraestruturas físicas e respetivos recursos humanos (estruturas de pessoal consideradas de acordo com os quadros de pessoal definidos pela regulamentação da Segurança Social).

Neste sentido, de acordo com as hipóteses consideradas, os quadros seguintes apresentam as evoluções das necessidades de emprego para os diferentes cenários considerados:

Quadro 7. 2: Recursos humanos – Lares 2020-2050

(milhares)	2011	2020 H1	2020 H2	2050 H1	2050 H2
População de 75 e + anos	933,8	1193,7	1193,7	1946,8	1946,8
População de 80 e + anos		630,9	630,9	1163,5	1163,5
Utentes Hipótese A	70,5	90,7	119,3	147,9	233,6
Utentes Hipótese B		47,9	63,1	88,4	139,6
Número de lares de acordo com taxa de cobertura Hipótese A	1972	2267	2651	3697	5191
Número de lares de acordo com taxa de cobertura Hipótese B		1197	1402	2210	3102
Utentes por lar	38,0	40,0	45,0	40,0	45,0
Emprego hipótese A	41412	47607	55617	77637	109011
Emprego hipótese B	41412	25137	29442	46410	65142
Considera-se que em cada Lar existem 21 trabalhadores. A taxa de cobertura H1 - 7,6%; taxa de cobertura H2 - 10% (2020) e 12% (2050)					

Fonte: Cálculo dos autores

Quanto à evolução do número de Lares para 2020 e 2050, destaca-se uma evolução diferenciada para as duas hipóteses apresentadas:

1. Na hipótese A quer se mantenha a taxa de cobertura constante, ou não verifica-se sempre para qualquer dos anos horizonte uma aumento do número de Lares
2. Na hipótese B o número de Lares, apresenta uma redução em 2020, qualquer seja a taxa de cobertura, enquanto para 2050 regista sempre um aumento

A variação do emprego nos Lares para os diferentes cenários é apresentada no quadro seguinte:

Quadro 7. 3: Variação do emprego nos Lares

%	2020	2020	2050	2050
	H1	H2	H1	H2
Hipótese A	15,0%	34,3%	87,5%	163,2%
Hipótese B	-39,3%	-28,9%	12,1%	57,3%

Fonte: Cálculo dos autores

A alteração da população alvo dos Lares, de 75 para 80 anos (hipótese B), apresenta um forte impacto nas necessidades de curto prazo no emprego. No entanto, no horizonte temporal mais alargado, as necessidades em emprego deverão ser acrescidas em função do aumento da população idosa.

Quadro 7. 4: Recursos humanos – Centros de dia, 2020 e 2050

	2011	2020 – H1	2020 – H2	2050 – H1	2050-H2
População de 65-74 anos	1005,3	1334,9	1334,9	1416,9	1416,9
População de 65 -79 anos	1539,3	1896,4	1896,4	2200,2	2200,2
População activa de 65 e + anos *	320,0	401,3	401,3	680,0	680,0
Utentes potenciais 65 -74 anos	685,3	933,6	933,6	736,5	736,5
Utentes potenciais 65-79 anos	1219,3	1495,1	1495,1	1520,2	1520,2
Utentes Hipótese A	63,2	112,0	140,0	88,3	110,4
Utentes Hipótese B		179,4	224,3	182,4	228,0

Número de unidades (65 -74)	1997	2240	2800	1766	2208
Número de unidades (65 -79)		3588	4486	3648	4560
Média utentes por unidade	31,6	50,0	50,0	50,0	50,0
Emprego Hipótese A	11522	13440	16800	10530	13248
Emprego Hipótese B		21528	26916	21888	27360
*a taxa de 242atividade passará em 2050 para 20%					
O emprego é calculado multiplicando por 6 trabalhadores o número de Centros de dia A taxa de cobertura H1 – 12,0% A taxa de cobertura H2 – 15,0%					

Fonte: Cálculo dos autores

Relativamente à evolução do número de Centros de dia para os anos projectados, destaca-se:

1. Na hipótese A e em 2020, o maior aumento registado (40,2%) deve-se ao aumento da taxa de cobertura enquanto em 2050, se observam comportamentos diferentes de acordo com as taxas de cobertura consideradas e tendo em consideração a integração na população ativa do grupo etário de 65 a 74 anos e, por consequência, a redução do número de utentes potenciais;
2. Na hipótese B, em qualquer dos cenários de taxas de cobertura, verifica-se sempre aumento do número de unidades derivado do alargamento do escalão etário considerado como grupo alvo.

A variação das necessidades de emprego nos Centros de dia pelas diferentes hipótese consta no quadro seguinte:

Quadro 7. 5: Necessidades de emprego nos Centros de dia, 2020-2050

Centro de dia	2020	2020	2050	2050
	H1	H2	H1	H2
Hipótese A	16,6%	45,8%	-8,6%	15,0%
Hipótese B	86,8%	133,6%	90,0%	137,5%

Fonte: Cálculo dos autores

Assim, o emprego perspectivado para 2020 e 2050 apresenta uma evolução com valores elevados na hipótese B, tendo em conta o aumento da população potencial e o aumento das taxas de cobertura, enquanto que para a Hipótese A, a redução do número de utentes potenciais origina um comportamento diferente do emprego sobretudo para a hipótese H1.

Quadro 7. 6: Recursos humanos de Serviços de apoio domiciliário, 2011- 2020 - 2050

(milhares)	2011	2020 –H1	2020 – H2	2050 – H1	2050 – H2
Taxa de cobertura	0,39%	0,39%	0,8%	0,39%	0,8%
População de 65-79 anos	1539,3	1896,4	1896,4	2200,1	2200,1
População activa de 65 e + anos *	320,0	401,3	401,3	680,0	680,0
Utentes potenciais	1219,3	1495,1	1495,1	1520,1	1520,1
Utentes residências	4,7	5,8	11,9	5,9	12,2
Numero de unidades	214	232	476	236	488
Média utentes por unidade	22,3	25,0	25,0	25,0	25,0
Emprego	2568	2784	5712	2832	5856
O emprego em cada unidade é de 12 trabalhadores					

Fonte: Cálculo dos autores

Quanto à evolução dos Serviços de apoio domiciliário no referente ao número de unidades projectadas destaca-se que, privilegiando a resposta social o SAD, a análise do comportamento das duas hipoteses de trabalho relativas às idades dos utentes sugere um crescimento significativo sobretudo no caso do aumento da taxa de cobertura quer para a hipótese A quer para a hipótese B. A variação dos recursos humanos nos Serviços de apoio domiciliários para as diferentes hipóteses de trabalho, consta do quadro seguinte:

Quadro 7. 7: Variação do emprego nos Serviços de apoio domiciliário

	2020		2050	
	H1	H2	H1	H2
Hipótese A	-4,6%	86,7%	50,5%	374,6%
Hipótese B	-4,7%	83,4%	46,8%	369,9%

Fonte: Cálculo dos autores

De acordo com o quadro acima, constata-se no cenário da Hipótese 2, um crescimento significativo do emprego em 2050 quando comparado com o ano base de 2011. Este crescimento deve-se a, por

um lado, ao aumento da população abrangida por esta modalidade e, por outro lado, ao aumento da taxa de cobertura que se admite atingir em 2050, 20%.

Quadro 7. 8: Recursos humanos Residências, 2020- 2050

(milhares)	2011	2020 –H1	2020 – H2	2050 – H1	2050 – H2
População de 65-79 anos	1539,3	1896,4	1896,4	2200,1	2200,1
População activa de 65 e + anos *	320,0	401,3	401,3	680,0	680,0
Utentes potenciais	1219,3	1495,1	1495,1	1520,1	1520,1
Utentes residências	4,7	5,8	11,9	5,9	12,2
Numero de unidades	214	232	476	236	488
Média utentes por unidade	22,3	25,0	25,0	25,0	25,0
Emprego	2568	2784	5712	2832	5856
O emprego em cada unidade é de 12 trabalhadores; As taxas de cobertura são H1 0,39; H2 0,8					

Fonte: Cálculo dos autores

No estudo da evolução até 2050 desta modalidade, deve-se ter presente que se trata de uma valência que, tendo naturalmente uma qualidade superior às restantes respostas sociais similares, apresenta, no entanto, custos mais elevados pelo que a população alvo será uma população também com rendimentos mais elevados. Contudo, a situação dos idosos é, como se sabe, de fraco poder de compra derivado das baixas pensões. Mantendo a tendência actual das taxas de cobertura, atingir-se-á em 2020 e 2050 valores próximos dos actuais, enquanto, no caso do aumento das taxas de cobertura, estas unidades quase duplicarão, o que induzirá um crescimento do emprego da mesma ordem, tendo presente que em 2011 se verificava um total de 2 568 empregos.

A evolução global dos equipamentos das respostas sociais no período de 2011 a 2050 e conjugando a Hipótese B com a Hipótese 2, que se apresenta no quadro seguinte, permite constatar:

- uma evolução crescente dos equipamentos das respostas sociais, fruto fundamentalmente do envelhecimento da população
- uma evolução mais acentuada entre o período de 2020 e 2050 igualmente explicada pelas alterações demográficas e duração do período em causa

- um aumento significativo no período 2020 a 2050 dos Serviços de apoio domiciliário (156,2%), seguido de perto pelo aumento do número de Lares (121,0%).

Quadro 7. 9: Número de equipamentos no período 2011-2020-2050

	2011	2020	2050
Lares	1 972	1 402	3 102
Centros de dia	1 997	4 486	4 560
Serviço de apoio domiciliário	2 519	4 620	11 838
Residências	214	476	488
Total	6 953	10 984	19 988

Fonte: Cálculo dos autores

Numa análise da estrutura dos equipamentos das respostas sociais, constata-se que no período 2011 a 2020 a maior alteração é nos Centros de dia e nos Lares, enquanto para o período 2020 a 2050 é mais significativo o aumento do peso dos SAD e redução do peso dos Centros de dia ao mesmo tempo que se regista um aumento do peso dos lares, conforme o quadro seguinte:

Quadro 7. 10: Estrutura dos equipamentos das respostas sociais para 2011-2020-2050

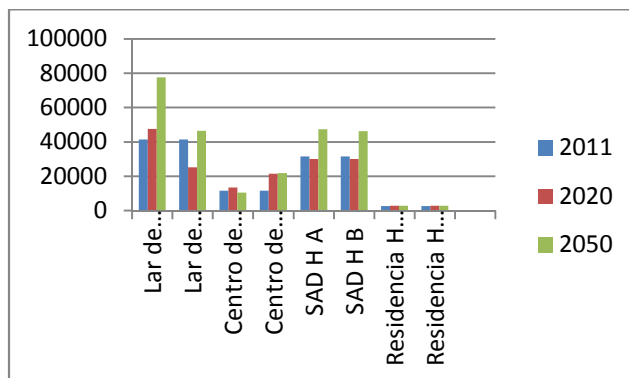
%	2011	2020	2050
Lares	28,3	12,8	15,5
Centros de dia	28,7	40,8	22,8
Serviço de apoio domiciliário	36,3	42,1	59,2
Residências	30,7	4,3	2,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Cálculo dos autores

Passando a uma análise das necessidades em recursos humanos das respostas sociais, de acordo com as hipóteses H1 e H2, constata-se pelo Gráfico abaixo que, no caso de H1, a maior alteração se verifica sobretudo na resposta social lares na hipótese da manutenção da idade de entrada dos utentes, seguida da resposta social SAD, nomeadamente para 2050 para qualquer das hipóteses de idade de entrada dos utentes para os respectivos equipamentos.

Gráfico 7. 1: Necessidades em Recursos Humanos das respostas sociais - H1

2011-2020-2050

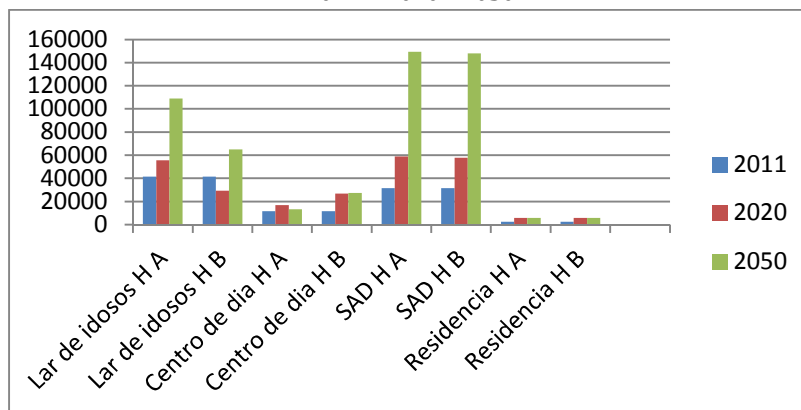


Fonte: Cálculo dos autores

Ao analisar a H2 e de acordo com o gráfico seguinte, verifica-se sobretudo um forte aumento dos SAD nas duas hipóteses HA e HB, relativas às idades de entrada dos utentes para os diferentes equipamentos e um aumento ainda significativo dos Lares sobretudo na HA.

Gráfico 7. 2: Necessidades de recursos humanos das respostas sociais – H2

2011 – 2020 - 2050



Admitindo a conjugação de H2 e HB, e atendendo ao facto desta associar uma situação de aumento de cobertura em todas as modalidades, como uma evolução do serviço de apoio domiciliário que,

entre outros aspectos, permite prolongar o tempo de permanência dos idosos em casa, será a seguinte a situação:

Quadro 7. 11: Volume de emprego por respostas sociais para 2011- 2015 -2050

	2011	2020	2050
Lares	41 412	29 442	65 142
Centros de dia	11 522	26 916	27 360
Serviço de apoio domiciliário	31 488	57 750	147 975
Residências	2 568	5 712	5 856
Total	86 990	119 820	246 233

Fonte: Cálculo dos autores

Entre 2011 e 2020, verifica-se um aumento no emprego de 41,5%. Contudo se se analisar a estrutura do emprego por modalidades, observa-se uma mudança significativa passando-se de uma situação em que o emprego se encontrava essencialmente nos lares de idosos para a do serviço de apoio domiciliário e também para os centros de dia. Tal situação deriva de se admitir como hipótese os lares de idosos passarem a ter como grupo alvo a população com 80 e mais anos e os centros de dia passarem a ser uma alternativa como resposta social até aos 79 anos. Esta taxa de crescimento do emprego potencial representa mais cerca de 33 000 postos de trabalho ou seja perto de 3 mil/ano.

De acordo com o quadro que a seguir se apresenta, verifica-se o aumento significativo entre 2011 e 2050 do peso do emprego na resposta social Serviços de apoio domiciliário (passagem de 36,1% para 60,1%), com perda de peso relativo da resposta social Lares (passagem de 47,6% para 26,4%) em 2050.

Quadro 7. 12: Estrutura do emprego por resposta social para 2011, 2020 e 2050

%	2011	2020	2050
Lares	47,6	24,5	26,4
Centros de dia	13,2	22,4	11,1
Serviço de apoio domiciliário	36,1	48,3	60,1
Residências	3,1	4,8	2,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Cálculo dos autores

Note-se também que nesta hipótese de trabalho prevê-se, em termos de emprego potencial, a criação, em 2050, de mais de 150 mil postos de trabalho (cerca de 4 000 postos de trabalho/ano) e acentuando-se ainda mais a modalidade de serviço de apoio domiciliário, passando de um peso de 36% para 60% em termos de estrutura de emprego no que se refere às principais modalidades de apoio social aos idosos.

7.1.2. Recursos humanos futuros no domínio da saúde

No domínio da saúde, ao procurar definir-se as necessidades em recursos humanos, deve ter-se em atenção que as estruturas da saúde tratam em geral, toda a população e não individualiza de entre esta e a população idosa. Naturalmente que determinada doença é mais comum na população idosa mas isso não significa que os profissionais apenas estejam ao serviço desta população. Ressalva-se, ainda, que neste ponto não se efectua qualquer projecção de infraestruturas físicas por as mesmas estarem muito dependentes de factores dificilmente mensuráveis. Contudo, a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) tem como utentes essencialmente a população idosa e é uma resposta social cujos principais responsáveis pela mesma são as IPSS, nomeadamente as Misericórdias.

A RNCCI é criada em 1996 e inserida no SNS para dar resposta à situação resultante do aumento de pessoas idosas com idades avançadas (envelhecimento progressivo), às mudanças epidemiológicas consequentes das doenças crónicas, ao aumento das pessoas que vivem sozinhas, ao aumento constante por parte da sociedade da procura de novas respostas aos problemas do envelhecimento e da dependência. Trabalhavam, em 2010, na RNCCI 7 681 profissionais de saúde, dos quais 2 475 pertenciam ao SNS, sendo 164 médicos.

Conforme já apresentado no estudo de “Maria Cândida Soares et al.” da SERGA 2011, intitulado “Novos empregos e Competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico” e, de acordo com o relatório da ACSS intitulado “Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos”, com data de Abril de 2009, sobre necessidades previsionais de médicos para 2020, *a RNCCI necessita de 300 médicos*

pertencentes ao SNS, o que significará, mantendo a mesma relação de total de médicos/médicos do SNS, que será necessário um total de 934 médicos na RNCCI.

Tendo em atenção que os médicos apenas representam 7,6 % do total de profissionais da RNCCI, mantendo os mesmos rácios, de 2010, entre médicos e outras categorias profissionais, constata-se existir uma necessidade de 12 198 profissionais de saúde em 2020, a trabalhar na RNCCI, o que significa um acréscimo de 58,8 %.

Note-se que a RNCCI, resultando de uma parceria entre dois Ministérios (Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social), apresenta um peso significativo das entidades privadas com fins lucrativos e, sobretudo, entidades privadas sem fins lucrativos (IPSS).

Quadro 7. 13: Previsão das necessidades de recursos humanos RNCCI, em 2020

	2010				2020		
	Total	Estrutura (%)	Rácio ou cat/médico	Total SNS	Total	Total não SNS	Total SNS
Médicos	588	7,6	1	189	934	634	300
Enfermeiros	2 240	29,2	3,8	718	3 557	2 417	1 140
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	623	413	210
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	174	114	60
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	264	174	90
Assistente social	225	2,9	0,4	76	355	235	120
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	288	198	90
Animador sócio-cultural	136	1,8	0,2	38	215	155	60
Auxiliar de ação médica	2 575	33,5	4,4	831	4 090	2 770	1 320
Outro perfil	1 069	13,9	1,8	340	1 698	1 158	540
Total	7 681	99,9	-	2475	12 198	8 268	3 930

Fonte: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2011)

Este cenário pode ser considerado baixo e corresponde à manutenção da situação actual em termos de rácios de pessoal de saúde conforme definido na obra citada. Contudo, no cenário de uma aproximação aos rácios europeus e aos definidos pela OMS, teríamos a seguinte projecção:

Quadro 7. 14: Previsão das necessidades de RH na RNCCI em 2020 – Hipótese Alta

	2010				2020		
	Total	Estrutura (%)	Rácio ou cat/médico	Total SNS	Total	Total não SNS	Total SNS
Médicos	588	7,6	1	189	1361	924	437
Enfermeiros	2 240	29,2	3,8	718	5 229	3 550	1 679
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	920	625	295
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	250	168	82
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	400	273	127
Assistente social	225	2,9	0,4	76	520	352	168
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	415	282	133
Animador sócio-cultural	136	1,8	0,2	38	324	220	104
Auxiliar de ação médica	2 575	33,5	4,4	831	6 000	4 073	1 927
Outro perfil	1 069	13,9	1,8	340	2 489	1 690	799
Total	7 681	99,9	-	2 475	17 908	12 157	5 751

Fonte: UMMCI (2011)

Conforme a obra anteriormente citada, pode-se afirmar que *Comparando os dois cenários, verifica-se no que diz respeito aos recursos humanos totais, que o cenário alto apresenta um valor superior em 5 751 pessoas. Salienta-se, para qualquer dos cenários, o peso dos auxiliares de acção médica, seguida dos profissionais de enfermagem que, em conjunto, representam mais de 60 % do emprego total.*

Se se analisar o volume de recursos humanos necessários em 2020 para o total do SNS incluindo o RNCCI, observa-se que em qualquer dos cenários existe um crescimento desses recursos (Cenário Baixo 1,6 % e Cenário Alto 4 %). Tendo em conta que a população portuguesa apresentará até 2020 uma quase estabilidade, ao mesmo tempo que se observa um significativo aumento da população com 65 e mais anos, o ligeiro crescimento em recursos humanos previsto parece diminuto quando comparado com o envelhecimento da população (21,6 % da população com 65 e mais e índice dependência de 27,1 %). No entanto, já se prevê para os serviços mais vocacionados para apoio à população idosa (RNCCI) um acréscimo acentuado (58,7 % para o cenário baixo e 133 % para o cenário alto). Refira-se que o sector privado será responsável por 69 % do total, mantendo o peso actual. O aumento da representatividade das entidades privadas na RNCCI estará largamente dependente do número de acordos a celebrar sobretudo com as Misericórdias e restantes IPSS.” (Soares et al., 2011, p. 138).

Admite-se que, até 2050, possam verificar-se alterações significativas no sistema de saúde, as quais são susceptíveis de originar situações que actualmente não são identificáveis em termos de necessidades de recursos humanos. Por tal motivo, não se apresentam quantificações nem cenários de situação em 2050.

Quanto às necessidades futuras de fisioterapeutas, um grupo profissional bastante procurado pela população idosa - a população com mais de 65 anos consome 3 vezes mais fisioterapia que os indivíduos de 25 a 64 anos, 7 vezes mais que os indivíduos com 15 a 24 anos e 6 vezes mais que as crianças com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos –, recolheu-se informação através de um estudo levado a cabo pela Universidade de Aveiro intitulado "Estudo prospectivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030" de Mário Alexandre Gonçalves Lopes (2010), com os seguintes objectivos específicos:

- evolução futura da oferta dos fisioterapeutas em Portugal e o modo como poderá ser condicionada;
- evolução da procura de fisioterapeutas tendo por base a evolução das tendências internacionais, assim como o impacto do envelhecimento demográfico;
- evolução da oferta e da procura, através de um modelo de decisão que estabeleça o equilíbrio entre o número de fisioterapeutas que é necessário formar e as necessidades do país.

Este trabalho, de carácter essencialmente prospectivo, pretende prever a procura, tendo por base o rácio fisioterapeutas/habitante de um conjunto de países onde a fisioterapia está particularmente bem implantada, fazendo uma projecção para o futuro dos dados em painel e adaptá-los ao caso concreto português⁷¹.

⁷¹ "A análise da procura foi dividida em duas fases: uma que integra dados internacionais (a) para a extrapolação para o futuro da equação de regressão, que traduz a série temporal da procura. A outra (b) relaciona o envelhecimento da população com a evolução da procura, calculada na primeira fase" (Lopes, 2010, p.139). Relativamente à oferta, "Define-se a oferta como o número de fisioterapeutas disponíveis no mercado de trabalho. A evolução futura da oferta apenas depende do saldo natural entre as entradas e saídas de profissionais, podendo por isso ser expressa de forma determinística" (ibidem, p. 136).

Os países que cumpriram os critérios de inclusão foram os que forneceram dados estatísticos em sintonia com o número de fisioterapeutas existentes por ano, nomeadamente: Nova Zelândia, Bélgica, Suécia, Canadá, Reino Unido, África do Sul, Estados Unidos da América, Alemanha e Portugal (no painel dos países incluídos constam países com reconhecido relevo internacional no âmbito da Fisioterapia).

Segundo o referido estudo e após o cálculo do rácio previsto para os países nele incluídos, foram efetuadas as estimativas dos fisioterapeutas necessários para satisfazer a procura tendo por base as projeções da população mundial pela OCDE (2009).

Assim, o quadro abaixo mostra o número necessário de fisioterapeutas para satisfazer as necessidades da população nacional em 2030:

- Portugal regista um dos maiores incrementos do número total de fisioterapeutas previstos de 2010 a 2030;
- Crescimento de 153% de fisioterapeutas durante os 20 anos;
- Este incremento poderia ser maior se Portugal registasse um crescimento da população total no mesmo período; porém, a população total decresce 3,7% de 2010 a 2030 (base de dados da OCDE, 2009).

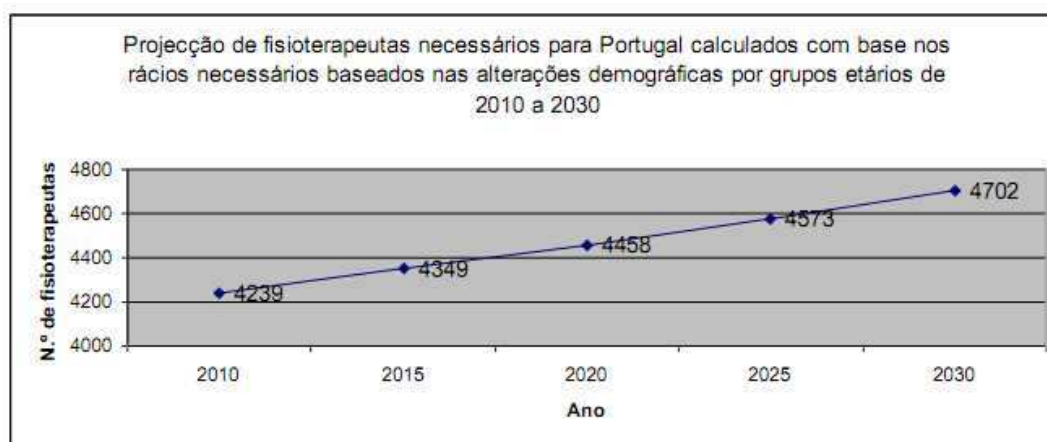
Quadro 7. 15: Número de fisioterapeutas previstos pelo modelo para Portugal 2010-2030

Ano (t)	Rácio Portugal	Pop. OECD	N.º Fisioterapeutas
2010	0,50	10 825 500	5329
2011	0,53	10 825 500	5650
2012	0,56	10 823 000	5984
2013	0,60	10 817 499	6330
2014	0,63	10 809 499	6687
2015	0,67	10 598 998	7057
2016	0,70	10 585 998	7438
2017	0,74	10 570 997	7829
2018	0,78	10 563 498	8230
2019	0,82	10 533 495	8640
2020	0,86	10 511 994	9058
2021	0,90	10 488 993	9484
2022	0,95	10 464 493	9917
2023	0,99	10 438 491	10355
2024	1,04	10 411 491	10798
2025	1,08	10 383 991	11245
2026	1,13	10 355 490	11693
2027	1,18	10 326 490	12143
2028	1,22	10 297 490	12594
2029	1,27	10 267 488	13043
2030	1,32	10 238 989	13489

Fonte: Lopes (2010)

O Gráfico abaixo apresenta as necessidades de fisioterapeutas estimados para Portugal de 2010 a 2030. Ponderando-se apenas as alterações demográficas, o país necessitaria de mais 9,85% de fisioterapeutas em 2030 relativamente a 2010. Este incremento é substancialmente inferior ao esperado, considerando as tendências propostas pelo modelo tal como referido.

Gráfico 7. 3: Variação total das necessidades de fisioterapeutas pelas alterações demográficas por grupos etários de 2010 a 2030 para Portugal



Fonte: Lopes (2010).

Nota. Os cálculos têm por base os fisioterapeutas existentes em Portugal em 2007 (4108 fisioterapeutas)

Porém, tendo em conta os dados de consumo de fisioterapia em Portugal e da evolução demográfica, observa-se que na maioria das regiões do país haverá excedentes de fisioterapeutas em 2030, dentro das premissas admitidas no estudo mencionado. Caso se mantenha o quadro atual do número de vagas, 958 por ano, prevê-se um excesso “médio” de aproximadamente 500 graduados até 2030.

A título de conclusão, o estudo alerta para um cenário pouco promissor para os fisioterapeutas chamando a atenção para a crucial importância do seguimento da evolução da situação pelas entidades competentes.

7.2. Necessidades de ajustamentos de qualificações e competências

O sector dos cuidados de saúde e serviços sociais aparece a nível dos países da UE como um sector com um potencial de crescimento de emprego significativo, sobretudo se se conseguir ultrapassar alguns obstáculos que continuam a impedir a criação de mais e melhores empregos. Entre estes obstáculos, encontra-se a falta de oportunidades de educação e formação, para além das precárias condições de trabalho, a elevada taxa de rotatividade e a falta de perspectiva de carreira.

Consequentemente, segundo o Relatório Bienal sobre Serviços Sociais de Interesse Geral da DG Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão, de 2010, importa investir nos serviços de saúde e serviços sociais de uma forma estrutural e, como tal, torna-se necessária a preparação de planos de recrutamento ativo e de estratégias de formação e requalificação do pessoal do sector.

A mesma linha da importância da formação vinha já no Relatório do EUROFOUND de 2006 sobre “Employment in social care in Europe”, no qual se apontam algumas boas práticas de países europeus sustentadas na qualificação dos trabalhadores dos serviços sociais. Entre as iniciativas apontam-se: (i) o caso da Alemanha que desenvolveu, entre 2000 e 2003, várias acções de formação e de requalificação de cuidadores de pessoas idosas, abarcando cerca de 37 000 pessoas com o objectivo de prevenir o desemprego e de colmatar a escassez de recursos humanos na área dos serviços sociais dirigidos a públicos vulneráveis; (ii) Social Care Access Programme do Reino Unido constituído por uma formação de 6 semanas com vista a encorajar desempregados sem qualificações no domínio dos serviços sociais a trabalhar neste sector.

Todas estas iniciativas focalizam na formação profissional e em programas de acreditação como um meio de melhorar as perspectivas de carreira e a qualidade dos serviços fornecidos bem como de aumentar a oferta no mercado de trabalho.

Para Portugal, o problema da qualificação existe igualmente. Tal como é referido no estudo realizado, em 2005, pelo IQF, os Serviços de Proximidade e, em particular, o domínio dos serviços de acção social, um dos problemas com que o sector se debate é o da generalizada desqualificação, entendida em sentido lato como a baixa qualificação dos recursos humanos, da gestão das empresas e entidades, ancorada num certo amadorismo e uma oferta de serviços onde a aposta na qualidade não é regra (transferência dos perfis de acção – formação para o desenvolvimento da relação de ajuda aos trabalhadores sociais que intervêm junto de públicos em situação de abandono (crianças, adolescentes, idosos) - projecto Leonardo da Vinci, 2008).

No caso específico dos recursos humanos, acresce a baixa profissionalização do sector, no caso específico dos segmentos não lucrativos, que resulta do facto de muitos dos empregos serem entendidos como ocupações de elevada rotatividade e não como verdadeiras profissões. A fraca

profissionalização é o resultado da ausência de regulamentação dos empregos do sector, nomeadamente os empregos que não são de enquadramento, à qual acresce uma oferta formativa muito deficitária em quantidade e qualidade.

Assim, no caso dos serviços de acção social, importa promover medidas de formação que passam por: (i) formação de base escolar e profissional e/ou processos de reconhecimento, validação e certificação de competências; (ii) alargamento da possibilidade de acesso à formação por parte de ativos empregados, fundamentalmente através de itinerários de formação modulares; (iii) coordenação entre a formação contínua e a formação inicial.

De acordo com o trabalho citado acima e, no caso das pessoas que intervêm junto dos idosos, as necessidades estão mais centradas ao nível da relação com o idoso, nos primeiros socorros, em higiene e em doenças características da 3.^a idade. Por outro lado, no inquérito realizado no âmbito do estudo, registou-se interesse em frequentar formação na área da Geriatria, Psicologia do Idoso, saúde mental, gerontologia e primeiros socorros e área comportamental. As formações ministradas e recebidas pelos agentes (formações ligadas à doença, à dependência e ao isolamento) que trabalham junto da população idosa são avaliadas de uma forma positiva nos seguintes aspectos:

- melhoria do conhecimento acerca das necessidades dos utentes — 88,2%
- melhoria do trabalho prestado — 70,6%
- melhoria da adaptação ao trabalho — 52,9%

Quanto à eficácia da formação, os actores que trabalham junto de idosos pronunciaram-se sobre a necessidade de renovação da mesma, a melhoria da qualidade do serviço prestado e a resolução dos problemas específicos.

O estudo “O SECTOR DOS SERVIÇOS DE PROXIMIDADE Serviços de Acção Social, IQF, 2005, Estudos Sectoriais 24” destaca que no sector da acção social, a formação parece assumir uma grande importância quer devido à falta de mão-de-obra qualificada quer devido à crescente necessidade das entidades prestarem um serviço de qualidade, com a aposta na personalização do serviço e numa relação próxima com o beneficiário dos cuidados de apoio, estando por isso, cada vez mais, dependentes da formação dos seus recursos humanos.

Quadro 7. 16: Oferta formativa por domínio de acção social/area de apoio a pessoas idosas

Denominação do Curso	Tipo de Entidade Formadora	Nível de Qualificação	Tipo de Formação	Saídas Profissionais Dirigidas	Relação Face ao Sector
Qualidade de Vida e Autonomia Funcional na Terceira Idade	Ensino Superior Público	—	Contínua/ Pós-graduação	—	Formação apropriável pelo sector (pressupõe uma relação estreita com o sector da Saúde)
Actividade Física para a Terceira Idade	Ensino Superior Privado	—	Contínua/ Mestrado	—	Formação dirigida ao sector
Animação Sociocultural com Idosos		—	Contínua	—	
Aconselhamento em Gerontologia		—		—	
Avaliação Psicológica do Adulto e do Idoso		—		—	
Animação Cultural do Idoso	Entidade Formadora Privada	—	Contínua	—	Formação dirigida ao sector
Animador Sociocultural — Assistente de geriatria	Ensino Profissional	III	Inicial	Assistente de Geriatria	

Fonte: IQF (2005)

De acordo com o quadro acima, pode verificar-se que existe oferta formativa na área da acção social para pessoas idosas desde o nível II ao nível V, apesar desta oferta formativa ser bastante mais limitada do que para outras áreas de acção social em geral. Inclui assim: formação inicial, quer de nível superior (IV e V) quer ao nível do ensino Profissional (III); formações dirigidas a um público mais alargado do que os idosos como é o caso da fisioterapia ou da gerontologia; a oferta dos Centros de Formação Profissional da rede do IEFP é mais dirigida ao nível II com algumas excepções.

Recorrendo ao Catálogo Nacional de Qualificações e ao site da Direcção Geral do Ensino Superior (Cândida Soares e outros, 2011, pp.146-148) são de referir as seguintes ofertas formativas:

No quadro do Catálogo nacional de qualificações:

- formação de nível 2:

- Agente em geriatria (área de educação e formação: trabalho social e orientação);

- Assistente familiar e de apoio à comunidade (área de educação e formação: trabalho social e orientação);
- Operador/a de hidrobalneoterapia (área de educação e formação: saúde)

- formação de nível 4:

- Técnico auxiliar de saúde (área de educação e formação: saúde)
- Técnico/a de termalismo (área de educação e formação: saúde)
- Animador/a sociocultural (área de educação e formação: trabalho social e orientação).

- formação de nível 5:

- Animação em Turismo de Saúde e Bem-Estar
- Acolhimento em Instituição.

Extra catálogo, importa referir a existência de formação de nível 4 em: cuidados de saúde, tecnologias de saúde e animação sociocultural. Por seu turno, a formação de nível superior - licenciatura - para além das áreas mais gerais como a medicina e o serviço social, encontramos outras mais direccionadas para os públicos mais idosos, como a gerontologia e a gerontologia social.

Ao nível dos mestrados, encontra-se a existência de um conjunto de ofertas genéricas na área da saúde e do apoio social, designadamente:

- Enfermagem comunitária,
- Reabilitação psicomotora
- Serviço social
- Sociologia da saúde e da doença
- Desenvolvimento e saúde geral.

A este nível denota-se, igualmente, a existência de um conjunto de formações especificamente direccionadas para o trabalho com a população mais idosa, nomeadamente:

- Saúde e envelhecimento
- Saúde e bem estar das pessoas idosas

- Actividade física para a terceira idade
- Enfermagem de saúde do idoso e geriatria
- Cuidados continuados.

Ao nível dos doutoramentos, a diversidade é menos evidente, centrando-se em domínios como:

- Actividade física e de saúde
- Ciências cardiovasculares
- Ciências da saúde
- Ciências de enfermagem
- Ciências e tecnologias da saúde
- Gerontologia e geriatria
- Investigação clínica e em serviços de saúde
- Medicina
- Segurança e saúde ocupacionais
- Serviço social.

Ainda segundo o estudo SERGA foram detectadas lacunas em termos de qualificações tanto na área dos serviços de apoio social como nos da saúde sobretudo tendo em conta o aumento acentuado previsível da população idosa e muito idosa nas próximas décadas. Entre as qualificações que importa reforçar ao nível das estruturas de apoio à população idosa encontra-se fundamentalmente:

- Médicos de medicina geral e familiar
- Médicos de medicina interna
- Médicos oftalmológicos
- Médicos especialistas em nefrologia, pneumologia, cardiologia, doenças oncológicas, doenças degenerativas e doenças do foro mental
- Enfermeiros
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionais
- Psicólogos
- Animadores sócio culturais

- Auxiliares de acção médica/acção directa
- Assistentes sociais
- Assistentes operacionais
- Técnicos de serviços sociais
- Gestores de caso.

Para além das qualificações que são necessárias reforçar, importa criar novos perfis que tornem mais eficientes e eficazes as intervenções/respostas sociais direccionadas para a população idosa, tais como:

- Médicos com especialidade em geriatria
- Enfermeiros com especialidade em geriatria
- Podologistas geriátricos
- Ajudantes de saúde.

Outro grupo de qualificações que precisam de alguma adaptação/reconversão tendo em conta as características da população alvo bem como o caminho percorrido no sentido de uma maior integração do trabalho desenvolvido entre as várias áreas ligadas à problemática do envelhecimento e o desenvolvimento do trabalho em equipa:

- Ajudantes de lar
- Auxiliares de enfermagem
- Psicólogos
- Terapeutas da fala
- Terapeutas ocupacionais.

Seguidamente, apresentam-se algumas das competências necessárias no sector da saúde e serviços salientando-se que esta abordagem constitui um mecanismo de ajustamento entre a oferta e a procura no mercado de emprego, introduzindo racionalidade à formação e vantagens organizativas às entidades empregadoras. Esta abordagem surge na sequência das grandes transformações que se deram ao nível mundial nos domínios tecnológicos, económicos e sociais com implicações na atividade laboral e no processo de formação no quadro da aprendizagem ao longo da vida.

Centrando nas competências chave, pode-se referir que todas são consideradas igualmente importantes:

7.2.1. Competências Chave

- Criatividade e capacidade de inovação
- Capacidade de análise e resolução de problemas complexos ou de situações de mudança e incerteza
- Capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas
- Capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros
- Saber comunicar experiência de vida

No entanto, destacam-se para a área da saúde a capacidade de análise e resolução de problemas, a capacidade de relacionamento e de trabalho em equipa e o saber comunicar. Igualmente, no domínio dos serviços sociais é também considerado mais relevante a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas.

No domínio da saúde e segundo um estudo específico sobre a caracterização e antecipação das principais necessidades de formação sentidas na RNCCI, levado a cabo pela FCM-UNL, em dezembro de 2011, foram identificadas as competências chave das profissões clínicas que atuam na RNCCI: Médico, Enfermeiro, Psicólogo e Fisioterapeuta e consideradas necessárias à implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Ressalva-se uma vez mais que são objectivos da RNCCI, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Segundo o estudo citado, estima-se que no final de 2011 a distribuição nacional de profissionais (com responsabilidades clínicas) na RNCCI seja: Enfermeiros – 2 262 ETC (equivalente a tempo completo); Médicos – 377 ETC; Psicólogos – 189 ETC e Fisioterapeutas – 377 ETC.

Com base na metodologia adoptada pelo estudo mencionado, fundamentalmente nos resultados dos *Focus groups*, foi possível identificar algumas grandes tendências em termos de desenvolvimentos futuros das competências de 4 profissões (enfermeiros, médicos, psicólogos e fisioterapeutas) nos CCI, sem descurar a importância do desenvolvimento e actualização das competências técnicas e clínicas dessas 4 profissões:

- Competências da Comunicação, Relacionamento inter-pessoal, Trabalho em Equipa;
- Competências inter-pessoais e intra-pessoais (self), com destaque para: análise e reflexão crítica, resiliência (persistência), auto-controlo, organização e gestão pessoal (do tempo e das tarefas), partilha e cooperação, disponibilidade para o outro, maturidade emocional, espírito de pertença;
- Competências técnicas e organizacionais de natureza transversal como mais significativas: planeamento de cuidados, TIC para a simplificação e a desmaterialização de processos, trabalhar em rede e comunidades *on line*, gestão e avaliação de resultados, sistemas de qualidade contínua.

Foram ainda apresentadas, para estas mesmas 4 profissões, as 5 competências chave para alguns perfis exercidos por estes profissionais: perfil de governação e liderança, perfil de cuidadores e prestadores e perfil de promotores e empreendedores sociais. A par das competências específicas surgem igualmente as competências transversais.

Gráfico 7. 4: Perfil de Governação e Liderança

Planejar, organizar e avaliar o ciclo da prestação de CCI	análise e reflexão crítica, comunicação assertiva
Mobilizar e envolver os profissionais, garantindo Equipas produtivas e saudáveis	resiliência (persistência), auto-controlo,
Integrar as melhores práticas, ser tutor e ensinar e garantir a qualidade dos CCI	organização e gestão pessoal
Desmaterializar, simplificar e facilitar recursos para a integração das práticas nas equipas	partilha e cooperação, disponibilidade para o outro,
Comunicar e ganhar o compromisso dos cidadãos e outros actores dos CCI	maturidade emocional, espírito de pertença;

Fonte: Directório de Competências, Necessidades Formativas, Bases para o Plano de Formação, FCM-UNL, Dezembro de 2011

Gráfico 7. 5: Perfil dos Cuidadores e Prestadores

Colocar o cidadão no centro do planeamento e da prestação de cuidados,	análise e reflexão crítica, comunicação assertiva
Dominar e aplicar normas e protocolos da prestação de cuidados	resiliência (persistência), auto-controlo,
Alinhar e integrar as suas decisões e actuações nas práticas da Equipa	organização e gestão pessoal
Explorar ferramentas simplificadoras e integradoras da decisão clínica e apoio ao conhecimento	partilha e cooperação, disponibilidade para o outro,
Avaliar as consequências das suas intervenções, melhorar as suas práticas	maturidade emocional, espírito de pertença;

Fonte: Directório de Competências, Necessidades Formativas, Bases para o Plano de Formação, FCM-UNL, Dezembro de 2011

Gráfico 7. 6: Perfil dos Promotores e Empreendedores Sociais

Aproximar e garantir a articulação entre equipas de coordenação e unidades	análise e reflexão crítica, comunicação assertiva
Garantir a articulação de todos os actores e o cumprimento das orientações e protocolos	resiliência (persistência), auto-controlo,
Simplificar, desmaterializar e garantir transparência no acesso e funcionamento da Rede	organização e gestão pessoal
Promover a cultura da Rede, a inovação e a partilha das melhores práticas internacionais	partilha e cooperação, disponibilidade para o outro,
Avaliar resultados e impactos e fornecer feedback às equipas	maturidade emocional, espírito de pertença;

Fonte: Directório de Competências, Necessidades Formativas, Bases para o Plano de Formação, FCM-UNL, Dezembro de 2011

Estes resultados, em termos de competências sintetizadas nos grupos/clusters de perfis, constituem uma importante fonte para a elaboração de planos de formação, embora não sejam suficientes. Importa estender este tipo de abordagem por competências a outras profissões das CCI, nomeadamente Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, na medida em que esta abordagem permite definir com mais consistência os programas de formação.

A título de síntese deste ponto salienta-se que, tendo em conta o referido sobre a oferta formativa e as necessidades em competência, se torna evidente que há necessidades de formação a todos os níveis no que respeita ao domínio dos cuidados a idosos.

7.3. Conclusões

- As necessidades, em termos de infra estruturas que dêem respostas às carências da população idosa, deverão registar um crescimento significativo nas próximas décadas (prevendo-se que, em

2050, represente cerca de 35% do total de população), e portanto um crescimento do emprego nos sectores de atividade destinados ao apoio social e de saúde a idosos.

- Tal crescimento do emprego (87 milhares em 2011, 120 milhares em 2020 e 246 milhares em 2050) resultaria de um aumento do número das diferentes respostas sociais, tendo por objetivo o incremento da assistência domiciliária, através da dinamização do Serviço de apoio domiciliário, formando pessoal e membros das famílias (cuidadores informais) para esse efeito.

- Dever-se-á caminhar para que os lares sejam a resposta social destinada ao grupo alvo da população com 80 e mais anos, ou situações difíceis de garantir a permanência dos idosos nas suas casas.

- A RNCCI terá como funções essenciais a convalescença e a reabilitação, para além dos cuidados paliativos, uma vez que não existem serviços suficientes para o acompanhamento e a reabilitação dos utentes, nomeadamente de idosos, por parte dos hospitais.

- Tendo em conta a necessidade de se investir nos serviços de saúde e serviços sociais, de uma forma estrutural, tornar-se-á imprescindível a existência de planos de recrutamento ativo e estratégias de formação e requalificação do pessoal do sector.

- Um dos principais problemas com que o sector se debate é a generalizada desqualificação, entendida em sentido lato, a baixa qualificação dos recursos humanos, da gestão das empresas e entidades, e numa oferta de serviços onde a aposta na qualidade não é regra.

8. Sustentabilidade Financeira das IPSS

8.1. Introdução

As IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) são entidades privadas que prosseguem fins de carácter social, nomeadamente a prestação de serviços de apoio às pessoas e às famílias, satisfazendo as necessidades de um dado segmento da população, desde a infância até à velhice, em particular: (i) infância e juventude; (ii) família e comunidade; (iii) invalidez e reabilitação; e (iv) terceira idade. Estes apoios incluem, ainda, serviços ao nível da saúde. O Cap. 6 contém dados sobre as redes de apoio social e de saúde vocacionados para servir a população idosa. O presente capítulo examina a saúde financeira destas instituições que é de grande interesse geral, dado os serviços relevantes que prestam às populações. Vários estudos recentes apresentam recomendações (e.g., Sousa, 2012) em termos de ajustar a estrutura das receitas (diversificação das fontes de financiamento) e reduzir os custos (ver Cap. 9 sobre parcerias, redes, voluntariado, etc.).

A atual crise tem tido forte repercussão nas transferências públicas (quer ao nível central quer das autoridades regionais e locais) no financiamento das ações de apoio social e na área da saúde aos idosos, desenvolvidas pelas IPSS. Não se podem excluir novas reduções nos apoios sociais como ao nível dos serviços de saúde, nomeadamente dos cuidados continuados. A situação de emergência financeira, no contexto da crise das dívidas soberanas (e do euro), encontra-se plasmada na atual conjuntura marcada pela política de austeridade; o decorrente ajustamento da economia portuguesa é visível na forte recessão da atividade económica, falências de empresas, crescente aumento do desemprego e da pobreza, uma situação social de grandes carências. O atual contexto europeu, caracterizado por longas negociações ao nível do Conselho Europeu e a adoção de medidas temporárias, afetou a atividade das economias europeias; a incerteza quanto ao desfecho da crise deverá contribuir para prolongar a emergência portuguesa, agravando ainda mais a situação de emergência social. Esta emergência seria mais grave se as IPSS, por falta de apoio, deixassem de funcionar normalmente – constituindo, assim, uma perda social significativa.

Por outro lado, como os Capítulos 1 e 2 mostram, as necessidades das populações idosas são crescentes, pressionando ainda mais os recursos das IPSS na provisão de respostas a estas

necessidades. A atual emergência social requer um esforço adicional da sociedade e das IPSS em prol da solidariedade social. Neste contexto, a situação financeira das IPSS tornou-se numa questão incontornável, um novo desafio e também uma oportunidade para as instituições se adaptarem ao novo enquadramento financeiro⁷². Apesar da paucidade dos dados que conseguimos recolher sobre os custos das valências para a 3ª idade das IPSS, os resultados obtidos não são diferentes de um estudo do ISS (2006). Por outro lado, e relativamente aos serviços SAD, os custos apurados são comparativamente inferiores aos fornecidos pelo setor lucrativo. Nestas condições, a aposta na solução solidária para responder às necessidades das populações idosas parece ser uma política para ser aprofundada dada a sua eficácia revelada e a sua proximidade aos utentes interessados.

8.2. O setor não lucrativo - a conta satélite das instituições sem fim lucrativo do INE

Os dados da Conta Satélite das Instituições Sem Fim Lucrativo (CSISFL), publicado recentemente pelo INE, relativa ao ano de 2006, estimam o emprego remunerado das ISFL de 4,4% do total da economia; quanto ao peso das remunerações, a referida conta estimava um valor de 3,4% do total e o VAB gerado pelas ISFL ascendia a 2,2% do total⁷³.

Cerca de 50% das ISFL desenvolvia a sua actividade na área da cultura e recreio. As instituições religiosas (15,6%) e os serviços sociais (13,7%) também apresentavam um peso bastante significativo no universo das ISFL. Imediatamente a seguir, mas com um peso relativo já inferior a 5%, encontravam-se as associações patronais, profissionais e sindicatos (4,8%) e as ISFL com actividade de educação e investigação (4,5%).

⁷² De acordo com Sousa (2012, p. 8), a sustentabilidade das IPSS deve ser entendida no triplo sentido de viabilidade, subsistência e complementaridade. “Viabilidade das próprias instituições; subsistência, na solução de problemas das pessoas necessitadas; e complementaridade entre instituições e os grupos de ação social, sem prejuízo da cooperação com outras entidades da sociedade civil e com o Estado.”

⁷³ Ver estudo de Salomon et al. (2012) e Gráfico 2 do INE (2011, p. 16). Uma outra característica importante das ISFL é o peso das remunerações no VAB (89%), um rácio elevado e comparável com o setor das Administrações Públicas (ver Salomon, Gráfico 4). Contudo, Laville (2011) apresenta um conjunto de críticas à metodologia preconizada por Salomon, contrastando o setor não lucrativo com a economia solidária, um conceito mais próximo do universo das instituições em análise no presente estudo. Por seu lado, Quintão (2011) apresenta uma panorâmica preliminar da história do terceiro sector em Portugal (economia social e solidária), na linha das conceções europeias e da América Latina.

Quadro 8. 1: Peso das principais atividades das ISFL (%)

	TCO	VAB	Remunerações
Educação e Investigação	13,2%	15,1%	19,1%
Saúde	9,1%	9,3%	9,4%
Serviços Sociais	53,0%	45,2%	44,0%
Total das ISFL	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: INE, Conta Satélite das Instituições Sem Fim Lucrativo, 2006; TCO – Trabalhador por conta de outrem (Postos Remunerados).

As actividades com menor representatividade estavam relacionadas com o ambiente (1,7%), com a saúde (1,4%) e com outras actividades, nomeadamente lei, direitos e política (1,0%), actividades internacionais (0,6%) e filantropia, promoção e voluntariado (0,2%).” (p. 12) No entanto, em termos de importância do emprego remunerado, as actividades sociais representavam mais de 50% do emprego nas ISFL; as actividades de educação e investigação correspondiam a 13,2% do total, as da saúde eram de 9,1%, e as da cultura e recreio 8,5%.

As actividades Educação e Investigação, Saúde e Serviços Sociais da CSISFL englobam as IPSS na área social, infância e 3ª idade, e na área da saúde. Onde, a análise dos dados da CSISFL daquelas actividades poderá permitir obter um limite superior da real dimensão económica e financeira das IPSS. O quadro seguinte apresenta os principais indicadores da CSISFL destas actividades:

Quadro 8. 2: Indicadores das principais atividades das ISFL

2006	Unidades	TCO	VAB	Remunerações	<u>VAB</u>	<u>Remunerações</u>
	N.º	N.º	10 ³ Euros	10 ³ Euros	Emprego	Emprego
					10 ³ Euros por TCO	
Educação e Investigação	2 057	25 719	459 971	519 135	17,9	20,2
Saúde	636	17 731	282 887	255 889	16,0	14,4
Serviços Sociais	6 255	103 012	1 379 477	1 195 962	13,4	11,6
Total das ISFL	45 543	194 207	3 054 809	2 716 172	15,7	14,0
Total da Economia	-	4 437 563	137 827 720	79 639 521	31,1	17,9

Fonte: INE, Conta Satélite das Instituições Sem Fim Lucrativo, 2006; TCO – Trabalhador por conta de outrem (Postos Remunerados).

O setor dos serviços sociais apresenta um VAB por trabalhador e remunerações inferiores do conjunto das ISFL bem como do total da economia. Relativamente ao peso destes três ramos no total da economia, o quadro seguinte mostra que estes são responsáveis por mais de 3% do emprego remunerado, 2,5% do total das remunerações e 1,5% do VAB da economia.

Quadro 8. 3: Peso das principais atividades das ISFL na economia (%)

	TCO	Remunerações	VAB
	N.º	10 ³ Euros	10 ³ Euros
Edu+Saú+Serv Sociais	146 462	1 970 986	2 122 335
% total da economia	3,3%	2,5%	1,5%

Fonte: INE, Conta Satélite das Instituições Sem Fim Lucrativo, 2006; TCO – Trabalhador por conta de outrem (Postos Remunerados).

O recente estudo de Sousa (2012)⁷⁴ apresenta uma estimativa das IPSS em 2008 de 1,7% do VAB da economia e 2,9% das remunerações totais. O estudo pioneiro de Franco et al. (2006) sobre a dimensão do 3º setor em Portugal⁷⁵ contém a seguinte estimativa de emprego em 2002 (ver Table 2 do referido estudo, p. 11):

- 227 mil trabalhadores a tempo completo:
 - o 160 mil trabalhadores remunerados a tempo completo;
 - o 67 mil voluntários a tempo completo;
- 4,2% da população ativa.

Quanto à estrutura de financiamento das atividades em causa, o quadro seguinte resume os dados da Conta Satélite de 2006:

⁷⁴ Promovido pela IPI, Consulting Network e pela CNIS.

⁷⁵ O estudo Franco et al. (2006) usou os resultados dum inquérito sobre as doações de privados, recorreu aos dados do ficheiro de unidades estatísticas do INE para a construção de estimativas do setor não lucrativo bem como dos dados relativos aos salários, despesa e rendimento do setor não lucrativo das Contas nacionais do INE e dos dados do Instituto António Sérgio do Sector Cooperativo para as atividades das cooperativas de construção.

Quadro 8. 4: Fontes do financiamento das ISFL

	VAB	Transferências e Subsídios	Rendimentos de Propriedade	Outros Recursos
Educação e Investigação	56,8%	31,2%	5,5%	6,5%
Saúde	30,8%	65,5%	0,7%	3,0%
Serviços Sociais	49,5%	36,0%	2,5%	12,1%

Fonte: INE, Conta Satélite das Instituições Sem Fim Lucrativo, 2006

Os subsídios públicos constituem uma fonte importante de financiamento das ISFL. As ISFL consideradas na Conta Satélite englobam um vasto conjunto de instituições que atuam em áreas diversas das IPSS, como cultura, desporto, etc. Por esta razão as estimativas da CSISFL constituem uma aproximação, relativamente grosseira das atividades, emprego e recursos das IPSS que atuam na área social e na prestação de cuidados de saúde a certos estratos da população, como os referidos acima.

O estudo de Franco et al. (2006) apresentou, ainda, a seguinte estimativa do financiamento das ISFL em 2002:

- “Close to half (48 percent) of the revenue of Portuguese nonprofit organizations comes from fees and sales, followed closely by public sector support (40 percent);
- Philanthropy accounts for only 12 percent of the revenue⁷⁶;
- With volunteering⁷⁷ included and treated as a form of philanthropy, the philanthropic share of total nonprofit revenue in Portugal climbs to 21 percent, still well behind fees and government support.” P. 1

Na senda do estudo de Franco, Carvalho (2010) utiliza os dados dos Quadros de Pessoal para estimar o 3º setor no período de 1997 a 2007; Carvalho (2010) concluiu que “The most significant legal status is Charity and Humanitarian Association, accounting for nearly a third (31.18%) of all third sector organizations, and employing half (49.59%) of third sector employees. Culture, Recreation and Sport Associations (14.47%) and Other Associations (16.09%) represent the next

⁷⁶ O estudo de Guimarães (2010) apresenta várias instituições IPSS com financiamento exclusivo ou maioritário por donativos sobretudo de empresas (Quadro 4, p. 38).

⁷⁷ Nos casos estudados por Guimarães (2010), 57% do pessoal ao serviço eram voluntários (ver Quadro 2, p. 31). No estudo da ENTRAJUDA (2011) a bolsa de voluntários compreendia cerca de 16,7 mil voluntários.

larger groups, followed by Cooperatives (12.88%), which are nonetheless the second largest employers (12.23%). Religious organizations, although only fifth in number, are the third in employment (11.05%).” (p. 16). Por outro lado, confirma os resultados da Conta Satélite das ISFL “Social services is by large the most prominent activity in the Portuguese third sector, both in terms of number of organizations dedicated to it (32.74%) and, particularly, in terms of people employed (52.79%). This confirms the picture set forth by the Johns Hopkins Project’s data in 2002, and denotes a further growth in employment level of around 44.51% in 5 years. In spite of this, Social services come only second in terms of revenue (30.78%). It has, nonetheless, known an extraordinary growth in revenue in the 10 years leading to 2007 (around 1,507.95%).”⁷⁸ (p. 18).

Os estudos sobre o 3º setor em Portugal confirmam a importância das instituições ativas no serviço social, mas também revelam uma grande heterogeneidade de instituições no que diz respeito à sua organização, objetivos, missão e financiamento. No conjunto, as instituições do 3º setor apresentam mais de 4% do emprego remunerado. Contudo, a inclusão de instituições não lucrativas nas áreas distintas da solidariedade social (e.g., desporto, cultura, associativismo sindical ou empresarial, etc.) pode afetar a análise da sustentabilidade das instituições da economia solidária. Por outro lado, a inclusão de fundações ou instituições com recursos correntes significativos (eg, receitas dos jogos sociais no caso da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, fundações com ativos significativos como a FCG) nas ISFL afeta a análise da sustentabilidade das IPSS que atuam na área de apoio social e saúde a estratos de populações. Desta forma, as estimativas reportadas acima servem de indicadores aproximados sobre a importância e a dimensão relativa das IPSS objeto do presente estudo.

Como se irá verificar nas seções seguintes, as IPSS mais representativas nas áreas de apoio social e saúde apresentam rácios de financiamento público no total das receitas significativamente mais elevados que as estimadas nos estudos citados acima. Apresenta-se na secção seguinte, em primeiro lugar e na falta de estudos publicados sobre a situação financeira das IPSS, uma estimativa do financiamento público às IPSS no passado recente, baseada na Conta da Segurança Social, no Relatório e Contas do SNS, na estimativa da despesa fiscal constante na Conta Geral do Estado e numa auditoria do Tribunal de Contas (2010) relativa às transferências dos municípios do Continente às IPSS.

⁷⁸ Ver Carvalho (2010, pp. 18-19), Table VII.

8.3. Estimativa das transferências públicas às IPSS

O quadro seguinte apresenta estimativas das transferências da Segurança Social, do SNS bem como da despesa fiscal em IVA (restituição dos pagamentos de IVA às IPSS). Dada a diversidade da natureza destas fontes, o valor apurado constitui somente uma aproximação do valor real das transferências da Administração Central às IPSS.

Quadro 8. 5: Transferências da Segurança Social, do SNS e despesa fiscal em IVA das IPSS (% do PIB)

	2008	2009	2010
Subsistema de Ação Social			
Transf. Corrente	0,71%	0,77%	0,76%
Transf. Capital	0,02%	0,04%	0,04%
Subsistema de Solidariedade			
Transf. Corrente	0,01%	0,02%	0,02%
Sistema Previdencial Repartição			
Transf. Capital	0,00%	0,00%	0,00%
Total Seg. Social	0,81%	0,82%	1,07%
SNS (est)	0,09%	0,07%	0,06%
Despesa fiscal em IVA	0,03%	0,04%	0,05%
Soma	0,93%	0,94%	1,18%

Fonte: Conta da Segurança Social, 2010, Quadro p. 139 e Mapa XIV, Relatório do SNS, 2010, e Conta Geral do Estado de 2010, QUADRO 162 - Despesa fiscal em IVA, p. 252

O valor estimado para o financiamento das Administrações Centrais situa-se nos 1% do PIB por ano, no período de 2008 a 2010. No Continente, para além, das transferências da Administração Central, os Municípios têm também contribuído para as atividades e para os investimentos das IPSS. O Tribunal de Contas publicou uma auditoria a estes fluxos financeiros para o período 2005-07, na base de um inquérito a 278 Municípios (Tribunal de Contas, 2010).

Quadro 8. 6: Transferências dos Municípios para as ISFL e Famílias

(mil euros)	2005	2006	2007
Apoio Social	63.270	57.548	63.734
Educação/Ambiente	26.662	31.753	46.442
Humanitário	39.935	38.326	39.789
Soma	129.868	127.626	149.966
% PIB	0,08%	0,08%	0,09%

Fonte: Tribunal de Contas (2010, pp. 15-16), Q2 e Q3,

Tendo em conta somente os valores transferidos para o Apoio Social, Educação/Ambiente e Humanitário, o valor médio dessas transferências dos Municípios inquiridos nesse triénio é de 0,08% do PIB. Na hipótese deste esforço financeiro dos Municípios se manter, as transferências públicas para as IPSS no Continente situam-se nos 1,1% do PIB. Estas transferências destinam-se a todas as atividades das IPSS. Os apoios públicos financeiros mais significativos da Seguranças Social para as atividades das IPSS, nas diversas valências para a 3ª idade, constam no quadro seguinte:

Quadro 8. 7: Despesa das Valências da 3ª idade (2010)

Descrição da Valência	Despesa	nº acordos	nº utentes
	Mil euros	Nº	Nº
APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO	7 275	183	1 725
UNIDADE APOIO INTEGRADO	898	13	170
CENTRO CONVÍVIO	7 459	453	12 242
CENTRO DE DIA	47 234	1 878	39 749
LAR PARA IDOSOS	215 688	1 302	49 564
RESIDÊNCIA	638	7	127
SERVIÇO APOIO DOMICILIÁRIO	199 520	2 918	64 443
ACOLHIMENTO FAMILIAR - POP. IDOSA	35	1	8
CENTRO ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO DE EMERGÊNCIA PARA IDOSOS	54	1	13
CENTRO NOITE	531	17	160
COMPLEMENTO PARA LARES DE IDOSOS	2 649	368	2 656
Total da Área	482 007	7 179	171 817

Fonte: Conta da Segurança Social (2010, p. 415)

A despesa mensal *per capita* por idoso está estimada em 234 euros em 2010 (228 euros em 2008, cfr Conta da Segurança Social de 2008, p. 392). A despesa nos Lares para idosos representava 44,7% da despesa para a 3ª idade, seguida do Serviço de Apoio Domiciliário (41,4% e 1,5% para o Apoio Domiciliário Integrado); o peso da despesa dos Centros de Dia situava-se nos 9,8% e o dos Centros de Convívio era de 1,5%. Apesar do esforço de evitar a institucionalização dos idosos, a despesa em Lares representava ainda a maior parcela da despesa da Segurança Social para a 3ª idade.

8.4. Indicadores de sustentabilidade financeira

O estudo pioneiro de Tuckman e Chang (1991) sobre a vulnerabilidade financeira das instituições de caridade (sem fim lucrativo) recebeu contributos importantes de Keating et al. (2005) e Trussel e Parsons (2003), entre outros⁷⁹. Em geral, esta literatura propõe um conjunto de variáveis económicas e financeiras para a construção de indicadores de vulnerabilidade financeira⁸⁰.

De acordo com Hodge (2006), a construção do Financial Vulnerability Index (FVI) inclui “five key indicators that were integrated into a composite formula to provide a numerical representation of organizational financial vulnerability. The indicators include debt ratio (DEBT), revenue concentration (CONCEN), surplus margin (MARGIN), administrative cost ratio (ADMIN), and organizational asset size (SIZE).⁸¹” (P. 46). O trabalho de Trussel e Parsons (2003) apresenta a lógica de cada um destes indicadores:

⁷⁹ O trabalho de Hodge (2006) investiga o papel da liderança das instituições sem fins lucrativos na performance das mesmas.

⁸⁰ Do ponto de vista concetual, sustentabilidade financeira pode ser entendida como um objetivo de médio e longo prazo, necessário para a sobrevivência da instituição e vulnerabilidade financeira refere-se a potenciais problemas momentâneos de índole financeira (e.g., liquidez para satisfazer os compromissos de curto prazo num contexto de dificuldades de acesso ao crédito). No entanto, a abrangência dos indicadores considerados pelos autores referidos acima permite concluir que, de fato, é a sustentabilidade financeira, o verdadeiro objeto de análise.

⁸¹ Uma das vantagens da proposta de Tuckman e Chang é a existência de dados financeiros reportados pelas instituições sem fins lucrativos nas declarações equivalentes ao regime de IRC em Portugal. Hodge, reportando para o caso americano, indica as variáveis dessas declarações para as variáveis do Financial Vulnerability Index (pp. 36 e 37):

1. Equity balance (DEBT)
 - a. Liabilities: line 66
 - b. Assets: line 59
2. Revenue concentration (CONCEN)
 - a. Private funding: line 1a

“Debt ratio (DEBT). A charity with a higher proportion of debt in its capital structure will be more limited in its ability to replace these lost revenues, when faced with a financial shock, than one with a lower proportion of debt. Conversely, a charity with less debt in its capital structure is more likely to be able to leverage its borrowing power, under similar circumstances. Thus, the higher the debt ratio, the more likely the organization is to be financially vulnerable.

Revenue concentration index (CONCEN). Charities derive revenue from gifts, grants, program services, membership dues, sales of inventories, and investments. Charities with fewer revenue sources are more vulnerable to financial shock than those with multiple revenue sources, because a charity with multiple sources may be able to rely on alternative sources of funding and thus avoid reducing services. A charity that receives all of its revenue from one source has a “revenue concentration index” of one. A charity with multiple sources of revenue will have an index approaching zero.

Administrative cost ratio (ADMIN). Charities with relatively low administrative costs are more financially vulnerable than are those with relatively high administrative costs. Charities devoting a higher proportion of revenue to administration may be able to reduce discretionary costs before having to reduce services.

Surplus margin (MARGIN). Charities with a low surplus (i.e., excess of revenues over expenses) are more vulnerable than are those with high surpluses, because a high-surplus charity could operate with a reduced surplus before it needs to reduce services. Thus, the lower the surplus margin, the greater the financial vulnerability of the organization.

-
- b. Government funding: line 1c
 - c. Commercial (program) funding: line 2
 - d. Indirect private funding: line 1b
 - 3. Administration costs (ADMIN)
 - a. Administrative expenses: line 14
 - b. Total expenses: line 12
 - 4. Operating margin (MARGIN)
 - a. Revenues: line 12
 - b. Expenses: line 17
 - 5. Size of the organization (SIZE)
 - a. Total assets: line 59

We also used two additional measures. We included *organizational size (SIZE)*, because larger charities may be less vulnerable than smaller ones. We also included *industry (INDUSTRY)*, because the charitable sector is similar to the business sector in that it is extremely diverse.”

8.5. Estudos sobre a sustentabilidade das IPSS

Lobão (2011) apresenta uma análise da missão das instituições de solidariedade social e respetivo equilíbrio permanente em termos de financiamento, proporcionando valor à sociedade, com receitas provenientes de várias fontes (utentes, entes públicos, donativos, voluntariado, empresas). Canaveses (2011) apresenta uma reflexão sobre o desafio da sustentabilidade no atual contexto de forte restrições financeiras, enquadrado numa cultura social: aversão ao risco e valorização da estabilidade. De notar que chama a atenção dos decisores das IPSS sobre as seguintes estratégias de sustentabilidade:

- “Aposta na comunicação como arma estratégica para robustecer a ligação com os outros dois sectores da economia.
- Procurar soluções colaborativas, ideias geniosas, atrair e reter os melhores e procurar formas de apropriação da inteligência coletiva para a resolução de problemas sociais.
- Aproveitar as parcerias e a informação como um recurso.
- A sustentabilidade financeira decorre da sustentabilidade estratégica!”

Gonçalves (2008) examina os desafios à gestão social das organizações sociais privadas, nomeadamente derivados de:

- “Densidade e diversidade dos problemas sociais (questão da Eficácia).
- Complexidade da intervenção (envolvendo diferentes instrumentos e interlocutores – questão da Eficiência).
- Exiguidade de Recursos e de Respostas (os limites do Estado Providência e da solidariedade verticalizada)”.

As principais propostas, na opinião de Gonçalves, para as IPSS sustentarem a ação assistencial consistem em:

- “Implementar a “discriminação positiva” de preços, transferindo valor de entre beneficiários economicamente solventes para aqueles economicamente vulneráveis?” (p. 31 da apresentação).
- “Incrementar recursos transferidos de parcerias?
- Gerindo em rede, adquirindo dimensão negocial?
- Incorporando a planificação estratégica na gestão social?” (p. 32 da apresentação).

Lourenço (2011) examina o papel do Marketing no setor não lucrativo. Através de um questionário às IPSS, Lourenço conclui que “Os resultados mostraram que as IPSS portuguesas estão orientadas para o mercado tanto na perspectiva dos benfeitores como na dos beneficiários, evidenciando um comportamento mais proativo em relação a este último grupo. Não se verificaram diferenças significativas na orientação para o mercado das IPSS estudadas, tendo em conta algumas das suas características, como a sua área de actuação, o número de beneficiários, o número de voluntários e a fonte de recursos.” (p. 2). Dos 477 questionários enviados on-line, obteve 102 respostas, com um total de 94 respostas válidas (uma taxa de resposta de 19,7%). “A maioria das IPSS que respondeu ao questionário tem como área de actuação o apoio a crianças e jovens (39,4%), seguida da protecção dos cidadãos na velhice e invalidez (11,7%) e da categoria “Outros” que, na sua maioria, é composta por IPSS que trabalham em várias áreas de actuação ao mesmo tempo. Relativamente ao número de membros (técnicos e outros funcionários), a maioria das IPSS tem entre 10 e 30 (36,2%); no entanto as que têm menos de 10 membros também têm grande expressão (28,7%). No que diz respeito aos anos de existência da instituição, verificou-se que a maior parte existe entre 10 a 30 anos (46,8%). Em relação ao número de beneficiários (residentes e não-residentes), 55,3% tem mais de 100. Quanto ao número de voluntários em média, por mês, 66% das IPSS pode contar com menos de 10 voluntários. A principal fonte de recursos das IPSS portuguesas é o Estado em complemento com fundos privados (27,7%) ou predominantemente o Estado (24,5%).” (p. 44).

Valga (2010) elaborou um estudo de caso de uma IPSS na área da Saúde em 2009, comparando os benefícios públicos obtidos com o custo na prestação de serviços de solidariedade para a comunidade. Trata-se de uma avaliação custo-benefício social, englobando a totalidade dos custos e dos benefícios. Concluiu que o custo era superior aos benefícios obtidos; assim, a sociedade obteve benefícios superior aos benefícios concedidos pelo Estado (parte do custo social).

- Recolha de Relatórios e Contas de IPSS, Centros social, comunitários, com atividades:
 - Lar; e/ou
 - Centro de dia; e/ou
 - Serviços de apoio domiciliário
 - UCCI

No estudo de Sousa (2012, pp. 34-5), na base de entrevistas a cerca de duas dezenas de dirigentes das IPSS, estima-se que para 80% das instituições que responderam ao inquérito desse estudo, as transferências e os subsídios públicos da Segurança Social (correspondendo a cerca de 50% das receitas totais) constituem a principal fonte de financiamento, complementados pelas receitas pagas pelos utentes (na casa dos 40%). As IPSS têm aumentado os serviços prestados e alargaram serviços para utentes com maior capacidade económica, em concorrência com instituições lucrativas, permitindo ganhos em receitas. A diversificação na oferta de serviços, feita de maneira planeada e estudada, pode beneficiar de economias de escala, potenciando a utilização de equipamentos existentes (e.g., as cozinhas). As receitas de eventos ocasionais (mas periódicos) têm também contribuído para o reforço financeiro das IPSS. O voluntariado constitui também uma vertente importante na contenção dos custos (ou até à redução de custos do trabalho) – trata-se de uma componente importante do envelhecimento ativo, na ótica dos reformados, nomeadamente dos que possuem formação e experiência técnica (ver Cap. 9). Os apoios em espécie foram também mencionados, em especial os do Banco Alimentar contra a Fome. Por fim, a contenção dos custos em geral constitui um importante elemento na gestão das IPSS quer através de renegociação com os fornecedores, quer no estabelecimento de parcerias e redes com outras instituições de solidariedade ou privadas (ver Cap. 9).

Este estudo debruça-se, ainda, sobre a falta de perceção da sociedade sobre as atividades das IPSS através da análise dos *media*. Por exemplo, “o financiamento e sustentabilidade das IPSS não tem sido um assunto que preocupe significativamente a sociedade civil. Todos nós, sociedade civil, tendemos a tomar por garantidos os serviços sociais prestados pelas IPSS, mas a consciência de que é também uma responsabilidade de todos nós colaborarmos para a sustentabilidade a prazo desses serviços, é ainda incipiente... Em suma, o objetivo de um maior envolvimento da sociedade requer um esforço por parte das IPSS de promoção da sua imagem social, até porque “não se pode ajudar o

que não se conhece”” (p. 41). Uma parceria das IPSS na utilização das redes sociais poderia ser eficaz e de baixo custo; outras ações de comunicação dirigidas a outras camadas da população seriam também necessárias para mobilizar a sociedade civil em prol da sustentabilidade financeira das IPSS.

As mais importante recomendações deste estudo (pp. 73 a 83) vão da necessidade de profissionalizar a gestão das IPSS, à formação de parcerias com empresas no âmbito da promoção da responsabilidade social, à criação de centrais de compras, à partilha de recursos humanos especializados, à operacionalização da “Rede Social” e à aposta no marketing social.

8.6. Entrevistas aprofundadas de IPSS

No âmbito deste estudo foram realizadas algumas entrevistas aprofundadas com provedores de lares da Santa Casa da Misericórdia e responsáveis de Instituições Privadas de Solidariedade Social.

Estas entrevistas permitiram identificar algumas diferenças e transversalidades na forma como a situação atual é perspectivada e nas questões que esta suscita. Complementarmente, foi também possível estabelecer uma relação entre as perceções dos potenciais utentes destes serviços e dos que os gerem.

Junto dos Provedores de lares da Santa Casa da Misericórdia e responsáveis por lares de Instituições Particulares de Solidariedade Social

- I. Explorar perspetivas sobre a situação atual das instituições que prestam serviços às pessoas mais velhas e identificar os aspetos mais determinantes que para ela contribuem.
- II. Identificar dificuldades de sustentabilidade nestas instituições e soluções preconizadas para as ultrapassar.

8.6.1. Métodos de recolha de informação

O trabalho desenvolvido pela equipa assumiu uma tónica assumidamente exploratória, tendo-se recorrido a metodologias qualitativas, através de formatos de recolha de informação como os *focus*

groups e entrevistas aprofundadas. Optou-se, pois, por uma abordagem em profundidade e não representativa a nível estatístico às diferentes realidades dos públicos abrangidos neste tema.

Entrevistas aprofundadas com responsáveis em lares da Santa Casa da Misericórdia e IPSS: considerando que cada instituição tem especificidades à luz das quais os temas em estudo devem ser explorados, uma abordagem individual é a mais adequada à recolha de informação junto deste público-alvo.

Nas entrevistas com responsáveis em lares da Santa Casa da Misericórdia e de Instituições Particulares de Solidariedade Social, os entrevistados foram selecionados a partir de um universo de 400 instituições. As entrevistas decorreram na instituição, tendo uma duração média de uma hora.

A interpretação dos resultados, tal como é próprio natureza das metodologias qualitativas, aconselha um cuidado suplementar na economia de elaboração e apresentação de resultados. Esta análise toma em consideração as observações empíricas e três tipos de outputs: o discurso dos entrevistados sobre si próprios, o seu discurso sobre a oferta em análise e o próprio ponto de vista do investigador sobre os públicos com que contactou.

- 12 Entrevistas aprofundadas com responsáveis por lares da Santa Casa da Misericórdia e de IPSS, das quais:

6 entrevistas aprofundadas em Lares da Santa Casa da Misericórdia	6 entrevistas aprofundadas em Lares de Instituições Particulares de Solidariedade Social
• Santa Casa da Misericórdia de Alcochete • Santa Casa da Misericórdia de Almada • Santa Casa da Misericórdia de Amadora • Santa Casa da Misericórdia de Cascais • Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras • Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca de Xira	• Caritas Paroquial do Vilar (Cadaval) • Centro Paroquial Nossa Senhora Virtuosa (Alenquer) • Centro de Bem Estar Social de Queluz (Queluz) • Associação de Solidariedade e Apoio Social do pessoal da TAP (Sintra) • Lar Neide Neves (Lisboa) • Fundação Cardeal Cerejeira (Sintra)
O perfil das Santas Casas que visitámos é muito heterogéneo, tanto a nível da sua dimensão e	As IPSS visitadas, de menor dimensão comparativamente aos lares das Santas Casas,

estrutura, como do património que cada uma possui. Desde instituições com uma antiguidade de vários séculos – o caso da Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras criada no século XVI- até à Santa Casa da Misericórdia da Amadora, fundada em 1986, elas apresentam diferenças substanciais. Se algumas representam contextos relativamente pequenos, de “ambiente familiar, em que todas as pessoas se conhecem” (SCM Alcochete), outras implicam um fluxo maior de população e utentes, com dimensões e realidades muito mais diversificadas e mesmo multiculturais (caso da Amadora).	localizavam-se todas fora da cidade (salvo a IPSS sita em Queluz). O facto de se encontrarem em localidades mais pequenas, com a calma e a vista desafogada que o campo permite, pareceu logo à primeira vista criar uma certa atmosfera de qualidade de vida que, mais tarde, foi reiterada no decurso das entrevistas como uma preocupação dos responsáveis destas instituições.

A distribuição geográfica e a identificação das instituições participantes neste exercício encontram-se no Anexo 1 do presente capítulo.

8.6.2. Caracterização dos entrevistados nos lares da Santa Casa da Misericórdia e de IPSS

Os entrevistados foram na maioria provedores de Santas Casas da Misericórdia e num caso apenas - Amadora - o diretor-geral. A média de idades dos provedores era de cerca de 65 anos, sendo que o diretor entrevistado teria uma idade bastante inferior à dos provedores – cerca de 40 anos.

As entrevistas foram realizadas nas instalações dos edifícios das diferentes Santas Casas, algumas das quais contendo os lares no próprio edifício. Noutros casos, os lares localizavam-se fora dos edifícios, mas não muito longe destes. Das 6 instituições, apenas uma nos levou a visitar as instalações (o Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Vila Franca de Xira fez-nos a visita pelos dois lares que a instituição tem).

No caso das IPSS, os entrevistados tinham uma idade média de cerca de 43 anos. As entrevistas aconteceram nos gabinetes dos responsáveis dos lares. Dois dos diretores fizeram questão de nos mostrar os vários espaços constituintes dos lares, desde as salas de refeição, às salas de convívio, ao espaço informático, e até mesmo os quartos dos utentes.

8.6.3. A situação atual: aspetos transversais na agenda de preocupações e soluções preconizadas em lares da Santa Casa da Misericórdia e de IPSS

As entrevistas permitiram identificar algumas diferenças e transversalidades na forma como a situação atual é perspectivada e nas questões que esta suscita. Complementarmente, foi também possível estabelecer uma relação entre as perceções dos potenciais utentes destes serviços e dos que os gerem que se pode aferir no relatório final dos resultados dos *Focus Groups* (Cf. Cap. 4 e 6).

De um modo geral, no momento de crise que o País atravessa, a situação atual é caracterizada como difícil, o que se traduz de várias formas:

- É cada vez mais complicado ter sustentabilidade sem afetar a qualidade dos serviços prestados:
- Muitas famílias estão em dificuldade, o que resulta no atraso de pagamentos ou mesmo em casos de não pagamento das mensalidades e de outros serviços prestados – por exemplo, em lares de IPSS, consultas a médicos particulares. Há também uma outra consequência perversa deste tipo de situações: as famílias com mensalidades em atraso deixam de vir visitar os seus mais velhos...

A responsabilidade no pagamento das mensalidades é também dos filhos e agora começa a sentir-se a crise. (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

As famílias deixam de visitar os familiares porque têm as mensalidades em atraso (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

- Os recentes cortes salariais também afetaram muitos reformados, o que por sua vez também teve impacto nos montantes canalizados para pagamento de mensalidades.

As famílias deixam de visitar os familiares porque têm as mensalidades em atraso (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

Mas as pessoas em Alcochete têm as pensões muito baixas nomeadamente as mulheres.

As terras perto de Lisboa é muito complicado. (Provedor de lar da Santa Casa da

Misericórdia)

- As despesas não diminuíram – pelo contrário houve aumentos nos custos da luz e do gás.

IVA da luz e do gás aumentou muito, de 6 para 23%.

- Há lares em que começa a haver quebras nas listas de espera: no contexto atual de dificuldade, algumas famílias estão a optar por ficar com os mais velhos em casa para não abrirem mão do valor das reformas destes.

Aparecem situações em que há avós com rendimentos superiores aos dos filhos e netos,

então é preferível manter os idosos em casa. (Provedor de lar da Santa Casa da

Misericórdia)

- No que diz respeito à prestação de apoio domiciliário, não existe por parte da Segurança Social uma diferenciação por grau de acompanhamento – a comparticipação é a mesma, quer seja necessário deslocar um auxiliar apenas uma vez por dia para dar o almoço ou 3 vezes por dia, para fazer a higiene de um acamado.

Em larga medida, tanto nos lares da Misericórdia como nos das IPSS foram/estão a ser adotadas estratégias semelhantes de contenção de custos:

- Racionalização de gastos em energia: análise dos custos, maior controlo dos consumos, instalação de sistemas mais inteligentes ou que aproveitam energias renováveis.

Instalámos painéis solares oferecidos pelo Banco Alimentar, permitem uma boa poupança na conta da luz nomeadamente no aquecimento (Director de lar IPSS)

- Renegociação dos contratos com fornecedores e pesquisa para encontrar fornecedores que apresentem custos mais baixos sem decréscimo da qualidade de serviço.

Estamos a rever todos os nossos contratos com fornecedores, para ver se encontramos preços mais baratos. (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

- Maior racionalização de gastos em materiais e dos desperdícios – por exemplo reciclar tinteiros de impressoras, reutilizar materiais.

- Recurso ao apoio Banco Alimentar.

Tivemos que começar a recorrer ao Banco Alimentar porque esta vai ser difícil fazer frente a todas as despesas. (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

- Recorrer à colaboração de voluntários para certas tarefas – uma vez que a redução de pessoal ou a redução de salários não são alternativas em nenhuma das instituições entrevistadas, pois implicaria menos qualidade no serviço prestado.

Não se pode cortar a nível de pessoal porque essa é uma parte muito importante. As remunerações são muito baixas (apenas um pouco acima do mínimo exigido pela lei). Mas se as remunerações baixarem muito, obviamente a qualidade será posta em causa.

(Director de lar IPSS)

Quadro 8. 8: Aspetos comuns nas preocupações sobre a sustentabilidade das instituições e respostas adotadas/em curso em Lares da Santa Casa da Misericórdia e lares de IPSS

	Lares da Santa Casa da Misericórdia	Lares de Instituições Particulares de Solidariedade Social
Fluxo de recebimento de mensalidades	▶ Atrasos no pagamento das mensalidades ▶ Pedidos de redução de mensalidades ▶ Casos de não pagamento ▶ Risco de abandono - Famílias com pagamentos em atraso deixam de visitar familiares que estão no lar ▶ Equilibrar a relação entre os que pagam e os que não conseguem pagar	▶ Atrasos no pagamento das mensalidades dos utentes que têm comparticipação da Segurança Social ▶ Atrasos/não pagamento de serviços extra – ex: consultas de médicos particulares
No apoio domiciliário a comparticipação da segurança Social não é diferenciada por nível de acompanhamento	▶ A comparticipação da Segurança Social é a mesma no caso de uma ou várias deslocações diárias a casa do utente	▶ A comparticipação da Segurança Social é a mesma no caso de uma ou várias deslocações diárias a casa do utente
Aumento das	▶ Aumento dos gastos de água e energia (IVA de luz e gás passou de 6 para 23%) ▶ Aumento dos gastos em alimentação	▶ Aumento dos gastos de água e energia (IVA de luz e gás passou de 6 para 23%) ▶ Aumento dos gastos em alimentação

despesas	▶ Racionalização de todos os custos: • Renegociação de contratos com fornecedores • Instalação de soluções que poupam água e energia ▶ Recurso ao apoio do Banco Alimentar ▶ Racionalização dos gastos por refeição dos utentes com ajuda de um dietista: reduzir gastos adotando dieta adequada à idade dos utentes e garantindo qualidade alimentar ▶ Gastos com pessoal representam a maior fatia do orçamento: procura de voluntários que possam ajudar em certas tarefas	▶ Racionalização de todos os custos: • Renegociação de contratos com fornecedores • Instalação de soluções que poupam água e energia • Outsourcing de serviços de limpeza e alimentação • Reciclagem de materiais – tinteiros recicláveis ▶ Recurso ao apoio do Banco Alimentar ▶ Gastos com pessoal representam a maior fatia do orçamento: procura de voluntários que possam ajudar em certas tarefas
Quebras nas listas de espera	▶ Nota-se uma tendência para as famílias reterem as pessoas mais velhas em casa até mais tarde para poderem dispor do dinheiro das reformas	▶ Nota-se uma tendência para as famílias reterem as pessoas mais velhas em casa até mais tarde para poderem dispor do dinheiro das reformas

8.6.4. Soluções preconizadas para garantir a sustentabilidade das instituições

Já no que diz respeito às possíveis fontes de receita para garantir a sustentabilidade destas instituições, as soluções preconizadas traduzem perspetivas relativamente diferentes sobre o papel e o posicionamento dos lares da Misericórdia e das IPSS.

- A Santa Casa da Misericórdia caracteriza-se pela sua vocação no apoio à inclusão e à redução dos desequilíbrios sociais.

Tem que haver sustentabilidade mas sem descurar a qualidade. Temos qualidade, e, por isso, somos procurados por pessoas de rendimentos maiores. Os que têm mais, pagam mais e os que têm menos, pagam menos. Tentamos manter uma relação entre as pessoas que pagam e as que não podem pagar..(Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

As Misericórdias existem para ajudar as pessoas mas quanto mais rurais elas são mais dificuldades têm. ..(Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

- Neste contexto, nos lares da Misericórdia, as soluções passam sobretudo por uma maior rentabilização dos recursos existentes, com vista ao desenvolvimento da oferta no eixo Saúde para utentes que já chegam às instituições tarde e carecidos de cuidados médicos.

► Uma aposta na oferta de unidades de cuidados continuados, que poderiam receber acamados que atualmente ocupam recursos em hospitais. Num contexto em que as pessoas vivem mais tempo, mas muitas vezes com debilidade física, estas unidades poderiam canalizar receitas do Ministério da Saúde, rentabilizando infraestruturas da Misericórdia: imóveis, cozinhas, lavandarias.

No lar cerca de 80% dos idosos tem alguma debilidade. O acompanhamento dos técnicos é muito importante, embora diferente do acompanhamento familiar, é muito importante... (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

Os lares são transformados em casas de saúde: as pessoas vivem muito mais, há muitas pessoas debilitadas fisicamente... (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

Esta solução já foi posta em prática em algumas instituições, mas numa fase inicial tem encontrado dificuldades – nuns casos, ao nível da amortização do investimento feito para obras e equipamentos, pois os apoios do Estado foram cancelados; noutros casos, os projetos para unidades de Cuidados Continuados foram suspensos por causa da crise.

As SCM que entraram em unidades de cuidado continuados têm muita dificuldade em amortizar... (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

Temos um projeto para cuidados continuados de 3 milhões de euros) mas que está suspenso. Os projetos que ainda não tinham sido iniciados ficaram todos suspensos por causa da crise. O estado comparticipa com cerca de 350 mil euros no máximo... (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

► Uma outra fonte de possíveis recursos é a rentabilização dos recursos existentes na Instituição, por exemplo a canalização para os lares de fundos resultantes do arrendamento de imóveis e rentabilização do património da Misericórdia.

A praça de touros, está arrendada por 35 000 euros, mas lá está, é um, espaço que tem levado um grande investimento. (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

O Hospital de Vila Franca de Xira está arrendado à ARSLVT mas vai ser construído novo hospital em Povos. (Provedor de lar da Santa Casa da Misericórdia)

- ▶ Organização de eventos para angariação de fundos: festas, concursos, vendas de Natal.
 - ▶ Rentabilização dos recursos internos para produção de produtos que se possam vender – por exemplo, a venda de refeições prontas para fora.
 - ▶ Finalmente, existe ainda a expectativa de que continuem a chegar donativos de particulares ou instituições.
- Nos lares das IPSS, a principal preocupação é a manutenção de uma boa qualidade de vida dos utentes e de níveis de satisfação elevados - tanto destes como dos seus familiares - pois só desta forma será possível garantir a sustentabilidade destas instituições. Deste modo, é dada especial atenção a todos os aspetos que possam contrariar as associações e expectativas negativas suscitadas pela palavra LAR, tendo em vista um universo de utentes que pode ingressar numa instituição numa fase em que tem ainda alguma autonomia.

As pessoas que ainda são autónomas têm uma opção relativa, as pessoas sabem que têm que ir para um lar mas podem escolher (Director de um lar IPSS)

A maior parte dos utentes chega ao lar num estado avançado de dependência, mas há uns que se mantêm autónomos, indo ao café, à missa. (Director de um lar IPSS)

Estas preocupações estão refletidas ao nível da qualidade das instalações e do espaço envolvente, da higiene e do serviço – mas o traço que mais distingue estas instituições é a oferta de uma diversidade de atividades que os utentes poderão escolher, desde aulas de informática a ginástica.

O espaço não parece um lar e isso tem custos. Tem muita higiene, os utentes tomam banho diariamente, o espaço não cheira a velho. (Director de lar IPSS)

Há boa qualidade de vida. Há bom espaço e bons serviços prestados. (Director de lar IPSS)

É também de salientar que, de uma forma geral, estas instituições parecem ter maior relação com a comunidade: em muitos casos, os utentes residiam na área e são frequentemente visitados pelos familiares; são realizados eventos que facilitam encontros entre utentes e os membros da comunidade – por exemplo: vendas de Natal com produtos feitos no lar, visitas a creches para promover contactos intergeracionais.

Temos os “jogos de outro tempo” em que os utentes vão às creches explicar às crianças um determinado jogo. (Director de lar IPSS)

Em alguns lares visitados foi possível constatar uma das consequências positivas desta maior abertura à comunidade: muitos dos utentes que agora são residentes começaram por tomar contacto com a instituição através do seu Centro de Dia ou do seu serviço de apoio domiciliário.

As pessoas começam com serviços de apoio ao domicílio na expectativa de depois virem para o lar, faz sentido que assim seja (Director de lar IPSS)

Num contexto em que a principal preocupação é manter a qualidade do serviço prestado, a necessidade de garantir a sustentabilidade destas instituições passa sobretudo pela criação de receita, sendo preconizadas soluções como:

- ▶ Ampliação das instalações para ser possível receber mais utentes - uma solução que no entanto não é fácil de implementar pois implica um investimento considerável que neste momento é inoportuno: O estado não dá apoios e para além disso exige o pagamento do IVA das obras e há dificuldades no acesso ao crédito.

Temos 26 utentes, mas com uma ampliação podemos ter mais 20, o que dava para minorar alguns custos. Mas não temos ajuda do estado, só recorrendo à banca, ainda estamos a pensar nisso. Ainda por cima temos que pagar o imposto das obras. (Director lar IPSS)

- ▶ Uma oferta de cuidados médicos, aberta à comunidade, aproveitando a deslocação de médicos à instituição em certos dias da semana.

Pensou-se em fisioterapia para a comunidade mas a estrutura do edifício não está adaptada para tal, nem para a privacidade dos utentes. (Directora Técnica, lar IPSS)

- ▶ Alargamento da oferta de atividades lúdicas que poderão ser pagas como extra pelos utentes.

Por exemplo, os nossos utentes têm aulas de informática, mas estamos a pensar noutras coisas, workshops, ginástica, aulas de inglês. (Directora Técnica, lar IPSS)

- ▶ Maior estímulo à produção pelos utentes de produtos que podem ser vendidos em feiras de Natal e outros eventos.

- ▶ Aluguer de espaços - para eventos, ateliers, etc..

A ideia era ser um espaço onde os utentes podiam fazer coisas que depois seriam vendidas, mas acabou por nunca ser usado para o efeito. Apesar de ser dentro da quinta, é relativamente longe para eles. Decidiu-se rentabilizá-lo, alugando-o como atelier para um fotógrafo. (Director de lar IPSS)

- ▶ Aluguer de material para pessoas mais velhas que estejam dependentes ou que passem por períodos em que dele necessitem.

- ▶ Angariação de fundos junto de potenciais doadores.

Não estávamos à espera mas conseguimos angariar bastantes fundos com os quais comprámos materiais para utentes dependentes - camas articuladas, andarilhos, colchões anti-escaras - também alugamos estes materiais; é serviço à população local e uma fonte de receitas. (Director de lar IPSS)

Quadro 8. 9: Soluções em curso/preconizadas para garantir a sustentabilidade em Lares da Santa Casa da Misericórdia e lares de IPSS

Lares da Santa Casa da Misericórdia	Lares de Instituições Particulares de Solidariedade Social
Objetivo principal: inclusão e redução dos desequilíbrios sociais. Rentabilização dos recursos existentes, com vista ao desenvolvimento da oferta no eixo Saúde para utentes que já chegam às instituições tarde e carecidos de cuidados médicos (<i>late stage</i>)	Objetivo principal: manutenção de uma boa qualidade de vida dos utentes e de níveis de satisfação elevados.. Contrariar as associações e expectativas negativas suscitadas pela palavra LAR, tendo em vista um universo de utentes que pode ingressar numa instituição numa fase em que tem ainda alguma autonomia (<i>early stage</i>)
▶ Desenvolvimento do eixo Saúde: Investimento em unidades de cuidados continuados que poderão rentabilizar equipamentos e sinergias. ▶ Património: canalização para os lares de fundos resultantes do arrendamento de imóveis e rentabilização do património da Misericórdia. ▶ Organização de eventos para angariação de fundos: festas, concursos, vendas de Natal. ▶ Prestação de serviços: Rentabilização dos recursos internos para produção de produtos que se possam vender – por exemplo, a venda de refeições prontas para fora. ▶ Donativos: para além das empresas que oferecem donativos, estes também provém de privados – muitas vezes na tentativa de garantir um lugar no lar.	▶ Ampliação de instalações para poder receber mais utentes ▶ Desenvolvimento de serviços de valor acrescentado: ○ Workshops, cursos, passeios pagos como extra. ○ Consultas médicas privadas, tanto para utentes como para outros membros da comunidade. ▶ Socialização e comunidade: ○ Promover encontros com comunidade: festas, passeios, feiras de Natal com venda de produtos feitos pelos utentes. ○ Promover encontros intergeracionais. ○ Captar potenciais utentes ainda na fase em que começam a frequentar um centro de dia ou a precisar de apoio domiciliário. ▶ Rentabilização das instalações e equipamentos: ○ Aluguer de instalações para eventos. ○ Aluguer de equipamentos para dependentes.

O estudo realizado junto dos prestadores de serviços aponta, na maior parte dos casos, para uma etapa pré-marketing no modo de agir e de pensar dos atores Santa Casa e IPSS, registando-se avanços em áreas muito relevantes em gestão e, mesmo, em políticas inter-institucionais, mas muito longe da gramática do marketing - sobretudo no que este significa de prioridade à compreensão e satisfação dinâmica das necessidades e expetativas da procura.

As entrevistas dão conta de processos de ajustamento, com destaque para uma maior agilidade das IPPS face às SCM, que incluem novas estratégias de aquisição e negociação de serviços, reformulações de modelos energéticos e de reciclagem, a par de algumas intenções de abertura ao meio, diversificando o mapa de stakeholders mais ativos, recorrendo a mecanismos de voluntariado ou alargando a base de clientes, para além do core business,

Do lado das SCM, a ênfase está colocada na intenção de incorporar mais ativamente a fileira do sistema de saúde, captando doentes em fases mais avançadas de patologia e idade, entrando no aparentemente difuso mundo dos cuidados continuados ou paliativos. Esta opção centrada na doença faz uma evidentes clivagem com a ideia de captar públicos mais novos por parte das IPSS - neste, como noutros casos, perspectiva-se o inconveniente de dispormos da única designação “lar” para necessidades e públicos tão distintos, acentuando-se a necessidade de operar uma efetiva segmentação no imenso universo de pessoas mais velhas.

Soluções preconizadas para garantir a sustentabilidade das instituições

Em larga medida, tanto nos lares da Misericórdia como nos das IPSS foram adotadas estratégias semelhantes de contenção de custos:

- ▶ Racionalização de gastos em energia: análise dos custos, maior controlo dos consumos, instalação de sistemas mais inteligentes ou que aproveitam energias renováveis;
- ▶ Renegociação dos contratos com fornecedores e pesquisa para encontrar fornecedores que apresentem custos mais baixos sem decréscimo da qualidade de serviço;
- ▶ Maior racionalização de gastos em materiais e dos desperdícios – por exemplo reciclar tinteiros de impressoras, reutilizar materiais;
- ▶ Recurso ao apoio Banco Alimentar;
- ▶ Recorrer à colaboração de voluntários para certas tarefas.

No entanto já no que diz respeito às possíveis fontes de receita para garantir a sustentabilidade destas instituições, as soluções preconizadas traduzem perspetivas relativamente diferentes sobre o papel e o posicionamento dos lares da Misericórdia e das IPSS.

- Nos lares da Misericórdia as soluções passam sobretudo por uma maior rentabilização dos recursos existentes, com vista ao desenvolvimento da oferta para utentes que já chegam às instituições tarde e carecidos de cuidados médicos:

- ▶ Uma aposta na oferta de unidades de cuidados continuados, que poderiam ser canalizados acamados que atualmente ocupam recursos em hospitais. Num contexto em que as pessoas vivem mais tempo, mas muitas vezes com debilidade física, estas unidades poderiam canalizar receitas do Ministério da Saúde, rentabilizando infraestruturas da Misericórdia: imóveis, cozinhas, lavandarias.

- ▶ Organização de eventos para angariação de fundos.

- ▶ Canalização para os lares de fundos resultantes do arrendamento de imóveis e rentabilização do património da Misericórdia.

- ▶ Rentabilização dos recursos internos para produção de produtos que se possam vender – por exemplo, a venda de refeições prontas para fora.

- Nos lares das IPSS, a principal preocupação é a manutenção de uma boa qualidade de vida dos utentes e de níveis de satisfação elevados, tanto destes como dos seus familiares, pois só desta forma será possível garantir a sustentabilidade destas instituições. Deste modo, é dada especial atenção a todos os aspetos que possam contrariar as associações e expectativas negativas suscitadas pela palavra LAR.

Estas preocupações estão refletidas ao nível da qualidade das instalações e espaço envolvente, da higiene e do serviço – mas o traço que mais distingue estas instituições é a oferta de uma diversidade de atividades que os utentes poderão escolher, desde aulas de informática a ginástica.

É também de salientar que, de forma geral, estas instituições parecem ter maior relação com a comunidade: em muitos casos, os utentes residiam na área e são frequentemente visitados pelos familiares; são realizados eventos que facilitam encontros entre utentes e os membros da comunidade – por exemplo: vendas de Natal com produtos feitos no lar, visitas a creches para promover contactos intergeracionais.

Em alguns lares visitados foi possível constatar uma das consequências positivas desta maior abertura à comunidade: muitos dos utentes que agora são residentes começaram por tomar contato com a instituição através do seu Centro de dia ou do seu Serviço de apoio domiciliário.

Num contexto em que a principal preocupação é manter a qualidade do serviço prestado, a necessidade de garantir a sustentabilidade destas instituições passa sobretudo pela criação de receita, sendo preconizadas soluções como:

- Ampliação das instalações para ser possível receber mais utentes;
- Uma oferta de cuidados médicos, aberta à comunidade, aproveitando a deslocação de médicos à instituição em certos dias da semana;
- Alargamento da oferta de atividades lúdicas, que poderão ser pagas como extra pelos utentes;
- Maior estímulo à produção pelos utentes de produtos que podem ser vendidos em feiras de Natal e outros eventos;
- Aluguer de espaços para eventos;
- Aluguer de material para pessoas mais velhas que estejam dependentes ou que passem por períodos em que dele necessitem;
- Angariação de fundos junto de potenciais doadores.

8.7. Amostra das contas anuais das IPSS

A análise da sustentabilidade das IPSS é feita na base dos dados obtidos nas contas e demonstração de resultados de 43 instituições. A maioria destas contas foi obtida por pesquisa na Internet, embora nalguns casos nos tivesse sido proporcionado o acesso às contas de IPSS específicas dos últimos anos. A amostra considerada em análise excluiu as contas da SCM Lisboa (que não pertence ao universo considerado) e da Fundação Eugénio de Almeida (por ter significativas receitas de produção própria).

Considerámos os seguintes rácios na análise de sustentabilidade:

1. Conta nº 74, subsídios à exploração – a maioria das receitas das IPSS analisadas provém da Segurança Social: o rácio a considerar é $74/B$, onde B é o total das receitas correntes;

2. As contas 71 (volume de negócios) e 72 (serviços prestados) comparadas com B: a proporção de receitas próprias geradas pela atividade, no total das receitas correntes mede, de certo modo, a capacidade da instituição em diversificar as fontes de financiamento;
3. A conta 64 refere-se aos gastos com pessoal, sendo A o total dos custos operacionais: o rácio entre 64 e A mede o peso do custo do pessoal no total dos custos operacionais;
4. DMC representa o saldo das dívidas da instituição a curto prazo: o rácio entre DMC e os capitais próprios da instituição pode aferir potenciais problemas de liquidez da instituição;
5. O cash-flow é o somatório dos resultados com amortizações + provisões – impostos: o rácio entre o cash-flow e o capital mede o “retorno” dos recursos da instituição – no caso negativo, a instituição está a consumir o próprio capital, uma situação que poderá levar à insolvência;
6. As disponibilidades líquidas da instituição (caixa e seus equivalentes) face ao passivo menos o ativo corrente constitui outro indicador de liquidez da IPSS.

Para cada indicador foram apurados, a média, o valor mínimo da amostra, o valor máximo da amostra e a mediana. O quadro seguinte retrata o conjunto da informação obtida:

Quadro 8. 10: Indicadores financeiros das IPSS

	74/B	(71+72)/B	64/A	DCMp/Cap	Cash-Flow/Capital	Disp/Pcorrente
Média	50%	45%	53%	0,37	0,12	3,71
min	14%	0%	6%	0,00	-0,23	0,00
máx	100%	85%	82%	3,59	1,62	103,09
mediana	74%	26%	59%	0,15	0,10	2,38
n	120	120	120	104	104	100

Fonte: Cálculo dos autores

Foram calculados os mesmos indicadores para os últimos anos de observação. Para 2009, o quadro seguinte apresenta os valores obtidos:

Quadro 8. 11: Indicadores financeiros das IPSS (2009)

	74/B	(71+72)/B	64/A	DCMp/Cap	Cash-Flow/Capital	Disp/Pcorrente
Média	50%	46%	51%	0,57	0,17	2,64
min	15%	2%	27%	0,00	-0,23	0,00
máx	94%	84%	81%	3,28	1,22	15,69
mediana	70%	29%	57%	0,23	0,12	2,59
n	28	28	28	28	28	28

Fonte: Cálculo dos autores

Quadro 8. 12: Indicadores financeiros das IPSS (2010)

	74/B	(71+72)/B	64/A	DCMp/Cap	Cash-Flow/Capital	Disp/Pcorrente
Média	50%	46%	54%	0,42	0,14	3,62
min	14%	1%	25%	0,00	-0,14	0,04
máx	96%	85%	76%	3,59	0,83	18,00
mediana	66%	30%	59%	0,17	0,09	2,15
n	33	33	33	33	33	33

Fonte: Cálculo dos autores

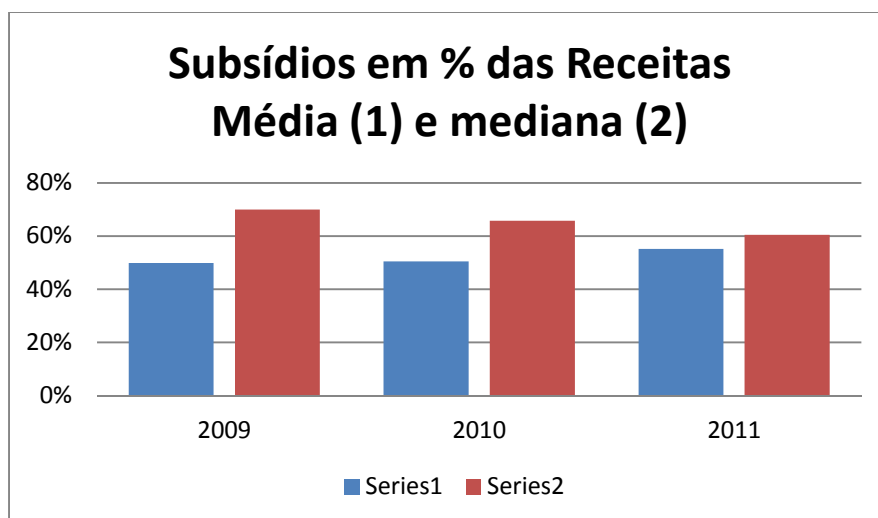
Quadro 8. 13: Indicadores financeiros das IPSS (2011)

2011	74/B	(71+72)/B	64/A	DCMp/Cap	Cash-Flow/Capital	Disp/Pcorrente
Média	55%	39%	54%	0,20	0,11	6,32
min	26%	7%	27%	0,00	0,01	0,07
máx	89%	67%	70%	1,88	0,55	24,97
mediana	60%	34%	58%	0,13	0,07	2,96
n	20	20	20	20	20	20

Fonte: Cálculo dos autores

O Gráfico seguinte apresenta a evolução da média e da mediana do indicador Subsídios em % das receitas correntes das IPSS (74/B).

Gráfico 8. 1: Subsídios em % das Receitas



Fonte: Cálculo dos autores

A média dos subsídios nas receitas subiu ligeiramente em 2011, mas a mediana reduziu de 70% em 2009 para 60% em 2011. Na nossa amostra, observou-se um aumento do peso dos subsídios e uma distribuição menos concentrada dos subsídios.

8.8. Custos das valências da 3ª idade

Algumas contas e a demonstração de resultados consultados apresentam, ainda, dados sobre as valências da 3ª idade oferecidas pelas instituições. Infelizmente, o número de observações é relativamente reduzido, pelo que não é possível retirar conclusões definitivas. Na base destes dados, apurámos o valor da mensalidades por utente, o custo total por utente, o custo do trabalho por utente e comparámos esses valores com o do subsídio por utente. Para cada indicador, calculámos a média das observações, o valor mínimo e máximo, bem como a mediana.

Quadro 8. 14: Indicadores da valência SAD

euros/mês	Média	min	máx	mediana
Mens/Utente	116,6	86,0	185,5	103,2
Custo/Utente	367,0	227,0	554,7	406,1
CustoTrab/Utente	229,8	127,5	340,8	276,9
Sub/Utente	280,2	140,8	388,2	345,9

Fonte: Cálculo dos autores; n = 11, de 2009, 2010, 2011

Nesta valência, em média, as instituições conseguem cobrir os custos através dos subsídios e das mensalidades cobradas aos utentes. Estes resultados são comparáveis com os do estudo do ISS (2006) relativo ao ano de 2003 e constantes em Gil (2009, Quadro 9):

Quadro 8. 15: Estatísticas descritivas para o SAD (euros)

Indicador mês/utente	Média	Média Erro padrão	Mediana	Desvio padrão
Nº utentes	27,6	0,5	24,0	20,7
Compart SS	191,3	1,3	197,3	50,5
Compart familiar	78,4	1,3	70,0	51,1
Matrículas e mensalidades	73,6	1,3	65,8	51,9
Custos c/ alimentação	53,0	0,9	49,0	35,3
Custos com pessoal	129,4	1,6	124,0	61,8
Custo operacional	251,5	2,6	239,3	102,3

Fonte: ISS,IP, Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação (2006), “Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo setor solidário”, p. 155, reproduzido em Gil, 2009, Q9

Os dados do quadro anterior mostram que os maiores custos se verificam com o pessoal (129,4€), seguido dos custos com alimentação (53,0€), fornecimento/ serviços externos (46,4€) e amortizações (20,3€). Para a valência Lar, os resultados obtidos de 10 observações constam no quadro seguinte:

Quadro 8. 16: Indicadores da valência Lar

euros/mês	Média	min	máx	mediana
Mens/Utente	540,5	395,2	767,9	525,8
Custo/Utente	926,6	658,1	1332,9	863,2
CustoTrab/Utente	572,2	379,9	1005,5	600,5
Sub/Utente	368,1	268,9	774,1	329,3

Fonte: Cálculo dos autores; n = 10, de 2009, 2010, 2011

O custo médio por utente situa-se nos 927 euros mês, cerca de 20 euros acima da soma do subsídio e das mensalidades. Nesta amostra, a mediana é inferior à média, pelo que muitas das instituições apresentam custos mais contidos e resultado operacional perto do equilíbrio.

Relativamente ao Centro de dia, os custos apurados encontram-se no quadro seguinte:

Quadro 8. 17: Indicadores da valência Centro de dia

euros/mês	Média	min	máx	mediana
Mens/Utente	59,0	0,6	257,2	64,3
Custo/Utente	131,7	36,1	489,5	252,3
CustoTrab/Utente	80,0	28,6	376,6	110,3
Sub/Utente	58,9	33,7	144,0	105,4

Fonte: Cálculo dos autores; n = 10, de 2009, 2010, 2011

Os dados sugerem também um custo médio por utente acima da soma do subsídio e da mensalidade paga pelo utente. Nesta amostra encontram-se centros de dia com serviços contínuos ao longo da semana, com subsídio per capita maior. Por comparação, apresentam-se os dados do estudo da ISS (2006):

Quadro 8. 18: Custo médio operacional e comparticipação médias dos utentes e da Segurança Social (2003) – em euros

Idosos	Custo operacional	Compart utentes	Compart SS
Lar	647,15	313,56	274,85
C Dia	209,17	71,02	79,71
C Convívio	61,79	6,36	37,87
SAD	251,57	73,58	191,238

Fonte: ISS,IP, Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação (2006), “Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo setor solidário”, p. 155, reproduzido em Gil, 2009, Q8

Em conclusão, os dados obtidos na nossa amostra não se afastam muito dos resultados apurados no estudo do ISS (2006) que teve acesso a 1 499 registos. Gil (2009) sumaria: “Comparando os custos operacionais nas várias respostas sociais para idosos, o centro de convívio era a resposta que apresentava, em 2003, o menor custo operacional mensal por utente (61,79€) enquanto que o lar de idosos registava o valor mais elevado, 647,15€.

No caso da resposta ‘serviço de apoio domiciliário’, o custo por utente mês apresentava em média um valor de 251,57€ (custo operacional) no total de 1 499 demonstrações de resultados analisados.

Com exceção para os lares de idosos, o valor da comparticipação mensal da Segurança Social é superior à comparticipação dos utentes. No caso do SAD, a comparticipação é de 191,28€, para uma comparticipação dos utentes de 73,58€. Com exceção para o serviço de apoio domiciliário, este estudo demonstrou que as comparticipações médias são insuficientes para fazer face aos custos operacionais médios suportados pelas instituições. Como refere este mesmo estudo: “no serviço de apoio domiciliário as comparticipações médias superam os custos médios em cerca de 5%, apontando para a hipótese de existirem alguns custos desta valência que poderão estar a ser imputados a outras valências que existem frequentemente associados aos SAD, tais como, os Centros de dia ou os lares de idosos, verificando-se assim uma subestimação de custos associados” (ISS, 2006, p. 56).

Se compararmos os custos operacionais (251,6€) com o total de proveitos operacionais (282,9€), conclui-se que existe uma vantagem a favor das instituições em 31,3€” p. 20.

Relativamente aos custos dos serviços de apoio domiciliário, Gil (2009) apresenta ainda os resultados de um inquérito junto de 5 empresas lucrativas nesta atividade. Reproduzimos parcialmente o quadro 11 de Gil:

Quadro 8. 19: Estimativas dos serviços de apoio domiciliário no mercado privado

	Empresa 1	Empresa 2	Empresa 3	Empresa 4	Empresa 5
Área de atuação	Grande Lisboa	Possuem 17 escritórios a nível nacional	Linha de Cascais e Grande Lisboa	Linha de Cascais, Sintra e Grande Lisboa	Distrito de Lisboa
População abrangida	70 Pessoas: Idade média – 86 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	270 Pessoas: Idade média – 82 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	25 pessoas: Idade média – 75 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	15 pessoas: Idade – entre os 70 e os 75 anos Pessoas acamadas Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica, colo do fémur (apoio transitório)	Entre 50 a 55 pessoas: Idade muito avançada Patologias mais frequentes: AVC, demências, pós-operatórios (2/3 meses)

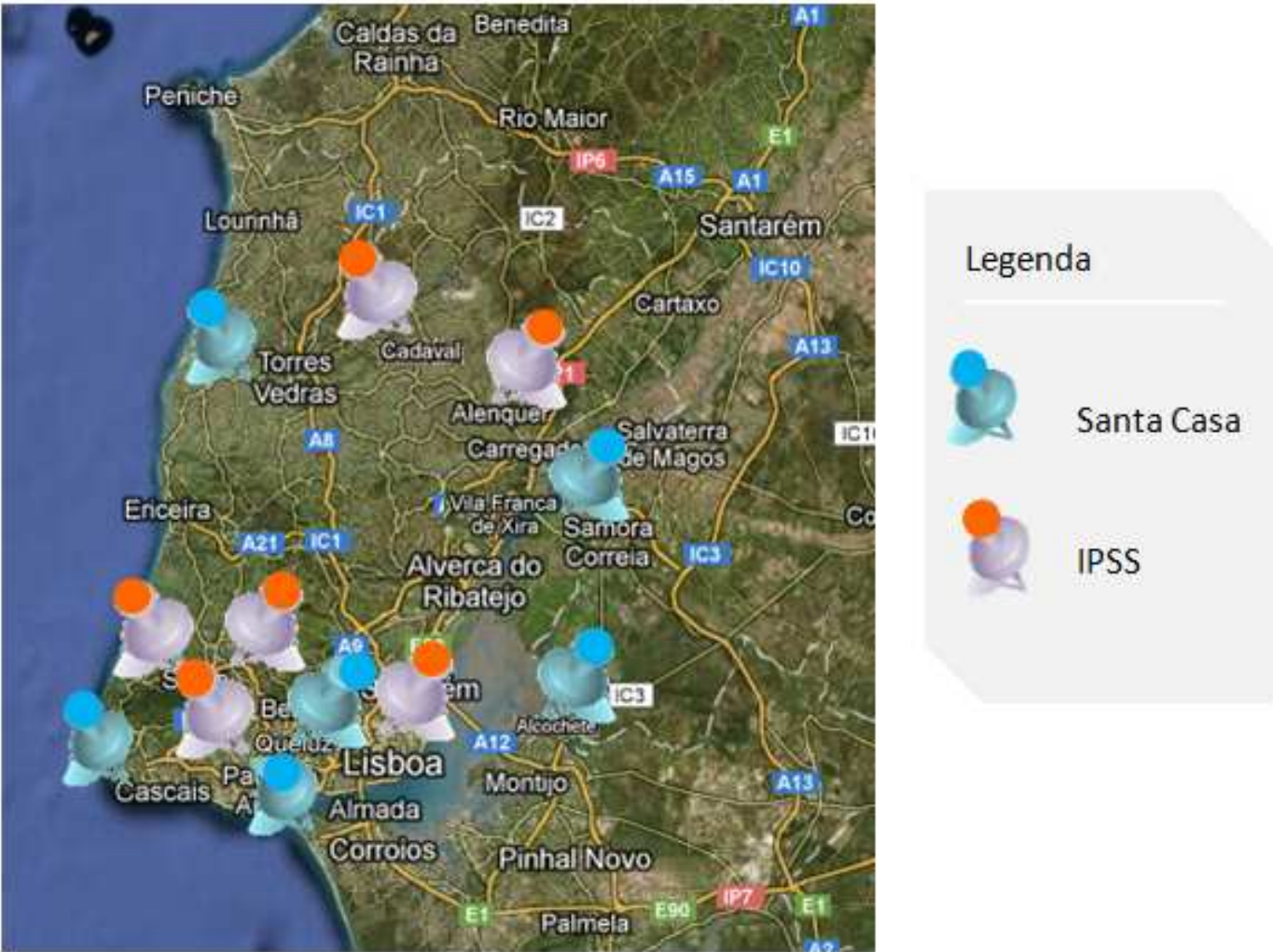
Serviços	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confeção de alimentos no domicílio Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Nota: Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confeção de alimentos no domicílio Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Nota: Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confeção de alimentos no domicílio Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Nota: Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confeção de alimentos no domicílio Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Nota: Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte	Cuidados de higiene e conforto pessoal Mobilizações Confeção de alimentos no domicílio Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Aconselhamento de ajudas técnicas Nota: Os cuidados de reabilitação, consultas médicas e de especialidade, enfermagem são pagos à parte
Preços	O preço hora varia entre 4 € e 12 € Modalidade 1 - €/hora – 12 euros Modalidade 2 – 1 banho/higiene pessoal / 7 dias por semana – 420€ Modalidade 3 - 2 vezes por dia (manhã e deitar)/ 7 dias por semana 840€ Modalidade 4 – 7 horas dia/7 dias	Modalidade 1 – 1 hora – 20€ Modalidade 2 – apoio entre 5/6 horas 750 - 800€ Modalidade 3 – apoio 24h 2.200 € Em média o custo à hora são 8.50€ Sempre que existam longas deslocações o mínimo são 3 horas	Modalidade 1 – higiene pessoal (2ª a 6ª feira) – 300€ - Higiene pessoal (2ª a domingo) 480€ Modalidade 2 – apoio pessoal (4 horas/dias úteis) 550€ Apoio pessoal (4 horas/dias úteis e fim de semana) 800€ Modalidade 3 – 12h (2ª a domingo)	Modalidade 1 – 15€ Modalidade 2 – 1 visita diária (2ª a domingo) – 274.96 € Modalidade 3 – 2 visitas diárias (2ª a domingo) – 480 € Modalidade 4 – 12h (2ª a domingo) 1.800€ Modalidade 5 – 24h (4 mil euros) Atos técnicos (p.ex. enfermeiros –	Modalidade 1 – > 6 horas – 24h Grau 1 – 6.50 €/hora Grau 2 – 7.50 € / hora Grau 3 – 8 €/ hora Modalidade 2 – Higiene pessoal e conforto (2/ 3 horas) Nível 1 – 17.50 Nível 2 – 20 € Nível 3 – 23 €

	1.820 € Modalidade 5 – 24h 2.550€ Nota: o montante é feito em função do tipo de necessidades, estado de saúde, o local e o tempo		1.843€ Pode ser diurno ou noturno (20h às 8h)	escaras, algaliação) 30 a 80 €	

Os custos apurados, embora não sejam estritamente comparáveis com os do setor solidário, indiciam uma outra população alvo, com algum poder económico para usufruir os serviços destas empresas (que estão localizados nos centros urbanos, onde as pensões médias são mais elevadas). Gil conclui (2009, p. 41): “considera-se que o reforço de um sistema de provisão de serviços, estruturado numa lógica social, aliada a uma vertente de saúde e de reabilitação, permitirá, de forma mais eficaz, responder ao público-alvo”. Esta é a conclusão deste capítulo em termos de comparação da eficácia dos serviços proporcionados pelas IPSS face aos custos significativos do setor privado.

Anexo 8.1: Distribuição geográfica das instituições

Distribuição Geográfica das Instituições



Santa Casa Misericórdia de Vila Franca Xira
Entrevista Realizada 23 Julho 2012



- Fundada no século XVI
- 108 funcionários
- A média é de 82 anos entre os diversos utentes
- Conta com 40 utentes + 79 utentes pertencentes a 2 lares + 42 utentes em centros de dia e 40 em apoio domiciliário
- Tem uma comparticipação da Segurança Social no valor de 351 euros por 20 utentes

Santa Casa Misericórdia de Almada
Entrevista Realizada 18 Julho 2012



- Fundada em 1555
- Engloba Lar Granja Luís Rodrigues
- Pode receber até 118 utentes em internato e 1 utente temporário
- O preço médio pago pelo utente varia entre os 430 e os 650 euros
- <http://www.scma.pt/>

Santa Casa Misericórdia da Amadora

Entrevista Realizada 30 Julho 2012



- Fundada em 1986
- Tem centro de dia e centro de apoio à 3ª idade distribuídos por 2 lares (Lar Santo António - 1998 e Lar Sagrada Família - 2009)
- 246 Funcionários efetivos
- 140 utentes distribuídos por 2 lares
- A média de idade entre os utentes é de 90 anos
- <http://www.misericordia-amadora.pt/>

Santa Casa Misericórdia de Torres Vedras

Entrevista Realizada 20 Julho 2012



- Fundada em 2002
- Cinco valências em diversos locais, a saber: Centro de Dia, Centro de Convívio, Apoio Domiciliário, Lar, Creche, Pré-escolar e ATL
- 89 Funcionários efetivos/contratados e 11 em regime de part-time
- 50 utentes
- <http://scmtorresvedras.blogs.sapo.pt/>

Santa Casa Misericórdia da Cascais
Entrevista Realizada 25 Julho 2012



- Fundada originalmente em 1551. As Residências Sénior de Fugas data de 1979 e as Residências Sénior Prof. Maria Ofélia Leite Ribeiro de 2009.
- Tem um lar com 76 camas (18 quartos individuais e 29 duplos) e um centro de dia com cerca de 20 utentes
- Tem 600 funcionários, sendo 80 % do orçamento disponível para o pessoal
- <http://www.scmc.pt/>

Santa Casa Misericórdia da Alcochete
Entrevista Realizada 26 Julho 2012



- Fundada em 1520
- A instituição é constituída por cerca 80 funcionários
- O Lar tem por base 79 residentes e serve cerca de 330 refeições de Apoio domiciliário e tem um centro de dia que serve cerca de 24 refeições
- Possui acompanhamento médico próprio (18 horas por mês)
- O valor pago pelos utentes varia entre os 430 e os 650 euros e tem uma comparticipação de 351 euros pagos pela Segurança Social

Associação Solidariedade e Apoio Pessoal da TAP

Entrevista Realizada 25 Julho 2012



- Fundada em 1984 e em 2003 o lar de idosos
- Tem 84 utentes (dos quais 21 são da Segurança Social)
- Tem 49 funcionários e 36 auxiliares
- Apresenta um custo médio por utente de 1385 euros (no entanto, é imposto um limite máximo de 1055 euros)
- A comparticipação da Segurança Social é de 351 euros
- <http://asastap.org/>

Caritas Paroquial do Vilar

Entrevista Realizada 18 Julho 2012



- Tem 26 utentes
- Conta com 27 funcionários
- O preço médio que o utente pode pagar no lar situa-se entre os 430 e os 650 euros
- Aprovada como IPSS a 13 de Janeiro de 2011

Centro de Bem-Estar Social de Queluz – CBESQ

Entrevista Realizada 19 Julho 2012



- Tem 60 utentes no lar
- 25 utentes no centro de dia
- 200 utentes no apoio domiciliário
- Conta com 600 funcionários
- 80 % do orçamento é gasto no pessoal

Centro Social Paroquial Nossa Senhora das Virtudes da Ventosa

Entrevista Realizada 19 Julho 2012



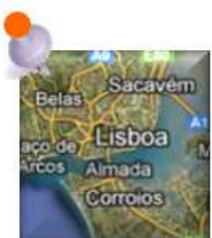
- Tem 40 utentes (centro de dia) e 40 utentes (SAD)

Fundação Cardeal Cerejeira
Entrevista Realizada 27 Julho 2012



- Inaugurou o lar destinado a idosos em 2000
- Conta com 40 utentes, sendo 25 da Segurança Social; tem 22 utentes em centro de dia e 40 utentes em apoio domiciliário
- O custo médio por utente é de 1200 euros
- O valor pago pelos utentes comparticipados pela Segurança Social situa-se entre os 300 e os 650 euros
- Quanto aos restantes utentes o valor pode variar entre os 1100 e os 1250 euros.

Lar Leide Neves
Entrevista Realizada 25 Julho 2012



- É um lar com capacidade máxima de 11 utentes
- Obteve o alvará da Segurança Social em 2012

Anexo 8.2: Instituições da amostra

SCM Alcácer do Sal	2008, 2009, 2010, 2011
SCM Almada	2008, 2009, 2010
SCM Barcelos	2008, 2009, 2010
SCM Bombarral	2009, 2010
SCM Borba	2009, 2010, 2011
SCM Caminha	2010, 2011
SCM Lajes Pico	2007, 2008, 2009, 2010
SCM Tábua	2010, 2011
SCM Vila Flor	2010, 2011
Associação Cultural e Recreativa de Santa Cruz do Douro	2009, 2010, 2011
Novo Futuro - Associação de Lares Familiares para Crianças e Jovens	2008, 2009, 2010, 2011
Associação Nacional da Espondilite Anquilosante - ANEA	2008, 2009, 2010, 2011
APPDA-Lisboa, Assoc. Port. p/Perturbações Desenvolvimento e Autismo	2009, 2010
APPACDM Lisboa	2009, 2010
APPACDM VN Gaia	2010, 2011
APPACDM Viseu	2009, 2010, 2011
Associação de Solidariedade Social Vencer - Casal Popular da Damaia	2008, 2009, 2010, 2011
Associação de Solidariedade Social e Recreativa de Nespereira	2009, 2010, 2011
Benéfica e Previdente	2009, 2010
Cáritas Diocesana, Coimbra	2010, 2011
CERCI, AG	2007, 2008, 2009, 2010, 2011
CERCI Espinho	2008, 2009
CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais	2009, 2010, 2011
Cercifeira	2010, 2011
CERCIMARCO	2009, 2010

Centro Comunitário Torres Vedras	2009, 2010
CC Paroquial NS das Dores	2008, 2009, 2010, 2011
Centro de Reabilitação e Integração Torrejano	2009, 2010, 2011
Centro Social Montes Altos	2001, 2002
Centro Social Paroquial de Pinhal Novo	2008, 2009, 2010
Centro Social e Cultural da Paróquia de Cardielos	2010, 2011
Centro Social do Tourigo	2011
Centro Social Paroquial de S. Bartolomeu, Vila Flor	2007, 2008
Centro Educação Especial R. D. Leonor	2007, 2008, 2009, 2010, 2011
CRPG-Centro de reabilitação profissional de Gaia	2008, 2009, 2010, 2011
Diakonia	2008, 2009, 2010
Fundação COI	2009, 2010, 2011
Fundação D José Moreira Pinto	2008, 2009
Inválidos do Comércio	2006, 2007, 2008, 2010*
Raízes - Associação de Apoio à Criança e ao Jovem	2006, 2007, 2008, 2009, 2010
Lar da Mãe de Deus	2001, 2002, 2003
Patronato de S. Miguel	2001, 2002, 2003
Casa do Povo de Rabo de Peixe	2001, 2002, 2003

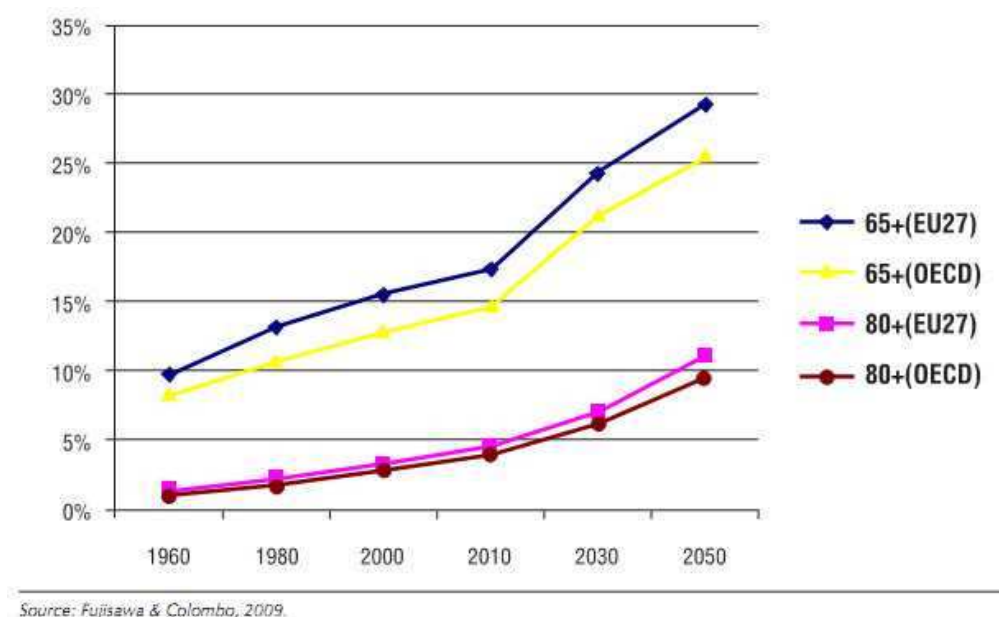
9. Modelos Futuros de Respostas Sociais numa Perspectiva de Inovação Social

9.1. Comparação de modelos europeus de cuidados a idosos e casos de boas práticas

9.1.1. Alguns modelos europeus de cuidados a idosos

O envelhecimento é um fenómeno que está a ocorrer em toda a Europa mas difere consideravelmente entre os Estados Membros e, especialmente, entre as regiões da UE. Num grande número de regiões da Europa, a população tinha já parado de crescer no final do século passado - a geração mais jovem, a faixa etária 0-14, representava 15,5% da população em 2010, passando para 14,5% em 2030 (cerca de 2 milhões a menos).

Gráfico 9. 1: Percentagem da população com idade entre 65+ e 80+, da OCDE e países da UE - 1960-2050



A geração mais velha (65+) vai aumentar, significativamente e de forma desigual em toda a UE. Em algumas regiões da Alemanha, Dinamarca, Itália e Reino Unido, a geração com mais de 80 anos irá representar entre 6,2% e 8,5% da população. Como consequência, o índice de dependência da população idosa aumentará de 25,9 anos em 2010 para 38,0 em 2030. O grupo da população mais

velha (80+) irá apresentar um crescimento mais intenso nos próximos 20 anos (mais de 55% entre 2010 e 2030) conforme se pode observar no gráfico acima.

Gráfico 9. 2: Influências sobre a oferta e a procura de cuidados domiciliários



Fonte: Walqing Social Partnerships Series

Como consequência do intenso aumento da população idosa nas últimas décadas cresceram os programas de cuidados a longo prazo para idosos fora dos esquemas mais tradicionais, ou seja, fora das redes familiares, na medida em que houve uma diminuição progressiva do apoio das famílias tendo em conta as suas alterações estruturais bem como a maior entrada das mulheres no mercado de trabalho.

Embora com algumas diferenças, todos os países se defrontam com um conjunto de fatores de natureza demográfica, social, tecnológica, epidemiológica e política que influenciam quer a procura quer a oferta de cuidados domiciliários.

As implicações políticas da mudança demográfica não se resumem apenas a uma questão de números absolutos das diferentes faixas etárias: (i) o aumento da longevidade é um indicador de progresso social e económico: um grande triunfo da civilização e, especificamente, da ciência e da política pública, evitando muitas das causas de morte prematura; (ii) não há uma relação linear simples entre a evolução demográfica e a procura de benefícios da proteção social e, menos ainda, com os níveis de tais despesas. (Por exemplo, no que diz respeito aos cuidados de saúde e social, o nível de necessidade de cuidados formais depende do estado de saúde, padrões de casamento, composição do agregado familiar e arranjos de vida); (iii) as pessoas idosas que vivem sozinhas tendem a fazer maior uso de serviços formais do que as pessoas que vivem com outros (em parte devido à correlação entre idade avançada e morar sozinho) e, na UE, há uma proporção crescente a viver sozinha; (iv) dada a primazia da família na prestação de cuidados, é provável que o crescimento da desagregação familiar e o divórcio entre ambos, idosos e seus filhos, tenham um impacto sobre a procura dos cuidados formais; (v) o aumento da participação das mulheres na força de trabalho é provável que tenha afetado a capacidade da família para prestar assistência; (vi) a diminuição da fertilidade é um fenómeno mundial e está intimamente relacionada com o desenvolvimento económico; a EU, como um todo, já estava abaixo da taxa de substituição de 20 anos atrás e na Europa, como um todo, mantém o mesmo nível.

Assim, o principal desafio de política na Europa no que diz respeito a cuidados de longa duração é encontrar a combinação entre o aumento da longevidade e a diminuição da fertilidade. Não se pode esperar que seja a família, com todas as suas alterações estruturais que venha a arcar com toda a responsabilidade, mesmo nos países da Europa do Sul.

Numa altura em que na UE há grandes variações entre países no que respeita à prestação de cuidados de longa duração, nomeadamente no apoio domiciliário, o que se impõe é uma expansão do apoio a longo prazo na comunidade, de modo a permitir a partilha entre a família e o sector formal. Assim, existem modelos diferentes nos países da UE que variam consoante a sua base de suporte, como impostos ou seguro social.

Constata-se, portanto, no que respeita aos modelos de cuidados aos idosos, que existem diferenças entre os vários países europeus podendo os mesmos ser agrupados consoante as suas características predominantes, tais como: Europa Continental (seguro social, outros impostos e componente privada), países nórdicos (tributação), Reino Unido / Irlanda (tributação e prestações principalmente privadas), Europa do Sul (modelo de apoio à família, ajuda do estado e componente mista) e Europa Central e Oriental (modelo de apoio à família após o colapso das economias planificadas).

A Alemanha apresenta um modelo de cuidados a idosos altamente regulamentado onde todos os prestadores de cuidados e serviços se encontram enquadrados por diversas leis, resultado da introdução do Long Term Care Insurance Act (LTCI), de 1995⁸². Esta lei tinha como objetivo favorecer os cuidados ao domicílio sobre os cuidados institucionais, expandir os serviços de assistência domiciliária e abrir serviços de cuidados ao mercado, a fim de remover a carga financeira de cuidados de longa duração das regiões (porque a assistência social era uma questão dos “Länder”). Este seguro é uniforme, universal e obrigatório para todos os que estão cobertos pelo sistema público de saúde ou por um seguro de saúde privado; o regime público de cuidados cobre mais de 70 milhões de pessoas na Alemanha e o sistema de seguro privado mais de 8,5 milhões. Ambos representam cerca de 98% da população alemã.

Todos os cidadãos abrangidos pelo LTCI podem escolher entre receber cuidados em residência ou em casa. As pessoas em residência podem escolher entre benefícios em espécie (por serviços de assistência domiciliária), pagamentos em dinheiro ou uma combinação de ambos. O serviço em espécie deve ser fornecido por um cuidador profissional e os pagamentos em dinheiro são dados diretamente à pessoa com necessidade de cuidados (e não ao prestador de cuidados). No final de 2009, cerca de 2,34 milhões de pessoas na Alemanha beneficiavam de cuidados, 1,62 milhões (69%) foram tratados em casa, quer por parte de familiares quer por profissionais dos serviços de *home care*, ou ambos.

Na Alemanha, o mercado de trabalho neste domínio dos cuidados domiciliários a idosos era composto por 249 000 pessoas em 2009 (+46% relativamente a 1999) representando as mulheres

⁸² Comas-Herrera e Wittenberg (2003) apresenta descrições dos sistemas de Cuidados continuados alemão, espanhol, italiano e do Reino Unido.

cerca de 88% e apenas um quarto eram trabalhadores a tempo integral, sendo os restantes trabalhadores a tempo parcial. Há uma tendência para a profissionalização de pessoal nos últimos anos, marcado pelo desenvolvimento de um sistema de formação padronizado, sendo crescente o número de trabalhadores formados. No entanto, há também uma elevada percentagem de trabalhadores não qualificados e trabalhadores provenientes de outra profissão, apesar de existir legislação que exige que cada estabelecimento tenha pelo menos 50% de pessoal qualificado.

Atualmente, na Alemanha, o sector dos cuidados a idosos é dominado por empresas privadas (62%), seguidas por organizações sem fins lucrativos (37%) como prestadores de cuidados ao domicílio em casa, representando o sector público um papel marginal apenas com 2%.

O modelo da Dinamarca de cuidados a idosos não dependentes é considerado um modelo generoso. Em 2009, beneficiaram dele cerca de 25% dos dinamarqueses com mais de 65 anos de idade. Estes cuidados são prestados fundamentalmente pelas autarquias locais, sendo gratuito o apoio domiciliário (financiado por impostos). Durante a última década, o sistema de cuidados a idosos tornou-se mais profissionalizado e a maioria dos trabalhadores de cuidados são atualmente formados como ajudante de cuidados (recebendo formação no quadro de um programa de formação com uma duração de pouco mais de um ano) ou como assistente de cuidados (tem mais meio ano de formação adicional).

Durante os últimos dez anos, o número de trabalhadores dos cuidados a idosos na Dinamarca tem sido relativamente estável (entre 110 000 a 125 000). Neste sector existem trabalhadores qualificados e não qualificados. A percentagem de trabalhadores qualificados tem aumentado gradualmente desde 1997; assim, enquanto em 1997 metade dos funcionários no trabalho de cuidados eram não qualificados, dez anos depois, em 2007, estes eram apenas 35%. Todavia, esta evolução parece ter sido revertida desde 2007, registando-se nos últimos dez anos, uma maior "profissionalização" - quase todos os trabalhadores que trabalham com cuidados de higiene pessoal receberam formação profissional e a maioria dos municípios não permite que os funcionários não qualificados prestem cuidados pessoais o que se deve a: (i) os parceiros sociais estão envolvidos no programa de formação profissional; (ii) as diferenças salariais são bastante pequenas entre os empregados qualificados e não qualificados, devido ao nível do salário mínimo na Dinamarca; e,

(iii) os municípios esperam menos erros e um nível de qualidade superior, através do emprego de trabalhadores qualificados, estando conscientes de que podem facilmente ser responsabilizados se “maus tratos a idosos forem tornados públicos”.

A maioria dos trabalhadores do sector é feminina e dinamarquesa embora nas grandes cidades a situação comece a mudar para mulheres de minorias étnicas. O número de homens é reduzido, embora o seu número esteja a aumentar gradualmente.

Na Dinamarca, a prestação de cuidados a idosos assenta, sobretudo, nas autoridades locais que podem optar entre dois modelos distintos: outsourcing por concurso ou um acordo de preço fixo; a maioria dos municípios optou pelo regime de preço fixo tendo no entanto os utentes o direito a escolher entre os prestadores que tenham sido credenciados pelo município. Em ambos os casos, a responsabilidade pela prestação e pelo pagamento permanecem com o município, e é também o município que faz a avaliação sobre o tipo e quantidade de cuidados a ser prestado em cada caso. Atualmente, a oferta privada de cuidados representa cerca de 15% dos cuidados de idosos na Dinamarca.

No Reino Unido, em 2011, os cuidados domiciliários aos idosos representam uma área de crescimento dentro do amplo sector da saúde e assistência social. Existem quatro tipos principais de prestadores de cuidados: as organizações privadas, organizações voluntárias, organizações públicas (autoridade locais) e os trabalhadores independentes, ou seja, assistentes pessoais diretamente recrutados pelo beneficiário. Vinte anos atrás, o Estado era o principal fornecedor de assistência domiciliária e, actualmente, a maioria é contratada através dos sectores privados e voluntários. A política atual do governo inglês relativa à ‘Personalização’ tem incentivado o crescimento no número de assistentes pessoais. Todos os prestadores organizacionais são legalmente obrigados a estar registados junto do regulador de cuidados que monitoriza a qualidade do atendimento, porém os assistentes pessoais não têm esta exigência.

Este sector dos cuidados aos idosos no domicílio no Reino Unido, em 2011, empregava cerca de 675 000 pessoas, cerca de um quarto dos 2,7 milhões de empregados do sector dos cuidados de saúde e serviços sociais; cerca de 80% trabalhava no sector privado. Trata-se de um sector com

predominância do trabalho feminino e com idade superior a 35 anos e em contratos a tempo parcial. Destaca-se ainda que grande parte dos trabalhadores é imigrante (31% no Reino Unido e 66% na Região de Londres). O emprego relativamente aos cuidados domiciliários aos idosos cresceu 25% desde 2006 e deverá aumentar ainda mais em resposta à procura crescente, prevendo-se para 2025 cerca de 2,3 milhões de trabalhadores quer enquadrados em organizações prestadores de serviços quer trabalhadores por conta própria.

Entre 2008 e 2009, havia 6 078 prestadores registados de apoio domiciliário, dos quais 76% eram privados, 12% eram voluntários e 12% eram autoridades locais; cerca de dois terços eram pequenas organizações, com menos de cinquenta trabalhadores, sendo crescente o número de assistentes pessoais.

A Itália é um exemplo de um modelo de país da Europa do Sul em que os cuidados aos idosos se baseiam, principalmente, em iniciativas e apoios das famílias enquanto a intervenção pública é ainda marginal. A assistência pública aos idosos na Itália é fornecida, principalmente, sob a forma de subsídios em dinheiro e, raramente, sob a forma de prestação de serviços de saúde. Nestes casos, é muitas vezes prestada por organizações privadas com e sem fins lucrativos.

Até recentemente, a maior parte das tarefas dos cuidados aos idosos era desempenhada pela parte feminina de famílias numerosas, sendo a Itália um país em que se atribui grande importância ao papel da família no cuidado às pessoas idosas. Nos últimos anos, este sistema baseado numa divisão tradicional do trabalho na família e na sociedade tornou-se cada vez menos sustentável, na medida em que houve: (i) uma entrada significativa de mulheres no mercado de trabalho; (ii) um aumento no número de famílias compostas apenas por pessoas solteiras mais velhas, especialmente nas grandes cidades. Como consequência destas alterações, a Itália tem registado um aumento da procura de cuidados no seu sistema de proteção social bem como uma pressão para uma reestruturação da organização e prestação de serviços de cuidados domiciliários aos idosos. Porém, as políticas dirigidas aos idosos na Itália ainda estão pouco desenvolvidas e continuam a ser as famílias o grande suporte dos cuidados aos idosos. De acordo com estudos recentes (Villosio e Bizzotto, 2011), isso representa um sério desafio às entidades públicas que ainda parecem não estar preparadas para enfrentá-lo.

Na óptica do emprego, em Itália há duas profissões nucleares no sector de cuidados a idosos: (i) assistentes pessoais; e (ii) prestadores de cuidados. Quando os cuidados aos idosos são diretamente organizados pelas famílias, apenas os assistentes pessoais estão envolvidos quase que exclusivamente, sendo os parentes ou amigos que procuram um assistente pessoal através das suas redes ou, por vezes, utilizando listas disponíveis localmente. O aumento da procura de cuidadores domiciliários levou a uma migração temporária de trabalhadores de países vizinhos.

Segundo estimativas recentes, em 2008, cerca de 780.000 “assistentes pessoais” estão atualmente empregados, dos quais cerca de 90% são trabalhadores estrangeiros. Quanto aos prestadores de cuidados, constituídos por assistentes sociais formados, prestam assistência social básica com vista a apoiar a equipa médica e de enfermagem; são geralmente utilizados pelos municípios ou pelas cooperativas, com financiamento público, para prestação de cuidados no domicílio; contudo, representam uma minoria de todos os profissionais que prestam apoio domiciliário em Itália, uma vez que trabalham principalmente em instituições residenciais.

Na Itália, o principal pilar do atendimento domiciliário dos idosos é representado por imigrantes estrangeiros (muitas vezes ilegais) que prestam assistência privada a pessoas dependentes. Os serviços de apoio ao domicílio são geridos pelos municípios mas cobrem apenas um 1,8% das pessoas mais velhas e incluem apoio às atividades da vida diária e cuidados pessoais, sem apoio médico. Em Itália, existem grandes diferenças regionais no que respeita à utilização dos serviços de apoio ao domicílio, cerca de 4% nas Regiões Norte para menos de 1% no Sul embora os municípios estejam cada vez mais a oferecer estes serviços flexibilizando-os e tornando-os mais acessíveis em termos de custos. Este sistema baseia-se num modelo de “subcontratação”, em que os municípios selecionam os prestadores de serviços que apresentem propostas “economicamente mais vantajosas”. O papel crescente das organizações privadas prestadoras de cuidados advém do facto do modelo italiano de proteção social preferir transferências monetárias, a prestar diretamente de serviços.

9.1.2. Tendências dos modelos de cuidados a idosos

Constata-se que, a nível europeu, os modelos de prestação de cuidados a idosos estão a mudar apesar dos fatores de mudança serem diferenciados:

- Na Dinamarca, com base no princípio da livre-escolha, os cuidados aos idosos tornou-se um modelo de “comprador-fornecedor”, onde não só a qualidade geral, mas também outras questões muito específicas do trabalho de cuidados são decididas por uma unidade de avaliação específica dos municípios;
- No Reino Unido, a “Agenda Personalização” teve um impacto significativo sobre o sector na medida em que essa agenda representa uma transformação da prestação de cuidados colocando as pessoas em primeiro lugar, preterindo o Estado cuidador a favor das escolhas dos utentes.

Um aspeto importante da “Agenda Personalização” é dar aos idosos a capacidade de decidirem como gastar os seus orçamentos pessoais (ou seja, decidirem como gastar o subsídio do Estado) e, como resultado disso, podem optar por utilizar o seu próprio assistente pessoal. Esses funcionários deverão fornecer os serviços de cuidados, mesmo aqueles que trabalham no Estado ou em agências independentes, mas serão contratados diretamente pelos utentes, em vez de serem atribuídos aos utentes de forma independente/impessoal.

Assim, a procura crescente de cuidados ao domicílio, ou seja, cuidados individuais e personalizados (seja prestado por serviços públicos, privados lucrativos ou não) é um desafio ao modelo convencional de lares institucionais, mesmo que estes ainda possam constituir uma resposta representativa de cuidados em muitos países. Este facto é evidente pelos valores que integram o quadro abaixo:

Quadro 9. 1: Tipos de serviços sociais por país (% total de beneficiários)

	% GDP (2007)	Institutional care, % of beneficiaries	Home care, % of beneficiaries	Informal/no care, % of total beneficiaries	% pop 65+
Continental Europe					
Austria	1.3	5	23	72	17
Belgium	1.5	30	33	36	17
France	1.4	24	23	53	17
Germany	0.9	15	28	56	20
Netherlands	3.4	20	80	0	15
Nordic Region					
Denmark	1.7	56	34	10	16
Finland	1.8	23	25	52	17
Norway					15
Sweden	3.5	30	70	0	12
Southern Europe					
Greece	1.4	15	34	50	19
Italy	1.7	6	14	80	20
Portugal	0.1	9	21	70	17
Spain	0.5	11	11	78	17
UK/Ireland					
Ireland	0.8	24	55	21	11
United Kingdom	0.8	16	42	42	16
Central/Eastern Europe					
Bulgaria	0.2	14	30	57	17
Czech republic	0.2	19	44	37	15
Estonia	0.1	6	8	86	17
Latvia	0.4	6	6	88	17
Lithuania	0.5	18	4	77	16
Hungary	0.3	8	7	85	16
Poland	0.4	4	0	96	13
Romania	0	11	15	74	15
Slovakia	0.2	0	12	88	12
Slovenia	1.1	13	18	69	16

Source: European Commission, Economic Policy Committee (2009) in EPSU 2011

Fonte: European Commission, Economic Policy Committee (2009) in EPSU 2011

Os cuidados aos idosos constituem um sector em crescimento na Europa, sendo a perspectiva de crescimento do emprego estável na medida em que o envelhecimento da população é crescente e, consequentemente, a procura dos cuidados também cresce. Assim, os sectores da saúde e serviços sociais são dos sectores económicos que mais crescem na Europa, gerando cerca de 5% da produção económica total da União Europeia. Entre 2000 e 2009, houve um aumento líquido de 4,2 milhões de empregos, o que se traduziu em 21,4 milhões de empregos neste sector (Comissão Europeia, 2010), contudo, em termos de qualidade de trabalho, há que desenvolver esforços no sentido da sua melhoria na medida em que a maioria dos trabalhadores destes sectores, sobretudo dos cuidados a idosos, se identificam com profissionais de baixas qualificações, baixos salários, migrantes (sobretudo mulheres com baixos salários); trata-se de um sector que não tem sido atrativo para os jovens pelo que muitos países têm procurado introduzir novos sistemas de formação para

trabalhadores de cuidados a idosos contribuindo para um processo gradual de profissionalização dos trabalhadores deste sector.

Numa linha de melhoria da qualidade do trabalho, tem havido a preocupação de segmentar o emprego, de acordo com as competências e tarefas reduzindo também os custos do trabalho; a segmentação entre cuidados pessoais e outras atividades (limpeza, cozinha) tem conduzido a uma maior aposta da profissionalização para o primeiro grupo enquanto aumentaram trabalhadores não qualificados no segundo grupo.

Nesta questão da qualidade do trabalho merece referência o papel dos parceiros sociais que, através de várias iniciativas, nomeadamente negociação coletiva, procuram melhorar a qualidade do trabalho quer no posto de trabalho quer no reforço do papel do utente quer no aumento das competências dos trabalhadores.

Quanto aos prestadores destes cuidados, há indicadores no sentido de uma clara tendência crescente de prestadores privados com e sem fins lucrativos e uma diminuição correspondente do papel da prestação pública direta, embora se mantenha uma predominância dos modelos tradicionais que se encontram em mudança constante.

Finalmente, destaca-se ainda uma outra tendência no sentido de se passar de uma focalização nas instituições para uma focalização nos cuidados no domicílio, nomeadamente nos países da Europa do Sul.

9.1.3. Boas práticas – alguns projetos relevantes

Neste ponto apresentam-se exemplos de boas práticas e práticas inovadoras relativas aos cuidadores familiares em alguns países da Europa. Salienta-se que da investigação documental desenvolvida se constatou que a atual tendência nos países da UE aponta para o reforço dos cuidados domiciliários a idosos, sem pôr em causa a necessidade de institucionalização para determinadas situações mais agudas ou temporárias.

Luxemburgo

O Long-Term Care Insurance Luxemburgo (LTCI) Act representa uma legislação que se destina a apoiar os cuidadores familiares bem como a melhorar o nível de assistência prestada às pessoas idosas que precisam de ajuda para cuidar delas. Um dos objetivos desta lei de 1999 é reconhecer o papel de cuidadores familiares informais e fornecer-lhes apoio e ajuda, na medida em que a parcela da população idosa é cada vez maior. Neste contexto importa encontrar esquemas inovadores para ajudar aquelas pessoas que ficam em casa a prestar apoio aos idosos. Assim, o LTCI cobre as necessidades de longo prazo das pessoas que precisam de assistência considerável e regular de outra pessoa para os atos essenciais da vida diária, que incluem: higiene pessoal, preparação de alimentos, mobilidade e constituem um instrumento que permite aos idosos desfrutar de uma melhor qualidade de vida com menos gastos e com uma menor sobrecarga sobre os cuidadores familiares.

Para uma pessoa ter direito a apoio ao abrigo do LTCI deve ter necessidade de ajuda regular de outra pessoa, pelo menos três horas e meia por semana durante pelo menos seis meses. Estas necessidades são avaliadas por uma equipa multidisciplinar sob a autoridade do Ministério da Segurança Social, que depois elabora um plano de cuidados em função das necessidades do indivíduo. Mas a decisão final sobre o direito dos serviços e a quantidade de serviços prestados é tomada pela União dos Fundos de Saúde, com base na avaliação inicial.

LCTI cobre uma gama de serviços para os idosos e seus cuidadores:

- **Medidas específicas de apoio a cuidadores familiares:** serviços de consultoria, pagamento das contribuições para o seguro de pensão para aqueles abaixo de 65 anos, cuidados de repouso e apoio para a adaptação da casa e ajudas técnicas.
- **Medidas específicas para idosos:** cuidados diários (a quantidade de tempo oferecido a cada pessoa depende das suas necessidades avaliadas), cuidados de repouso (um profissional qualificado passa o dia na casa da pessoa que necessita do serviço, e por vezes, desenvolve atividades destinadas a estimular a memória e melhorar a mobilidade).
- **Cuidados paliativos:** equipas especializadas prestam assistência 24 horas/dia, sete dias por semana que constitui uma linha de ajuda suplementar para aqueles que necessitam de mais ajuda e mais assistência aos seus cuidadores; é financiado pelo Ministério da Família, através de doações privadas.

- **Apoio a ficar em casa por mais tempo:** Para aqueles que são capazes de ficar em casa, embora com algum tipo de assistência, o LCTI oferece uma variedade de serviços: ajuda com as tarefas domésticas, compras, lavandaria e manutenção de equipamentos domésticos essenciais para permitir que as pessoas idosas possam viver confortavelmente em casa; serviço de refeições ao domicílio, entrega de alimentos preparados; adaptações consideradas necessárias para permitir que uma pessoa possa manter ou aumentar a sua autonomia em relação à higiene pessoal, preparação de refeições e mobilidade são igualmente abrangidas pelo LCTI, até um custo máximo de 26 000 Euros. Até 300 Euros por mês ou 26.000 Euros, no total, também pode ser oferecido para ajudar aqueles que se mudam para instalações mais adequadas às necessidades de uma pessoa dependente; equipamentos de apoio para capacitar uma pessoa para se manter ou aumentar a sua autonomia em casa são normalmente fornecidos através de empréstimo, mas pode ser comprado com o apoio de uma subvenção até o valor de 26 000 Euros.

As fontes de financiamento do LTCI são uma combinação do imposto sobre o rendimento, uma contribuição mensal de 1,4% do rendimento bruto total para aqueles que vivem ou trabalham no Luxemburgo, e as contribuições do Estado, que são derivadas, em parte, de um imposto sobre a energia.

Alemanha

Em diferentes estados federais existem projetos-modelos com diferentes objetivos visando promover a transparência dos serviços sociais e de saúde através da construção de redes e apoiar a cooperação entre os diferentes serviços oferecidos, especialmente, entre o utente institucionalizado e o utente em ambulatório. Os subsistemas relevantes devem, então, ser capazes de adaptar os seus benefícios mais adequadamente às necessidades dos cuidadores familiares e pessoas que necessitam de cuidados.

O projeto de investigação ProNetz recolheu informação de 58 práticas inovadoras com vista a melhorar a qualidade de vida dos idosos integrando, quase todos, o apoio de cuidadores familiares e, ainda, informação e aconselhamento, formação, medidas para aliviar os cuidados ou as suas

quebras, nomeadamente ao fim de semana para os cuidadores familiares e pessoas idosas que sofrem de demência.

A “Rede para o Idoso” (Netzwerk im Alter) foi fundada pela organização “Albatros”, em Berlin-Pankow (Berlin), a fim de promover a cooperação entre todas as instituições envolvidas com a prestação de cuidados às pessoas idosas. Foi desenvolvido um sistema de gestão e de programas de transição e de qualificação em rede; foi, ainda, criado um escritório de gestão de reclamações. Esta rede tornou os serviços sociais mais transparentes e mais competentes para os cuidadores familiares.

A Rede de Reabilitação Geriátrica (GeReNet.Wi), em Wiesbaden (Hessen), concentra-se em problemas que surgem entre as áreas das instituições de terceira idade e os cuidados do sistema de saúde. Um curso de formação que qualifica as pessoas para serem acompanhantes “voluntários” de idosos foi desenvolvido pelo Departamento de Serviço Social em Wiesbaden, com a intenção de diminuir a sobrecarga de cuidados e dando apoio aos cuidadores familiares. Este serviço centra-se no trabalho voluntário e na assistência psicossocial aos cuidadores familiares que precisam de algumas horas de tempo livre.

O projeto “Quarta Fase da Vida”, em Stuttgart (Baden-Wuerttemberg) e KUNZ, que é um centro religioso de uma paróquia em Bielefeld (Renânia do Norte Westfalia), também colocou em prática a ideia de colaboradores voluntários e centros comunitários. Além da redução da tensão sobre os cuidadores familiares através de ajudantes voluntários, conseguiu ainda desenvolver e promover serviços para as pessoas idosas que vivem isoladas, atendendo às suas necessidades específicas.

O projeto “Gena” - uma rede de geronto-psiquiátrica de cuidadores familiares em Neustrelitz (Mecklenburg -Pomerânia Ocidental) concentra-se na construção de redes de serviços existentes para apoiar os cuidadores familiares e procurar os serviços necessários.

Vários cursos de cuidadores são desenvolvidos e orientados para cuidadores migrantes: por exemplo, um curso em Wiesbaden oferecido aos migrantes turcos nas línguas turcas e alemãs; outro projeto destinado a idosos imigrantes com doenças crônicas e seus cuidadores familiares, levado a cabo por duas organizações de solidariedade em Berlim. Quanto ao apoio a idosos com demência

vários projetos têm sido desenvolvidos. Entre eles destaca-se um manual para profissionais sobre como dar conselhos e apoio para os cuidadores familiares dos idosos, melhores práticas e projetos inovadores centrados em grupos para cuidadores familiares, formação prática, formação a grupos de apoio a pessoas idosas sofrendo de Alzheimer, conselhos, aconselhamento em ambiente de cuidados domésticos, serviços voluntários, cafés para cuidadores familiares e “Alzheimer-dance”. O manual é completado com informações relacionadas com legislação pertinente.

Práticas inovadoras

Na Alemanha, as práticas inovadoras em serviços de apoio baseiam-se na construção de estruturas em rede e em cooperação bem como em coordenação quer a nível de pessoal quer institucional. Assim, no projeto de pesquisa ProNetz, foram identificadas três categorias básicas de abordagens em rede bem como elementos para evitar ou melhorar as atividades em rede:

- rede baseada na comunidade
- rede orientada para instituições
- rede orientada para grupos-alvo

Fatores que melhoram a ligação em rede, a nível estrutural, incluem a disponibilidade de um centro específico (café, escritório, sala de conferências), um centro virtual (site, eventos, folhetos, documentos) e um centro “pessoal” (como um gerente de rede / cuidado, secretário).

Fatores que melhoram a ligação em rede a nível processual incluem a definição de objetivos; contratos; responsabilidades assumidas permanentemente e de forma confiável, o processo de rede institucional exige ser acompanhado por um moderador externo; pessoal qualificado em todos os grupos profissionais; reembolso.

Fatores que obstruem o processo em rede incluem a falta de apoio financeiro, a grande rotatividade de pessoal, a concorrência excessiva entre as instituições, a falta de apoio ao utente como comprador de um serviço, a falta de clareza entre as áreas de responsabilidade que dizem respeito às seguradoras e municípios.

Itália

No território do Município de São Donato, perto de Milão, a cooperativa social “Solidariedade e Progresso” realizou um projeto denominado “serviços de apoio para cuidadores”, apresentado em 2001, com base da Lei regional 23/1999 sobre “As políticas regionais para a família”. O serviço foi gratuito, implementado durante um ano, e o projeto foi elaborado de forma a integrar os serviços sociais e sanitários já existentes no território. O serviço visou proporcionar aos prestadores de cuidados as formas de apoio, tais como, serviço de informação, aconselhamento e consultoria. As primeiras avaliações do projeto foram positivas quanto ao seu impacto no bem-estar dos cuidadores.

Outra forma interessante de experimentação chamada “Parente-si” foi realizada na província de Milão focalizada na reapropriação do “tempo para si mesmo” no que respeita aos prestadores de cuidados a idosos não auto-suficientes atendidos em casa. A experiência durou 6 meses e envolveu 20 famílias que receberam apoio de 4 horas por semana, com a participação de vários operadores sociais e que mostrou como é difícil evitar o isolamento dos cuidadores familiares. Esta experiência demonstrou os cuidados que se devem ter em relação aos projectos, de modo a garantir a continuidade dos cuidados à pessoa assistida assim como a ajuda e aconselhamento ao cuidador.

Práticas inovadoras

A iniciativa de “guardião da saúde e serviços sociais” foi recentemente introduzida pela Câmara Municipal de Milão, com a função de identificar as necessidades dos idosos em dificuldade, através de seu contacto diário com as pessoas que vivem num bairro específico e agindo através das intervenções necessárias, por fornecedores de serviços públicos e privados, trabalhadores voluntários associações, paróquias e quaisquer outros recursos sociais disponíveis localmente.

A relevância de tal iniciativa é reforçada pelo facto da sua ligação com outro projeto de grande importância sócio médica: o “gabinete de aconselhamento para os idosos”, implementado com o objetivo de tomar conta das situações que colocam as pessoas idosas em risco e apoiar as dificuldades dos cuidadores ajudando na resolução de problemas. Atualmente, na base deste projeto experimental, está a ideia de passar a sua implementação para nível nacional, pelo Ministério da Saúde italiano.

Nutro município no norte da Itália, Modena, foi criado um serviço de aconselhamento para os cuidadores de pessoas idosas após alta hospitalar. Atualmente este centro, que coopera na Escola Especializada em Medicina Comunitária da Universidade de Modena e Reggio Emilia, está ainda a fornecer, apenas algumas horas por semana, um serviço de orientação, sendo o seu objetivo a longo prazo reforçar todos os tipos de apoio para os prestadores de cuidados, de acordo com as necessidades mencionadas pelos próprios cuidadores.

A Câmara Municipal de Florença, com a assessoria jurídica do “Studio Come”, implementou um projeto chamado “Idosos em casa” com o objetivo de superar a separação entre o sector privado de serviços “mercado” (com base na responsabilidade da família e geralmente desprovido de segurança) e o sector público (reservado principalmente para a minoria de cidadãos pertencentes às classes de baixos rendimentos). A novidade deste projeto, em comparação com semelhantes experiências em curso, por exemplo, as implementadas no contexto do projeto SERDOM, localizado no Norte de Itália, cidades como Modena, Parma e Turim encontra-se no facto de que Florença é o primeiro município a responder à necessidade de oferecer tanto apoio financeiro como segurança, oferecendo também um serviço de informações à comunidade para cuidadores familiares e redes de solidariedade locais.

O projeto “Cuidado Intensivo” é uma iniciativa de atendimento domiciliário gratuito para as famílias que têm um familiar sofrendo da doença de Alzheimer, que vive em Milão (a iniciativa é promovida pela Fondazione Manuli) e visa proporcionar cuidados de 4 horas por dia, durante 5 dias por semana, durante um ano. Este projeto pode ser considerado inovador, uma vez que permite a otimização dos próprios recursos pessoais do cuidador e promove uma continuidade de cuidados, informação e apoio à família.

Outro projeto inovador, implementado no contexto europeu, é o “CRONOS Progetto”, dirigido às pessoas com doença de Alzheimer, suas famílias e a todos os especialistas envolvidos nesta matéria. A característica mais notável do projeto é o sítio na Internet criado pelo Ministério da Saúde a nível nacional, inteiramente dedicado ao projeto. Além de fornecer informações sobre a doença, o site também oferece a possibilidade de discussão e confrontação entre os médicos, as famílias e os prestadores de cuidados e informações úteis aos cuidadores com vista a encontrarem os serviços

adequados: o site oferece também uma lista de unidades de avaliação e os centros de trabalho envolvidos no projecto, a nível de todo o País. No entanto, o projeto foi financiado somente até ao final de 2003 de modo que, apesar dos seus resultados positivos, há incerteza sobre o seu desenvolvimento futuro.

9.2. A massificação das TIC

O envelhecimento da população, em ritmo cada vez mais acelerado, a necessidade de uma resposta adequada e atempada à situação dos idosos nomeadamente os que vivem sós ou acompanhados por outros idosos, a necessidade de desenvolver um sistema de controle a distância do estado de saúde e bem estar dos idosos, têm conduzido ao desenvolvimento de sistemas de teleassistência para apoio à distância, garantindo deste modo a permanência em mais tempo dos idosos nas suas casas, o que também terá incidência na redução de custos do apoio a idosos.

Tem-se assim verificado, a nível mundial, o desenvolvimento de sistemas de alarme (tele assistência) que garantam resposta em casos de emergência e urgência a pessoas, nomeadamente idosos, com grandes situações de vulnerabilidade, nomeadamente todos aqueles com graves problemas de mobilidade.

Deste modo considera-se que a assistência prestada a distância através das Tecnologias de Informação e Comunicação permite monitorizar de forma constante, automática e remota, em tempo real, de emergências controlando os riscos do dia a dia. Em termos simples, a teleassistência integra sensores incluídos em detectores e monitores, ligados a sistemas de alarme comunitários que acionam centros de controle, de modo a conseguir respostas em tempo útil. Existem diferentes gerações, no que se refere a tecnologia, sendo a primeira geração a que inclui “handsets”, a segunda geração monitores domésticos e a terceira tecnologias, móvel e sem fios. Os dispositivos de controle a distância, mais conhecidos são os “carephone” (permite diálogo direto do utente com o centro de apoio) e ligados com conexão wireless a outros dispositivos de controle nomeadamente, a pulseira de alerta, alarme de cama, lembrança de medicamentos, sensores de quedas e router central com câmara de vídeo para videoconferência.

Também a telemedicina permite a troca de informação a distância do tipo fisiológica, entre paciente, hospitais, centros de saúde e respectivas equipas médicas, para efeitos de diagnóstico ou de monitorização, podendo incluir equipamentos para monitorizar a temperatura, a tensão arterial e determinados sinais vitais, assim como a recolha de outros dados clínicos. A localização e instalação destes equipamentos pode incluir os domicílios, assim como os equipamentos sociais, tais como lares, residências e centros de dia ou convívio.

9.2.1. Situação em alguns países da UE e da OCDE

Muitos países vêm desenvolvendo e promovendo tecnologias de assistência do tipo médico ou assistencial e bem estar. Estas medidas permitem redução de custos ao mesmo tempo que dinamizam o papel da sociedade civil e da própria indústria.

No Reino Unido, estima-se que existam cerca 1,5 milhões de utilizadores. Nomeadamente os projetos de telemedicina implementados prevêem a instalação de 2 mil sistemas para apoiar as unidades de saúde locais e monitorizar os pacientes nas suas próprias casas. Pretende este projeto uma antecipação do diagnóstico e evitar situações de saúde irreversíveis com a chegada demasiado tarde ao hospital. Este sistema permitiu já um decréscimo de 44% nas idas ao hospital.

Em Espanha, a Lei da Dependência prevê um sistema de teleassistência apropriado para cuidados aos utentes com necessidades especiais para respostas imediatas em especial em situações de solidão.

Em França, existe, entre outras modalidades, a “France Retraite Assistance” que permite o contacto 24 horas sobre 24 horas dos utentes com plataformas médicas e sociais. A teleassistência encontra-se numa rede GSM (SMS, GPRS, EDGE, 3G, ...), permitindo sempre uma geolocalização e uma dinamização imediata através de telefones portáteis.

Na Itália e Irlanda, muitos benefícios em termos sociais e de segurança foram conseguidos com um custo muito inferior com um “serviço de linhas de apoio”. Saliente-se na Irlanda “A Senior Help

Line” da responsabilidade de uma organização sem fins lucrativos (Third Age Foundation) e, na Itália, a “Big Angel” dinamizada pela Telecom Itália.

Também muitos outros países, nomeadamente da OCDE, têm vindo a desenvolver modelos de teleassistência em rede salientando-se, entre estes, a Austrália que tem por objetivo o apoio ao nível social para conseguir diminuir o grau de invalidez, aumentar a qualidade de vida com utilização de telefones portáteis e pendentes (colares para alertas permanentes).

Refira-se, ainda, que a Noruega, realizou um estudo junto da população tendo em vista a utilização das TIC e consultas via internet. Cerca de 85% dos inquiridos responderam que desejariam ter a possibilidade de utilizar tais instrumentos.

9.2.2. As TIC como resposta ao modelo português

Em Portugal, verifica-se, cada vez mais, a utilização da teleassistência, nomeadamente por entidades privadas do sector não lucrativo e do sector lucrativo. O papel das entidades pertencentes à Rede Solidária é significativo, dado que esta rede é constituída por mais de 280 pontos de acesso à Internet pertencentes a organizações não governamentais de e para pessoas com deficiência, idosas ou em risco de exclusão.

Algumas das organizações que integram esta rede têm implementado modelos de teleassistência com base em serviços de primeira geração telefónica e dispositivos centrais de alarme social, verificando-se uma evolução para serviços de segunda geração que incluem um conjunto adicional de sensores para controle dos utentes em tarefas de higiene, dispensador de comprimidos, sensores de quedas e outras e com georreferenciação dos utentes.

Salienta-se entre estas organizações a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) onde se tem verificado um crescimento elevado dos serviços da CVP. Segundo a Cruz Vermelha afirma no Relatório “Serviço de tele-assistência a idosos”, “a vantagem dos Serviços da CVP são os custos controlados e subsidiados, tendo em conta tratar-se de uma organização sem fins lucrativos e experiência de

longos anos da CVP na prestação de serviços de auxílio domiciliário e infra-estruturas e plataforma de serviços já instalados com capacidade escalável de resposta”.

Tem esta organização uma parceria com a Vodafone que permite o fornecimento de um dispositivo móvel próprio para pessoas de terceira idade, com capacidade de chamada de socorro, números pré-configurados e georreferenciação. Os serviços de teleassistência instalam um dispositivo no lar do idoso que passa a ficar integrado no call-center que presta o atendimento, acompanhamento e redirecionamento.

Igualmente, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa tem uma rede com equipamentos instalados que, em 2006, cobria Centros de dia ou convívio (147 utentes), Serviço de apoio domiciliário (1 596 utentes), Modelo de serviço de apoio domiciliário integrado (210 utentes) e Residências (302 utentes).

Muitas empresas privadas do sector lucrativo que desenvolvem atividade prestando serviços de apoio domiciliário têm vindo a possibilitar aos seus clientes serviços de teleassistência nomeadamente com dispositivos e sensores (WSN) de diagnóstico clínico e de segurança ou apoio domiciliário como a domótica (gestão de recursos habitacionais).

A Helphone é uma empresa privada com fins lucrativos operando em teleassistência domiciliária, com serviços de primeira geração e com um sistema tipo carephone, integrando a sua base de assistência muitas autarquias.

As Residências Montepio, José de Mello Residências ou Espírito Santo Saúde, empresas que exploram residências para idosos, dispõem também serviços de apoio domiciliário onde se integra serviço de tele assistência.

Em síntese, pode-se afirmar que têm vindo a ser desenvolvidos cada vez mais serviços de teleassistência e de telemedicina, com realce para os primeiros, que apresentam grandes capacidades para serem desenvolvidos atingindo uma maior cobertura nacional. A utilização da teleassistência encontra-se mais implantada nos grandes centros urbanos, não obstante existirem

autarquias e IPSS que já dispõem de tais sistemas, nomeadamente para apoio domiciliário. Contudo, as potencialidades que os sistemas suportados pelas TIC encerram, permitirão um alargamento aos Centros de dia e Lares, com vantagens óbvias em muitos domínios, quer para os utentes quer para as entidades.

Uma melhor coordenação e articulação, a cobertura territorial, muitas vezes comprometida pela falta de uma rede de comunicações em muitas regiões do país, podem possibilitar às entidades envolvidas uma melhor gestão e uma redução de custos de funcionamento, ao mesmo tempo que possibilitarão uma prestação de serviços a eventuais utentes com maiores níveis de rendimento. A intervenção das empresas da área industrial, baseadas no princípio da “responsabilidade social das empresas”, permitirá a constituição de parcerias que possibilitarão uma massificação da utilização das TIC no apoio aos idosos.

9.3. O papel das parcerias e da sociedade civil

“Sozinhos podemos ir mais rápido, mas juntos iremos mais longe”
(Victor Hugo)

9.3.1. As parcerias e o seu papel na transformação social

O trabalho em parceria é fundamental para a transformação social. A parceria tem como princípios básicos: integridade, transparência, sinceridade, respeito e benefício mútuo e é um processo que integra: planeamento e preparação, negociação, acordo formal, execução e monitorização, prestação de contas e avaliação. Todos estes passos são necessários no caso de uma parceria formal uma vez que também pode existir trabalho em parceria e esta ser apenas uma parceria informal onde alguns passos citados não se impõem como necessários.

Em qualquer tipo de parceria, é fundamental o papel desempenhado pelos parceiros voluntários sobretudo numa perspectiva de desenvolvimento local uma vez que estes detêm enormes potencialidades que concorrem para a coesão social, com ações preventivas nas comunidades onde estão inseridas. É importante que as parcerias funcionem de uma forma simples, desburocratizadas,

que facilitem o diálogo, a participação e a decisão, que sejam flexíveis na procura de soluções para resolução de problemas ou para a criação de novas respostas.

Num trabalho em parceria importa contar com a participação efetiva do Assistente Social na medida em que a sua prática e convivência social podem ser decisivos na intervenção das relações entre os vários atores da parceria, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo ou socializadora de prestação de serviços.

Nesta linha e segundo o retratado nas I Jornadas do Serviço Social - Centro Hospitalar Barlavento Algarvio “Boas Práticas nas Redes de Parceria” (Maio 2010) são muitos os desafios do serviço social na atualidade quando tem de enfrentar as barreiras, desigualdades e injustiças existentes na sociedade.

A complexidade e a densidade dos fenómenos sociais e dos problemas humanos obrigam a uma ampla intervenção profissionalizada, concertada e organizada, centrada objectivamente na tomada de decisões éticas e respeito pela dignidade humana.

Todos os casos com que o Serviço Social se depara têm uma moldura comum, a precariedade e fragilidades sociais, no entanto tenta dar resposta a todos, mesmo perante os constrangimentos e condicionalismos a que está sujeita a sua ação.

Para tal o serviço social desenvolve um circuito complexo com vários intervenientes, indivíduos, famílias, instituições, entre outros, recorre a uma rede de relações internas e externas com vista a assegurar a qualidade ao nível da resposta institucional sempre numa perspectiva integradora.

Importa por isso conhecer e dinamizar os recursos da comunidade, agilizar procedimentos de atuação, imprimir dinâmicas de cooperação com os vários intervenientes que atuam nos vários contextos sociais, de forma a potenciar as redes de parceria, pois só assim é possível realizar um trabalho sustentado em prol do bem-estar dos utentes.

O trabalho em parceria permite reunir esforços, rentabilizar recursos, integrar diferentes perspectivas e complementar competências, de forma a conferir maior eficácia e eficiência às intervenções. Não sendo o trabalho em parceria uma experiência nova na área social, não é no entanto uma prática consolidada no nosso País.

De entre os benefícios do trabalho em parceria pode-se destacar o “desenvolvimento conjunto de abordagens inovadoras”, a “complementaridade de atividades” e a “aquisição de novas competências”. Deve-se ainda ter em atenção que “não existe um modelo de trabalho em parceria ideal que possa ser aplicado independentemente dos objetivos do projeto em acusa e das instituições que compõem a parceria.

9.3.2. Exemplos de parcerias e suas potencialidades

Relativamente ao trabalho das IPSS em geral, as redes de parceria constituídas com entidades da comunidade, de carácter formal e informal, desempenham um papel importante e cujas interligações permitem responder de uma forma mais adequada às necessidades da população idosa. O trabalho em rede, além de aumentar a possibilidade de resposta, tem muitas outras vantagens, como seja fortalecer as instituições e permitir um maior intercâmbio e eficácia nas respostas dadas.

Assim, tendo em conta a condição social de boa parte dos utentes das IPSS e dos impactos negativos que esta tem na sociedade, torna-se muito importante uma mediação social que facilite o acesso daquela população aos diferentes serviços sociais, nomeadamente proteção social e cuidados de saúde - o sucesso deste trabalho não seria possível sem uma boa articulação entre os parceiros da rede.

Tem sido tradicional, ao longo de anos, a existência de parcerias entre o sector público e o sector solidário, nomeadamente, Misericórdias e outras IPSS. Também no sector público têm prevalecido articulações entre as áreas e serviços do sector social e sector de saúde, algumas vezes com a participação de autarquias, sendo de salientar que algumas parcerias de IPSS com Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais se têm realizado, ao nível local para fins determinados, podendo tais parcerias englobar matérias não financeiras como seja o caso da logística.

No âmbito das IPSS, verificam-se poucas situações da existência de parcerias entre as mesmas, nomeadamente para um funcionamento em rede. Tal facto impede, muitas vezes, um aproveitamento de sinergias e uma melhor gestão com eventual redução de custos de

funcionamento e, mesmo, de pessoal, considerando que determinadas qualificações poderão, em certos casos, ser partilhadas entre várias entidades.

O caso dos Serviços de apoio domiciliário é uma modalidade de apoio social onde, parcerias entre IPSS, em determinadas regiões do país, permitiriam uma redução de custos, nomeadamente nas vertentes de transportes, combustível e pessoal.

Muitas outras parcerias são aconselháveis, tal como já se verifica, em alguns casos em Portugal (casos de parceria entre a Cruz Vermelha Portuguesa e a Vodafone ou Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e empresas de telecomunicações) e noutros países. Tais parcerias entre as IPSS e empresas, particularmente as empresas produtoras de equipamentos ou as empresas de serviços no domínio das Comunicações, permitiriam massificar a utilização das TIC, não só para o apoio domiciliário mas também em termos gerais de gestão das instituições.

Parcerias com o sector empresarial poderão permitir também benefícios na redução de custos com medicamentos (bancos de medicamentos), alimentação e produção de produtos agrícolas ou energia. Muitas parcerias com empresas poderiam ser suportadas pela “Responsabilidade Social das Empresas”, conforme definido e recomendado pela Organização Internacional do Trabalho, como já se verifica em alguns casos.

Igualmente, o aproveitamento e maximização das potencialidades que existem ao nível de voluntariado, designadamente o voluntariado mais qualificado, deverão induzir a procura de parcerias com paróquias onde se constituiriam bancos de voluntários, para efeito de satisfação de vários tipos de necessidades mais qualificadas (relembre-se a existência de médicos e enfermeiros reformados, a existência de muitas profissões com elevada qualificação, ajustadas às atividades no domínio da saúde e proteção social) ou de outro tipo de necessidades nomeadamente ao nível de apoio domiciliário e prestação de alguns serviços a idosos com grandes dificuldades de mobilidade. Ainda neste campo a realização de parcerias com organizações de jovens ou mesmo com escolas, poderia aumentar a qualidade do apoio aos idosos e contribuir para a sustentabilidade das IPSS.

9.4. Novos modelos de cuidados a idosos e principais desafios

Quando se fala em novos modelos deve ter-se presente que se está falando no campo da inovação social que são novas ideias (produtos, serviços e modelos) que, simultaneamente, atendem às necessidades sociais (de forma mais eficaz do que as alternativas) e criam novas relações sociais ou colaborações (Comissão Europeia 2010, a partir da definição do Livro Aberto de Inovação Social, Murray, Calulier-Grice e Mulgan, Março de 2010).

De acordo com Rolf G. Heinze e Naegle (Universidade de Bochum), quando se fala de inovação social deve haver uma intencional e propositada nova configuração das práticas sociais realizadas por um determinado grupo de interessados. O objetivo é resolver ou satisfazer problemas sociopolíticos ou necessidades de modo melhor do que seria possível, com base em práticas estabelecidas. A inovação social pode, assim, ser orientada para o mercado com fins lucrativos ou sem fins lucrativos com orientações pendentes para desafios sociais / questões sociais (Heinze e outros, 2012, p. 3)⁸³. Assim, considera o mesmo autor como principais critérios e pré-condições para as inovações sociais:

- Orientação para a interligação desafios sociais / questões sociais
- Novas soluções no sentido de uma compreensão real da novidade
- Novas configurações específicas de práticas sociais / arranjos
- Superação da dicotomia tradicional de inovações tecnológicas e sociais por meio da integração
- Integração / Cooperação de atores heterogêneos que normalmente não cooperam (por exemplo, entre produtores de tecnologia e serviço social)
- Padrões de ação integrados
- Integração dos utilizadores finais ("utilizador co-produção")
- Reflexividade e abordagens interdisciplinares
- Orientação para o objetivo principal da utilidade social muitas vezes com o objetivo de resolver os problemas sociais
- Sustentabilidade das medidas (no sentido de prática social / fatos)
- Novos potenciais de crescimento em termos de emprego regular

⁸³ Heinze et al. (2012).

Está-se, pois, perante um modelo onde intervêm produtores de inovação/ utentes/ prestadores de serviços. De acordo com este facto, pode-se afirmar que a intervenção dos produtores de novas tecnologias em diversos domínios industriais se encontra intimamente interligada com os fornecedores de serviços e estes com os utentes ou utilizadores dos mesmos. O funcionamento deverá, assim, obrigar a um ajuste das estruturas a novas formas de gestão, à adaptação das novas realidades sociais e de saúde (evolução das condições de saúde dos idosos, novas doenças, novos tratamentos, idosos cada vez com idade mais avançada, idosos com maior grau de conhecimentos, etc.). Tal poderá exigir uma diferente e maior qualificação dos trabalhadores dos sectores sociais, uma aproximação mais amigável das tecnologias e uma preparação orientada da população à sua situação futura de idoso.

Deste modo, devem ter-se em atenção alguns desafios nomeadamente:

- A importância da inovação em todas as vertentes do apoio a idosos
- O papel das entidades que constituem o sector solidário, designadamente as IPSS, e as alterações que as mesmas deverão ser capazes de efetuar no sentido da preparação para um novo paradigma de utente, mais idoso, mais culto e mais preparado para participar
- A criação de condições financeiras das IPSS com base em novas formas de gestão e novas fontes de receitas
- A introdução de novas tecnologias no funcionamento das diferentes respostas sociais
- O aumento significativo de qualificação no pessoal que trabalha nos domínios de apoio a idosos, permitindo um funcionamento de qualidade superior e com maior flexibilidade
- O diálogo permanente com os produtores de equipamentos com vista aos ajustamentos às novas realidades
- O funcionamento, cada vez maior, em rede das diferentes entidades com um diálogo permanente para a transmissão de boas práticas e para aproveitamento das diferentes sinergias geradas pela própria rede
- A divulgação e discussão de novas tecnologias para apoio ao idoso e novos modelos que garantam uma melhor qualidade de vida dos idosos

- Uma definição de normas que permitam uma gestão que garanta maior sustentabilidade das IPSS.

Estas condições podem refletir-se na alteração do modelo das diferentes respostas sociais privilegiando a permanência, o maior número de anos possível, dos idosos em situações de desinstitucionalização, com apoio de sistemas cada vez mais sofisticados de teleassistência e telemedicina aos idosos nas suas casas. Deve-se, por tal motivo, desenvolver os Serviços de apoio domiciliários, ao mesmo tempo que se deve efetuar um reajustamento das valências dos Centros de dia com incidência no domínio da saúde, assumindo esquemas, suportados pelas novas tecnologias, e permitindo, deste modo, reduzir custos e aliviar a utilização pelos idosos das unidades de saúde de cuidados primários.

A articulação, dentro da mesma unidade territorial, das diferentes entidades e respostas sociais que as integram, ao mesmo tempo que a procura de novas fontes de receitas, deverão ser analisadas conjuntamente numa perspectiva de prestação de serviços à sociedade. A redução de despesas, que contribuirá para uma maior sustentabilidade, deve exigir que se funcione articuladamente através de centrais de compras, produção de bens alimentares, centrais de medicamentos, etc.

A existência de novos modelos nas respostas sociais para a população idosa começa a desenvolver-se em Portugal com o surgimento de unidades não só vocacionadas para uma assistência de mais qualidade a esta população, mas modelos que, eles próprios, podem gerar receitas e, logo também, contribuir para a sustentabilidade das IPSS. Entre estes modelos, salienta-se as “aldeias-lares” que possibilitam uma interligação de diferentes respostas sociais, permitem a recuperação de aldeias quase abandonadas e degradadas, proporcionam uma aposta no desenvolvimento de um turismo que pode estar integrado em cluster na área social/saúde, criam condições para a criação de processos de solidariedade entre/gerações e para a ligação a atividades de lazer.

Também as “residências assistidas”, que se têm orientado para um público de estrato social e rendimento mais elevado, podem ser objeto de uma política que permita um público-alvo mais alargado.

Modelos que podem ser sustentados em seguros sociais para a terceira idade onde a população, a partir de uma determinada idade, passa a poder efetuar uma contribuição que lhe garanta, quando idoso, a opção por sistemas personalizados de apoio, são alternativas que devem merecer a atenção da população e da sociedade em geral. Modelo idêntico já existe em alguns países, onde a população, para além da contribuição obrigatória para a segurança social, tem sistemas de seguros, voluntários quer no domínio da saúde, quer no domínio da proteção social.

9.5. Conclusões

- Nos últimos anos, em todos os países da UE, verificou-se que cresceram os programas de cuidados a longo prazo para idosos fora dos esquemas mais tradicionais, defrontando um conjunto de fatores de natureza demográfica, social, tecnológica, epidemiológica e política que influenciam quer a procura quer a oferta de cuidados domiciliários.
- Constata-se que, a nível europeu, os modelos de prestação de cuidados a idosos estão a mudar apesar dos fatores de mudança serem diferenciados com uma procura crescente de cuidados ao domicílio, ou seja, cuidados individuais e personalizados (seja prestado por serviços públicos, privados lucrativos ou não) que é um desafio ao modelo convencional de lares institucionais, mesmo que estes ainda possam constituir uma resposta representativa de cuidados em muitos países.
- O desenvolvimento das TIC, nomeadamente de sistemas de controlo à distância do estado de saúde e bem estar dos idosos, tem conduzido ao progresso de sistemas de teleassistência para apoio à distância, garantindo deste modo a permanência em mais tempo dos idosos nas suas casas.
- Em Portugal, a utilização da teleassistência encontra-se mais implantada nos grandes centros urbanos, não obstante existirem autarquias e IPSS que já dispõem de tais sistemas, nomeadamente para o apoio domiciliário, não havendo contudo uma cobertura territorial, dada a falta de cobertura da rede de comunicações em muitos locais.

- A existência de parcerias entre o sector público e o sector solidário, nomeadamente, as Misericórdias e outras IPSS, é uma realidade. Também no sector público têm prevalecido articulações entre as áreas e serviços do sector social e sector de saúde, algumas vezes com participação de autarquias, sendo de salientar que algumas parcerias de IPSS com Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais se têm realizado, ao nível local e para determinados fins, podendo tais parcerias englobarem matérias não financeiras como sejam o caso da logística.

Bibliografia

- ABRAHAM, A. - Financial Management in the Nonprofit Sector: A Mission-Based Approach to Ratio Analysis in Membership Organization, *The Journal of American Academy of Business*, Cambridge, 9 (2), 2006, 212-217.
- ABRAHAM, A. - Financial Sustainability and Accountability: A Model For Nonprofit Organisations. AFAANZ 2003 Conference Proceedings, 6-8 July 2003. Brisbane, Australia: AFAANZ, 2003.
- AGE Platform Europe, EU CR and EC - *How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors*. Brussels: EU Publications Office, 2011. Disponível em <http://www.age-platform.eu/>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- ALBUQUERQUE, P. C. e LOPES, J. C. - *Economic impacts of ageing: an interindustry approach*. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2010.
- ALEIXO, M. S. C. - *Decisões de Reforma - Efeitos na Oferta de Trabalho e Sustentabilidade da Segurança Social*. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2011. Dissertação de Mestrado.
- ALMEIDA, M. F. - *Promoção da Saúde depois dos 65 anos. Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa: ENSP/UNL, 2009. Dissertação de Doutoramento.
- ALVES, J. F. e NOVO, R. F. - Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 65-77, 2006.
- ANDREOTTI, A.; GARCIA, S.; GOMEZ, A.; KAZEPOV, Y.; MINGIONE, E. e HESPANHA, P. - Does a Southern European Model Exist?. *Journal of European Area Studies*. 9 (1), 43-62, 2001.
- ANTUNES, M. C. - *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina, 2008.
- ANTUNES, M. G. P. - *Influência da Gestão por Processos no desempenho organizacional: um estudo empírico na área social*. Lisboa: FCT, UNL, 2008. Dissertação de Doutoramento.
- ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L. P.; OLIVEIRA, A. e PINTO, C. - Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista - Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2), 59-66, 2007.
- ARAÚJO, L. F. e CARVALHO, V. A. M. L. - Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. *Textos sobre Envelhecimento*, 7 (1), 10-22, 2004.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L. e CARVALHO, V. A. M. L. - Social representation of the

old age among elderly people who take part in groups of living together. *Psicol. cienc. prof.*, 25 (1), 118-131, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L. e SANTOS, M. F. S. - O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia e Sociedade*, 18 (2), 89-98, 2006.

AZEREDO, Z. e MATOS, E. - Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Rev. Geriatria*, 2 (20), 28-30, 1998.

AZEVEDO, C.; RAQUEL, F. C. e MENEZES, J. W. (coords) - *Gestão de Organizações sem fins Lucrativos – O Desafio da Inovação Social*. Porto: Imoedições, 2010.

BAKX, P. - *Determinants of long-term care use*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Institute of Health Policy and Management, 2010. Dissertação de Mestrado.

BALTES, P. - Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-624, 1987.

BALTES, P. - The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594, 1993.

BALTES, P. e SMITH, J. - Towards a psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BALTES, P. e STAUDINGER, U. - The search for a psychology of wisdom. *Current Directions on Psychological Science*, 2, 75-80, 1993.

BALTES, M.; MAYR, M.; BORCHELT, M.; MASS, I. e WILMS, H. - Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 13, 657-680, 1993.

BALTES, P. e MAYER, K. (Eds.) - *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

BALTES, P. e SMITH, J. - Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. Bengtson & K.W.Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer, 1999.

BALTES, P.; STAUDINGER, U. e LINDENBERGER, U. - Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507, 1999.

BANCO ALIMENTAR, ENTRAJUDA e UCP - *Caracterização das Instituições de Solidariedade Social e das Famílias Carenciadas*, UCP, 2010.

BANCO MUNDIAL - *Solving the Old Age Crisis*, Washington D.C., 1994.

- BARBACENA, H. - A importância crescente do Turismo Médico, *DPP Scanning Docs* SD7, 2010.
- BARRETO, J. - *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica*. Porto: Faculdade de Medicina/Universidade do Porto, 1984. Dissertação de Doutoramento.
- BENGSTON, V. L. - Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1-16, 2001.
- BIRREN, J. e CUNNINGHAM, W. - Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. in J. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985.
- BORGES, M. - *Balanced Scorecard numa Misericórdia: estudo de caso*. Lisboa: ISCSP/UTL, 2010. Dissertação de Mestrado.
- BOSTOCK, S. e STEPTOE, A. - Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. (Março), 1-10, 2012.
- BRANCO, M. J.; NOGUEIRA, P. J. e DIAS, C. D. - *MOCECOS - uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, 2001.
- BRANCO, M. J. e PAIXÃO, E. - *Uma observação sobre Cuidados Continuados no domicílio*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa: DEP/MS, 2008.
- BRANDTSTANDTER, J.; ROTHERMUNDR, K. e SCHMITZ, U. - Coping resources in later life. *European Journal of Applied Psychology*, 47, 107-114, 1997.
- BRANDTSTANDTER, J.; WENTURA, D. e GREVE, W. - Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349, 1993.
- BRUNER, J. - *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1986.
- BUNZEL, J. - Note on the history of a concept - Gerontophobia. *The Gerontologist*, 12 (2), 116, 1972.
- CABRAL, M. V. S. e ALCÂNTARA, P. - *O Estado da Saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: ICS, 2009.
- CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M.; PEREIRA, M. e PINTASSILGO, A. L. - *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto*. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, 17

Outubro 2005. Disponível em http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf. (Acedido em 17 de Março, 2012).

CANAVARRO, M. C.; SERRA, A. V.; SIMÕES, M. R.; PEREIRA, M.; GAMEIRO, S.; QUARTILHO, M. J.; RIJO, D.; CARONA, C. e PAREDES, T. - *Qualidade de Vida*. 2006. Disponível em <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).

CANAVESES, M. - *Qualidade, Empreendedorismo e Inovação - Inovar a que preço?*. Porto: UDIPSS, 2011.

CANHA, H. M. C. T. - *A informação financeira nas IPSS: o caso particular da demonstração dos resultados por valências*. Aveiro: Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial/Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.

CAPUCHA, L. (Ed.) - *ONG's de Solidariedade Social: Práticas e Disposições*. Porto: REAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza, 1995.

CAPUCHA, L. - Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção: Protecção contra o “risco de velhice”: que risco?. *Revista de Intervenção Social*, 2000.

CARDONA, M. C. e SANTOS, J. C. G. - Apoio fiscal do Estado às Instituições de Solidariedade Social. In *As Instituições Não-Lucrativas e a Acção Social em Portugal*. Lisboa: Editora Vulgata, 1997, pp. 75-86.

CARNEIRO, R. - Viver Aprendendo, Aprender Vivendo. *Povos e Culturas*, 15, 203-247, 2011.

CARROLL, D. A. e STATER, K. J. - Revenue Diversification in Nonprofit Organizations: Does it lead to Financial Stability?. *Journal of Public Administration Research*, 19 (4), 947-966, 2008.

CARVALHO, A. - Quantifying the third sector in Portugal: an overview and evolution from 1977 to 2007. *Voluntas*, 21, 588-610, 2010.

CARVALHO, J. P. e MOTA, J. - Actividade física, equilíbrio e medo de cair - Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7 (2), 225-231, 2007.

CARVALHO, M. I. L. B. - Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96, 2009.

CARVALHO, M. I. L. B. - *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Lisboa: ICSTE/IUL, 2010. Dissertação de Doutoramento.

- CASTELLAN, A., Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 188-192, 2003.
- CASTRO, J. L. e GONÇALVES, A. - A Rede Social e o Desenvolvimento Local – parcerias sociais e planeamento participado. In *Cidades, Comunidades e Territórios*, 4. Lisboa: CET/ISCTE, 2002, pp. 71-82.
- CASTRO, J. L. (coord.) - *Rede Social – desafios e experiências de um programa estruturante*. Lisboa: ISS IP, 2009.
- CAVANAUGH, J. - *Adult development and aging*. 3rd ed., Pacific Grove, California: Brooks/Cole. 1997.
- CERQUEIRA, M. M. - *Imagens do Envelhecimento e da Velhice: Um estudo na população portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Doutoramento.
- CHANG, C. F. e TUCKMAN, H. P. - Revenue Diversification Among Non-profits. *Voluntas*, 5 (3), 273-290, 1994.
- CIRCULAR NORMATIVA N.º13/DGCG, de 02/07/2004 - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*.
- CIRIEC - The Social Economy in the European Union, The European Economic and Social Committee (EESC), nº CESE/COMM/05/2005, 2007.
- COELHO, E. - *O método Lee-Carter para a modelização e previsão da mortalidade*. Lisboa: ISEGI, 2001. Dissertação de Mestrado.
- COELHO, E.; MAGALHÃES, M. G.; PEIXOTO, J. e BRAVO, J. - *Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060 – Metodologia*. Lisboa: INE, 2008.
- COLOMBO, F. [et al.] - *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- COMAS-HERRERA, A. [et al.] - *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Brussels: European Commission, Employment and Social Affairs DG, 2003. Disponível em http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- COMAS-HERRERA, A.; WITTENBERG, R. e PICKARD, L. - *Making projections of public expenditure on long-term care for the European member states: Methodological proposal for discussion*. In European Commission - Brussels: AWG-OECD Workshop, 21-22 February 2005.

- COMISSÃO EUROPEIA - *Comunicação ao Parlamento Europeu e ao Conselho, Primeira avaliação intercalar do programa comum «Assistência à Autonomia no Domicílio» (AAD)*, Brussels: European Commission, 16.12.2010 COM (2010) 763 final, 2010. Disponível em www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=category&sonid=27&id=159&Itemid=313. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- COMISSÃO EUROPEIA - *Concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável*. COM (2012) 83 final, Brussels: European Commission, 2012. Disponível em www.qren.pt/download.php?id=50.
- COMISSÃO EUROPEIA - *Envelhecer bem na sociedade da informação - Uma Iniciativa 2010 - Plano de Acção no domínio Tecnologias da Informação e das Comunicações e Envelhecimento*. Brussels: European Commission, 2007.
- CONCEIÇÃO, M. E. - Novas respostas no âmbito da acção social: os centros de noite. *Revista Pretextos*, 17, 2004, pp. 16-17.
- CORREIA, A. C. R. - *Serviço de tele-assistência aos Idosos: Caso prático realizado em colaboração com a Unidade de Saúde Familiar Anta*. Porto: FE/UP, 2010. Dissertação de Mestrado.
- COSTA, J. F. C. - *Os Idosos e as novas tecnologias: perspectivas para uma maior qualidade de vida*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 2010. Dissertação de Doutoramento.
- CUNHA, S. I. R. R. - *Planear e Inovar: Contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades auto-avaliadas da população com 65 e mais anos*. Lisboa: ENSP/UNL, 2010.
- DIAS, A. e SANTANA, S. - Integrated care: new paradigms in health care. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8 (1), 12-20, 2009.
- DGS - *Cuidados Familiares a Pessoas Muito Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1999. Documentos Temáticos n.º 5.
- DGS - *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1995.
- DGS - *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.
- DGS - *Programa de Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2006. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008279.pdf>. (Acedido em Março 2012).
- DGS - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008279.pdf>. (Acedido em Março 2012).

- DIAS, A. e SANTANA, S. - Integrated care: new paradigms in health care - *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8 (1), 12-20, 2009.
- DPP - *A Economia Portuguesa a Longo Prazo – um Processo de Cenarização*, Lisboa: DPP, 2011.
- DRULHE, M. - *Vivre ou Survivre? Les Centres D'Hébergement Pour Personnes Agées*. Paris : Editions du C.N.R.S, 1991.
- ELKAN, R., e KENDRICK, D. - *What is the Effectiveness of Home Visiting or Home-Based Support for Older People?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. Disponível em www.euro.who.int/Document/e83105.pdf. (Acedido em 16 de Maio, 2012).
- ENGENHEIRO, S. P. F. - *Apoio domiciliário e qualidade: um estudo de caso*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.5/3382>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- ENTRAJUDA - *Alguns dados relativos ao Voluntariado em Portugal*. Lisboa: Entreajuda, 2011.
- ERS - *Estudo do acesso aos cuidados continuados de Saúde*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde, 2011.
- ESTEVES, M. F. S. - *A Actividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física/Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado.
- EUROPEAN COMMISSION - The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). *European Economy*, 2, 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- EUROPEAN COMMISSION – DG ECFIN, Economic Policy Committee, Ageing Working Group - The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060). *European Economy*, 2, 2012. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf (Acedido em 22 de Junho, 2012).
- EUROPEAN COMMISSION – EUROSTAT - *Income and living conditions in Europe*. Brussels: European Commission, 2010.
- EUROPEAN COMMISSION – DG ECFIN - Joint Report on Pensions: Progress and key challenges in the delivery of adequate and sustainable pensions in Europe. *European Economy, Occasional Papers* 71, 2010. Disponível em ec.europa.eu/economy.../publications/occasional_paper/2010/.../ocp71_en.pdf. (Acedido em 17 de Março, 2012).

- EUROPEAN COMMISSION - *Long-term care in the European Union*, Brussels: European Commission, 2008. Disponível em http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012)
- EUROPEAN COMMISSION, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities - *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels: European Commission, 2008.
- EUSÉBIO, M. C. [et al.] - *Programas de Turismo Social, Relatório I*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2012.
- FARIA, L. e MARINHO, C. - Actividade física, saúde e qualidade de vida na Terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 93-104, 2004.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. - *Gerontologia Social. Una introducción*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000.
- FERNANDES, A. A. - Reforma, velhice e cidadania, dúvidas e certezas de um contrato social. *Cadernos de Política Social*, 2-3, 2000.
- FERNANDES, A. A. - *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora, 1997.
- FERNANDES, A. A. - Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52, 2001.
- FERREIRA, A. L. C. B. M. - *A Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: FPCE/UL, 2009. Dissertação de Mestrado.
- FERREIRA, S. - *O Prestador Informal de Cuidados à Pessoa Idosa Alvo de Apoio Domiciliário Integrado: uma análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um programa de promoção da saúde*. Lisboa: UNL, 2002. Dissertação de Mestrado.
- FERRY, L. - *Qu'est-ce qu'une vie réussie?* Paris: Bernard Grasset, 2002.
- FIGUEIRA, A. R. - *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.
- FIGUEIREDO, D. - *Cuidados familiares ao idoso dependente. Cadernos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- FIGUEIREDO, D.; LIMA, M. P. e SOUSA, L. - Os "pacientes esquecidos": satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, 12 (1), 97-112, 2009.

- FIGUEIREDO, D. e SOUSA, L. - Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), 15-24, 2008.
- FINDLAY, Robyn A., Interventions to Reduce social isolation amongst older people: where is the evidence?. *Rev. Ageing & Society*, 23, 647-658, 2003.
- FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E. e TRENTINI, C. - Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, 40 (5), 2006. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102006000600007&script=sci_arttext. (Acedido em 2 de Abril, 2012).
- FONSECA, A. M. - *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Clipseps Editores, 2005.
- FONSECA, A. M. - *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.
- FONSECA, A. M.; PAÚL, C.; MARTIN, I. e AMADO, J. - Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Clipseps, 2005, pp. 97-108.
- FONSECA, A. M. G. - *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Doutoramento.
- FORTIN, M.-F. - *O Processo de Investigação – Da Concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas-Lda, 1999.
- FOSTER, W. L.; KIM, P. e CHRISTIANSEN, B - Ten Nonprofit Funding Models. *Stanford Social Innovation Review*, Spring 2009, pp. 32-39. Disponível em www.ssireview.org. (Acedido em 16 de Maio, 2012)
- FRADE, J. T. F. - *Análise estatística do inquérito nacional de saúde e determinantes da qualidade de vida dos portugueses*. Coimbra: Faculdade Economia/Universidade de Coimbra, 2010. Dissertação de Mestrado.
- FRANCO, R. C.; SOKOLOWSKI, S. W.; HAIREL, E. M. H. e SALAMON, L. - *The Portuguese Nonprofit Sector in Comparative Perspective*, Universidade Católica Portuguesa and the Johns Hopkins Center for Civil Society Studies, 2006. Disponível em www.ccss.jhu.edu. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- FREIRE, P. - *The Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder and Herder, 1970.

- FREITAS, J. A. A. - *Centros Sociais Paroquiais. Redes de comunicação e de cooperação para a “terceira idade”: contexto institucional e social*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011. Dissertação de Doutoramento.
- FUJISAWA, R. e COLOMBO, F. - *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. Paris: OCDE - ELSA/ELSA/WP2/HEA, 2009.
- FUNDAÇÃO AGA KHAN - *Estudo de Avaliação das Necessidades da População Senior em Portugal*. CEDRU-Grupo de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG-Boston Consulting Group, 2008.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS - *Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Lisboa: FFMS, 2012. Disponível em <http://www.pordata.pt/>. (Acedido em Maio de 2012).
- GIL, A. - *Serviços de Apoio Domiciliário – Oferta e Custos no Mercado Privado*. Lisboa: ISS, 2009.
- GONÇALVES, C. - As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60, 2001.
- GONÇALVES, L. - *Qualidade de vida dos idosos*. Spain: Faculty of Education, University of Extremadura, 2002. Dissertação de Doutoramento.
- GONÇALVES, V. - *Relação entre Estado e o Terceiro Sector*. Porto: Instituto de Sociologia, FL/UP, 2008.
- GONÇALVES-PEREIRA [et al.] - Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): Desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 7-18, 2007.
- GORMAN, M. - *Healthy and active ageing*. EeroHealthNet, 2000. Disponível em www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy_and_Active_Ageing.pdf. (Acedido em 2 de Abril, 2012).
- GOUVEIA, M. e L. SARMENTO - Financiamento das Pensões dos Funcionários Públicos em Portugal: Estimativas do Impacto de Longo Prazo nas Finanças Públicas. *Boletim Económico – Banco de Portugal*, 8 (2), 41-52, 2002.
- GRANT, H. M. e CRUTCHFIELD, L. R. - Creating High-Impact Nonprofits. *Stanford Social Innovation Review*, Fall 2007, pp. 32-41. Disponível em www.ssireview.org. (Acedido em 16 de Maio, 2012).
- GREENLEE, J. e TRUSSEL, J. - Predicting the financial vulnerability of charitable organizations. *Nonprofit Management and Leadership*, 11 (2), 199-210, 2000.

- GUERRA, I. - *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. 1ª ed.. Cascais: Editora Principia, 2006.
- GUIMARÃES, A. C. F. P. - *Donativos: Possibilidades e limitações na gestão das organizações sociais*, Lisboa: ISCTE, IUL, 2010. Dissertação de Mestrado.
- HEINZE, R. [et al.] - *Social Innovations and Population Aging*. Bochum: University of Bochum, 2012.
- HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C.; JONES, A. M. e RICE, N. - Persistence in health limitations: a European comparative analysis. *Health, econometrics and data group (hedg) working papers 07/03*. HEDG, c/o Department of Economics/University of York, 2007.
- HESPANHA, P. [et al.] - *Entre o Estado e o Mercado. As Fragilidades das Instituições de protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- HODGE, M. M. - *Nonprofit Board Effectiveness, Funding Source, and Financial Vulnerability*. Florida: University of Central Florida, 2006. Dissertação de Doutoramento.
- HORTELÃO, A. P. S. - *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta, 2003. Dissertação de Mestrado.
- HUBER, M.; RODRIGUES, R. e HOFFMANN, F. [et al.] - *Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- IMAGINÁRIO, C. - *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda, s/d.
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL - *Estatísticas 2010, Pensões e Pensionistas*. Lisboa: ISS, 2010. Disponível em <http://www2.seg-social.pt/>. (Acedido em Maio e Junho, 2012).
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. - *Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais*. Lisboa: ISS, 2012. Disponível em <http://195.245.197.202/left.asp?05.18.08.02>. (Acedido em Abril de 2012).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Conta Satélite das Instituições sem fim lucrativo 2006 – projecto-piloto*, Lisboa: INE, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2002.
- INSTITUTO PARA A QUALIDADE NA FORMAÇÃO - *O Sector dos Serviços de Proximidade – Serviços de Ação Social*. Lisboa: IQF, 2005. Coleção Estudos Sectoriais n.º 24.

- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL - *Programa Piloto da Rede Social – 1999/2000*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999.
- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL - *Relatório de Execução do Programa Piloto – Rede Social*. Lisboa: IDS, 2001.
- JACOB, L. - *A Importância das Universidades de Terceira Idade na Qualidade de Vida dos seniores em Portugal*. Almeirim: RUTIS, 2005.
- JOËL, M.-E.; DUFOUR-KIPPELEN, S. e SAMITCA, S. - The long-term care system for the elderly in Portugal. Enepri (European Network of Economic Policy Research Institutes), *Research Report*, nº 84, 2010. Disponível em <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27/>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- KEATING, E. K.; FISCHER, M.; GORDON, T. P. e GREENLEE, J. - Assessing Financial Vulnerability in the Nonprofit Sector. *The Hauser Center for Nonprofit Organizations RWP05-00*, Paper nº 27. Cambridge: John F. Kennedy School of Government/Harvard University, 2005.
- KIM, P.; PERREAULT, G. e FOSTER, W. - Finding Your Funding Model. *Stanford Social Innovation Review*, Fall 2011, pp. 37-41. Disponível em www.ssireview.org.
- KING, D. e WYNNE, L. - The emergence of “Family Integrity” in later life. *Family Process*, 43 (1), 7-20, 2004.
- LAWTON, M. P. - Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. In S. Friedman & T. Wash (Eds.), *Measuring environment across the life span. Emerging methods and concepts*. Washington: American Psychological Association, 1999.
- LAGE, I. - Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi, 2005, pp. 203-229.
- LAVILLE, J.-L. - *What is the third sector? From the non-profit sector to the social and solidarity economy: Theoretical debate and European reality*, EMES European Research Network, WP no. 11/01, 2011.
- LEITE, S. - Projeções de Famílias para Portugal: que viabilidade? *Revista de Estudos Demográficos*, 37, 75-83, 2005.
- LEONTIEF, W. - Input-output analysis, In. W. Leontief (Ed.), *Input-Output Economics*. New York: Oxford University Press, 1986, 2nd ed., Chapter 2, pp. 19-40.
- LIMA, M. - Considerações em torno do conceito de estereótipo: uma dupla abordagem. *Revista da Universidade de Aveiro*, 14, 1997.

- LIMA, M. L. P. [et al.] - *Idadismo na Europa – Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso Português: Relatório I*. Lisboa: CIS/IUL, Instituto do Envelhecimento, European Research Group on Attitudes to Age, 2010.
- LIMA, M. L. P. [et al.] - *Idadismo na Europa Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso Português: Relatório II*. Lisboa: CIS/IUL, Instituto do Envelhecimento, European Research Group on Attitudes to Age, 2011.
- LIN, W. - *Nonprofit revenue diversification and organizational performance: an empirical study of New Jersey Human services and community improvement organizations*. Rutgers: the State University of New Jersey, 2010. Dissertação de Doutoramento.
- LOBÃO, J. - *Qualidade e Sustentabilidade das Organizações Sociais*, 2011. Disponível em http://www.projectocaerus.org/wp-content/uploads/2011/02/JP-Lobao_Sustentabilidade.pdf (acedido em 12 de Fevereiro de 2012).
- LOPES, A. - *Rendimento e Privação entre os Idosos Portugueses. Uma análise dos dados do Painel dos agregados da Comunidade Europeia*, Porto: FL/UP, 2008.
- LOPES, A. C. R. S. - *Welfare Arrangements, Safety nets and familial support for the elderly in Portugal*. Londres: London School of Economics and Political Science, 2006. Dissertação de Doutoramento.
- LOPES, P. A. P. L. - *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um Estudo comparativo e correlacional*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004. Dissertação de Mestrado.
- LOPES, P. J. M. - *O perfil dos dirigentes do ISS, IP – C.D. e os novos desafios da A.P..* Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.
- LOPES, M. A. G. - *Estudo prospectivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030*, Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3469/1/2011000030.pdf> (Acedido em 23 de Maio de 2012).
- LOURENÇO, M. M. A. O. - *A orientação para o Mercado das Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa: ISEG/UTL, 2011. Dissertação de Mestrado.
- LUCAS, F. P. L. S. e PEREIRA, H. C. - *Gestão das IPSS com valências diversificadas: proposta de um modelo de referência de actuação estratégica dos dirigentes*. Santarém: Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, 2009.
- MACHADO, C. S. F. - *Population Aging and the Labor Market*. Braga: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Doutoramento.

- MARCO, M. J. e DELGADO, B. J. - Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. *Estudios I+D+I*, 9, 2005. Disponível em <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imerso-estudiosidi-09.pdf> (Acedido em 23 de maio de 2012).
- MARQUES, S. - *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011. Ensaio da Fundação.
- MARQUES, A. S. e BARRETO, J. - 10 anos em rede no combate à pobreza e exclusão social, *Sociedade e Trabalho*, 41, 124-140, 2010.
- MARSHALL, C. e ROSSMAN, G., - *Design Qualitative Research*. 5th Edition, United States of America: Sage Publications, 2011.
- MARTINS, R. e RODRIGUES, M. - Estereótipos sobre os idosos: uma representação social gerontofóbica. *Revista Millenium*, 29, 249-254, 2004.
- MARTINS, R. M. L. - *Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente*. Viseu: IPV, 2010. Disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium27/14.htm. (Acedido em 17 de Março, 2012).
- MAURITTI, R. - Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39 (171), 339-363, 2004.
- McCANN, R. e GILES, H. - *Ageism in the workplace: A communication perspective*. In *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 2002.
- MENDES, S. M. R. S. S. - *O efeito das políticas sociais na sustentabilidade demográfica do sistema de pensões português (em comparação com os sistemas francês, alemão e dinamarquês)*. Braga: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Mestrado.
- MENDONÇA, A. - *Envelhecimento activo e educação ao longo da vida*. Funchal: Universidade da Madeira, 2012.
- METELO, C.; MATEUS, E.; GONÇALVES, J.; NOGUEIRA, J. M.; GUTERRES, M. C. e NICOLA, R. - *O papel da rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: GEP/MTSS, 2010. *Sociedade e Trabalho*, nº 41.
- MILLIGAN, C. - *There's no place like home: place and care in an ageing Society*. London: Ashgate Publishing Ltd, 2009.
- MINAYO, M. C. S. [et al.] - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18, 2000.

- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. *Programa de Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008279.pdf>. (Acedido em 15 de Maio, 2012).
- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social - *Anexo ao Acordo sobre a Reforma da Segurança Social – Impacte das Medidas*, Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2006.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - *A Dependência: O Apoio Informal, a rede de serviços e equipamentos cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - *PNAI - Plano Nacional de Acção Para a Inclusão, 2006-2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - *Relatório Técnico Sobre a Sustentabilidade da Segurança Social*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2006.
- MISSOC Secretariat - *MISSOC ANALYSIS, 2009, Long-Term Care*.
- MOREIRA, M. F. C. - *O Envelhecimento da população e o seu impacto na habitação - Prospectiva até 2050*. Lisboa: ISEGI/UNL, 2008. Dissertação de Mestrado.
- MOSCOVICI, S. - Why a theory of social representations? In K. Deaux and G. Philogène (Ed.), *Representations of the Social: Bridging Theoretical Traditions*. Oxford: Blackwell Publishing, 2001, pp. 8-35.
- MOSCOVICI, S. - L'ère des représentations sociales. In W. Doise e A. Palmonari, (Eds.), *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux e Niestlé, 1986, pp. 34-80.
- MOSCOVICI, S. - *La psychanalyse son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.
- MOREIRA, M. F. C. - *O Envelhecimento da população e o seu impacto na habitação - Prospectiva até 2050*, Lisboa: ISEGI/UNL, 2008. Dissertação de Mestrado.
- NAUFAL, R. - *Addressing Social Isolation Amongst Older Victorians: an evidence based approach*. Department of Planning and Community Development, 2008.
- NELSON, T. D. - Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207–221, 2005.
- NELSON, T. (Ed.) - *Ageism, stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press, 2002.
- NERI, A. L. - *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.

- NICOLA, R. - *Envelhecimento demográfico: Dinâmicas da população e das famílias*, 2011. Disponível em <http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/Relat%C3%B3rio%20sobre%20Demografia%20e%20Projec%C3%A7%C3%B5es%20Final%20sem%20imagens.pdf>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- NOGUEIRA, J. M. - A outra Face de Janus – avaliação, terceiro sector e causas potenciais de insucesso em parcerias e redes. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 11, 23-39, 2005.
- OECD - *Costs of Care for Elderly Populations*. Guidelines for estimating long-term care expenditure, DELSA/HEA/DIS (2006) 4, 14 February 2006. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/1/23/37808391.pdf>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- OECD - *Data collection on long-term care (focussing on recipients)*. Meeting of OECD Health Data National Correspondents, DELSA/HEA/HD(2007)7, 28 September, 2007. Disponível em <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>. (Acedido em 17 de Maio, 2012).
- OECD - *Economic Survey – Portugal*. Paris: OECD Publishing, 2006.
- OECD - *Economic Survey – Portugal*. Paris: OECD Publishing, 2008.
- OECD - Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending. *Economic Outlook* 69, 145-167, 2001. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/1/22/2085481.pdf>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- OECD - *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/healthataglance2011.htm>. (Acedido em 15 de Março, 2012).
- OECD - *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- OMS - *Active Ageing, A Policy Framework*. Genève: OMS, 2002.
- OMS - *Vieillir en Restant Actif, Cadre d’Orientation*. Genève: OMS, 2002.
- ORRICK, B. - *What is a senior citizen?* Ontario: Canadian Senior Years, 2003. Disponível em <http://www.senioryears.com/citizen.html>. (Acedido em 30 de Agosto, 2012).
- OSÓRIO, A. R. e PINTO, F. C. - *As Pessoas Idosas Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.
- PALMORE, E. B. - *Ageism: Negative and Positive*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, Inc., 1999.

- PALMORE, E. B. - The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41, 572-575, 2001.
- PAÚL, C. - *Construção de um modelo de envelhecimento humano: o grande desafio da saúde e das ciências sociais no século xxi*. Porto: Universidade do Porto, 2001. (Aula de agregação).
- PAÚL, C. - Envelhecimento activo e redes suporte social. *Revista Sociologia*, 15, 275-287, 2005.
- PAÚL, C. - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997.
- PAÚL, C. - *Psicologia dos idosos. O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, 1996.
- PAÚL, C. e FONSECA, A. M. - A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362, 1999.
- PAÚL, C. e FONSECA, A. M. - *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi, 2001.
- PAÚL, C. e FONSECA, A. M. (eds) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; CRUZ, F.; CEREJO, A. e VALENÇA, A. - *Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento - Manual - Versão Portuguesa* ("The European Survey on Aging Protocol"). Porto: ICBAS/UP, 1999.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; MARTIN, I. e AMADO, J. - Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005, pp. 77-98.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; CRUZ, F. e EXCELSA - Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426, 2001.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; MARTIN, I. e AMADO, J. - Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Journal of Psychologist*, 8, 189-197, 2003.
- PEREIRA, C. e NEVES, R. - O contributo das TIC para a Qualidade de Vida de pessoas idosas. *Didáctica, Innovación y Multimedia*, 20, 1, 2011. Disponível em <http://ddd.uab.cat/record/70996>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- PEREIRA, F. A. - A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1 (2), 6-10, 2008.
- PEREIRA, J. L. S. - *Contributo para a concepção de um balanced scorecard num equipamento de uma organização sem fins lucrativos*. Lisboa: ISCTE/IUL, 2009.
- PERISTA, H. e NOGUEIRA, S. - *Work Integration Social Enterprises in Portugal*. EMES, WP no. 04/06, 2004.

- PINHO, M. M. N. - *Análise do índice de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar “X”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Faculdade de Medicina/Universidade de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado.
- PINQUART, M. e SORENSEN, S. - Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224, 2000.
- PINTO, H. G. C. - *Satisfação de Idosos Institucionalizados em Lar Lucrativo e Idosos a usufruírem da Prestação Informal de Apoio Domiciliário – Uma abordagem comparativa*. Porto: FE/UP, 2009. Dissertação de Mestrado.
- PITTINI, A. - *Study on social services of general interest. Final report*. Brussels: European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2011. Disponível em <http://eprints.lse.ac.uk/43342/>. (Acedido em 17 de Abril, 2012).
- POLACEK, R.; MCDAID, D. e FERNANDEZ, J. [et al.] - *Study on social services of general interest. Final report*. Brussels: European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2011. Disponível em <http://eprints.lse.ac.uk/43342/> (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).
- POLACEK, R.; MCDAID, D. e FERNANDEZ, J. [et al.] - *The Impact of Population Ageing on Innovation and Productivity Growth in Europe*. Vienna: Vienna Institute of Demography Austrian Academy of Sciences, 2005.
- PÓVOA, V. O. - *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.
- QUARESMA, M. L. - A evolução das aspirações e necessidades da população envelhecida – novas perspectivas de actuação e de intervenção. *Protecção Social, Cadernos Sociedade e Trabalho*, VII. Lisboa: MTSS/DGEEP, 2006, pp.179-198.
- QUARESMA, M. L. - *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996.
- QUINTÃO, C. - *O Terceiro Sector e a sua renovação em Portugal. Uma abordagem preliminar*. Porto: Instituto de Sociologia/Universidade do Porto, 2011. IS Working Paper, 2. Disponível em http://sociologia.pt/publicacoes_workingpapers.aspx.
- RAMOS, N. - Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), 195-216, 2005.
- REBELO, H. - Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 25 (4), 543-557, 2007.

- REINER, T. A. - Organizational Survival in an Environment of Austerity. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 18, 211-221, 1989.
- RELVAS, A. P. - *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*, 3ª ed.. Porto: Edições Afrontamento, 2004.
- RIBEIRINHO, C. - *Concepções e Práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio*. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado.
- RIBEIRO, A. e SOUSA, L. - As imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 22-35, 2008.
- RIBEIRO, A. P. F. - *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. Dissertação de Mestrado.
- RIBEIRO, J. F. - *Portugal 2025 – que funções no espaço europeu?*. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais, 2009.
- RIBEIRO, J. L. P. - Escala de Satisfação com suporte Social. *Análise Psicológica*, 17 (3), 1999.
- RODRIGUES, E. F. - *Políticas Sociais e Estado-Providência, O Financiamento da Segurança Social*. Lisboa: Fundação Friedrich Erbert Stiftung, 1995.
- RODRIGUES, M. J.; NEVES, A. e GODINHO, M. M. - *Para uma Política de Inovação em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2003.
- RODRIGUES, P. e PEREIRA, A. M. - *A Reforma das Pensões em Portugal: Uma Análise de Equilíbrio Geral Dinâmico*. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, 2007.
- ROSA, M. J. V. - *Proteção Social: Novos desafios para a sustentabilidade social em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.
- SALAMON, L. M.; SOKOLOWSKI, S.W.; HADDOCK, M. e TICE, H.S. - *Portugal's nonprofit sector in comparative context*. Baltimore: Johns Hopkins Center for Civil Society Studies, 2012.
- SALSELAS, M. - *Política Social e Velhice em Portugal. Mudanças e permanências nas relações entre estado e sociedade*. São Paulo: ISSSP/Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo, 1994. Dissertação de Mestrado.
- SAMUELSON, P. - An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money. *Journal of Political Economy*, 66 (6), 467-482, 1958.

- SANTANA, S. - Reforming long-term care in Portugal: Dealing with the multidimensional character of quality. *Social Policy and Administration*, 44 (4, August), 512-528, 2010.
- SANTOS, I.; COVITA, H. e PACHECO, C. - *Directório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação, Relatório Final*. Lisboa: FCM/UNL, 2011.
- SCHAIE, K.W. - *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- SERRÃO, D. - Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, 2006, pp. 129-137.
- SILVA, A. F. B. - *Envelhecimento Activo, Educação e Promoção da Saúde na População Idosa*. Braga: Instituto de Educação/Universidade do Minho, 2010. Dissertação de Mestrado.
- SILVA, A. L., - A pesquisa em saúde/enfermagem a serviço de populações pobres e vulneráveis: prioridade para o milénio. *Cogitare Enfermagem*, 13 (4), 479-483, 2008.
- SILVA, A. M. R. - *Representações sociais da Velhice*. Porto: FPCE/UP, 2011. Dissertação de Doutoramento.
- SILVA, A. R. G. - *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2002. Dissertação de Mestrado.
- SILVA, S. M. - *Envelhecimento Activo: Trajectórias de vida e Ocupações na reforma*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado.
- SIMÕES, A.; FERREIRA, J. A. e LIMA, M. P. [et al.] - Reflexões pedagógicas, em torno do bem-estar subjectivo: A importância das metas pessoais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33 (2), 61-88, 1999.
- SIMÕES, A. P. [et al.] - *Equidade Horizontal no Sistema de Saúde Português: Sector Público vs Sector Privado*. Lisboa: APES, 2006.
- SOARES, M. C. [et al.] - *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico*, Lisboa: SERGA, 2011.
- Social Innovation Exchange*. Reino Unido. <http://www.socialinnovationexchange.org/>. (Acedido em Janeiro de 2012).
- SOUSA, L. - Avós e netos: uma relação afectiva, uma relação de afectos. *Povos e Culturas*, 10, 39-50, 2006.
- SOUSA, L. - *Families in Later Life: Emerging Themes and Challenges*. New York: Nova Science Publishers, 2009.

- SOUSA, L. e CERQUEIRA, M. - As imagens da velhice em diferentes grupos etários: um estudo na população portuguesa. *Revista Kairós*, 8 (2), 189-206, 2005.
- SOUSA, L. e CERQUEIRA, M. - Influência do género nas imagens da velhice: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Kairós*, 9 (2), 69-86, 2006.
- SOUSA, L. e FIGUEIREDO, D. - Dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologia*, 33, 109-122, 2003.
- SOUSA, L. e FIGUEIREDO, D. - *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (National background report for Portugal)*. Hamburg: Eurofamcare, 2004.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. e CERQUEIRA, M. - *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Editora Âmbar, Porto, 2004. Colecção A Idade do Saber.
- SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. - EASYCARE: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas), *Revista de Estatística*, 1º Quadrimestre, 2002.
- SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D. - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371, 2003.
- SOUSA, L.; SILVA, A.; MARQUES, F. e SANTOS, L. - Constructing family integrity in later life. In L. Sousa (ed.), *Families in later life*. New York: Science Publishers, 2009.
- SOUSA, S. [et al.] - *As Instituições Particulares de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. Lisboa: IPI-Consulting Network Portugal, CNIS e Fundação Millenium BCP, 2012.
- SNIPH (Swedish National Institute of Public Health) - *Healthy Ageing: a Challenge for Europe*, Brussels [Stockholm]: SNIPH, 2007. Disponível em www.healthyageing.nu.
- TARRICONE, R. e AGIS, D. T. - *Home Care in Europe: The Solid Facts*. Génève: OMS-UMCCI, 2008.
- TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008. *Relatório n.º 38 /09 - 2ª Secção*, 2008.
- TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria aos sistemas de controlo na atribuição de subsídios a IPSS com acordo. *Relatório n.º 37/2001 - 2ª Secção*, 2001.
- TRIBUNAL DE CONTAS - Transferências e apoios financeiros concedidos pelos municípios do Continente a instituições sem fins lucrativos e famílias, nos exercícios de 2005 a 2007, Auditoria. *Relatório n.º 3 - 2ª Secção*, 2010.

- TUCKMAN, H. P. e CHANG, C. F. - A Methodology for Measuring the Financial Vulnerability of Charitable Nonprofit Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 20 (4), 445-460, 1991.
- TRUSSEL, J. M.; GREENLEE, J. S. e BRADY, T. - Predicting Financial Vulnerability in Charitable Organizations. *The CPA Journal*, June, 66-69, 2002.
- TRUSSEL, J. M. e PARSONS, L. M. - *Financial Reporting Factors Affecting Donations to Charitable Not-for-Profit Organizations*, 2003. American Accounting Association 2004 Mid-Atlantic Region Meeting Paper. Disponível em SSRN, <http://ssrn.com/abstract=481383>.
- UMCCI - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade do RNCCI – 2010*. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados, 2011.
- VALGA, C. I. C. R. A. - *Avaliação do retorno para a Sociedade dos benefícios concedidos a IPSS na área da Saúde*. Porto: FEP/UP, 2010. Dissertação de Mestrado.
- VANCE, D. L. - *Government funding and failure in nonprofit organizations*. Indiana: Department of Philanthropic Studies/Indiana University, 2010.
- VERAHEGHEN, P. e SALTHOUSE, T. - Meta-analyses of age-cognition relations in adulthood. Estimates of linear and non-linear age effects and structural models. *Psychological Bulletin*, 12, 231-249, 1997.
- VERÍSSIMO, C. M. F. - *Envelhecer em família: Qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio: Contributos para uma intervenção multidisciplinar*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2001. Dissertação de Mestrado.
- VIEGAS, S. M. e GOMES, C. A. - *A Identidade na Velhice*. Porto: Âmbar, 2007.
- VILLOSIO, C. e BIZZOTTO, G. - Once there were wives and daughters, now there are badanti: Working in home elderly care in Italy is still an informal, unqualified and unrecognised occupation. *Walqing Social Partnership Series*, 4, 2011. Disponível em <http://www.walqing.eu/index.php?id=64>. (Acedido em 22 de Junho, 2012).
- WALL, K. - *Famílias em Portugal*. Lisboa: ICS, 2005.
- WALRAS, L. - *Elements of pure economics or the Theory of Social Value*. Irvin: Homewood, IL, 1874.
- WHOQOL - *Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde*. Genève: OMS, 1988. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>. (Acedido em 23 de Maio, 2012).

Workshop 94 Sobre o Envelhecimento: Experiências Inovadoras em Portugal. Lisboa, 20 e 21 de Outubro de 1994. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade/Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 1995.

YIN, R. K. - *Case Study Research – Design and Methods*. 4th ed., vol. 5. New York: Sage Publications, 2009.

ZAIDI, A.; GASIOR, K. e SIDORENKO, A. - Intergenerational Solidarity: Policy Challenges and Societal Responses. European Centre for Social Welfare Policy and Research, *Policy Brief*, July, 2010.

ZANDER, R. S. e ZANDER, B. - *The Art of Possibility*. New York: Penguin Books, 2000.

ZIETLOW, J. - *A Financial Health Index for Achieving Nonprofit Financial Sustainability*, 2012. Disponível em <http://ssrn.com/abstract=2049022>. (Acedido no dia 23 de Maio de 2012).