



NOVOS EMPREGOS E COMPETÊNCIAS NOS DOMÍNIOS DA SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Relatório Final

Coordenadores:

Maria Cândida Soares

José António de Sousa Fialho

Novembro de 2011



POAT/FSE: Gerir, Conhecer e Intervir

Índice

SUMÁRIO EXECUTIVO	5
I. INTRODUÇÃO	24
II. ENQUADRAMENTO MUNDIAL	26
III. O CONTEXTO EUROPEU	31
IV. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL	36
IV.1 - Evolução demográfica e caracterização da população idosa	36
IV.2 - Os idosos no contexto das alterações da estrutura familiar	39
IV.3 - A dependência dos idosos	42
IV.4 - O rendimento dos idosos e sua influência na qualidade de vida	48
IV.5 - Pessoas idosas e condição perante o trabalho	53
IV.6 - Actividade não económica dos idosos	58
IV.6.1 - <i>Voluntariado</i>	60
IV.6.2 - <i>Universidades Seniores</i>	63
IV.6.3 - <i>Actividades de lazer e o turismo sénior</i>	65
V. OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DOS IDOSOS	69
V.1 - Envelhecimento e suas principais consequências	69
V.2 - O fenómeno da dependência	71
V.3 - A prestação de cuidados aos idosos	73
VI. O SISTEMA DE SAÚDE E DE PROTECÇÃO SOCIAL PARA APOIO A IDOSOS: A SUA CARACTERIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO	77
VI.1 - O subsistema de Saúde para Apoio a Idosos	77
VI.2 - O subsistema de Protecção Social para apoio a idosos	88
VI.3 - A caracterização dos profissionais em cada subsistema	95
VI.3.1 - <i>Subsistema de Saúde para Apoio a Idosos</i>	95
VI.3.2 - <i>Subsistema de Protecção Social de Apoio a Idosos</i>	102
VI.3.3 - <i>A oferta formativa</i>	104
VI.4 - O estudo de casos e o exemplo de boa prática	107
VI.4.1 - <i>Estudo de casos</i>	107
VI.4.2 - <i>Exemplo de boa prática</i>	116
VII. A POPULAÇÃO IDOSA EM 2020	120
VII.1 - Projecções demográficas	120
VII.2 - Cenários para a evolução das estruturas dos agregados familiares	135
VIII. AS CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE E PROTECÇÃO SOCIAL PARA RESPOSTA À SITUAÇÃO DOS IDOSOS	136
IX. AS NECESSIDADES DE EMPREGO	141
IX.1 - Subsistema de Saúde	141
IX.2 - Subsistema de Protecção Social	145
IX.3 - Evolução do Emprego Total	147
IX.4 - Necessidades de Qualificação	149
IX.5 - As competências necessárias	151
X. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	155
X.1 - Conclusões	155
X.2 - Recomendações	159
METODOLOGIA	162
BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS	175

Índice de Figuras

Figura 1 – Peso da população idosa - 2007	30
Figura 2 – Índice de envelhecimento - 2007	30
Figura 3 – População Idosa na UE27, em 2010	31
Figura 4 – População com 65 e mais anos em 2010, por sexo	32
Figura 5 – Indicadores de envelhecimento e de dependência	33
Figura 6 – Evolução da população total e activa com 65 e mais anos	36
Figura 7 – Evolução da população idosa entre 2000 e 2010	37
Figura 8 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990 a 2006	38
Figura 9 – Tipologias de famílias clássicas	40
Figura 10 – Famílias monoparentais e unipessoais	40
Figura 11 – Distribuição dos agregados familiares	41
Figura 12 – Distribuição dos agregados familiares por dimensão e tipologia	42
Figura 13 – Índice de dependência de população idosa -2009	43
Figura 14 – Taxa de dependência dos idosos - 2009	44
Figura 15 – Indicadores de envelhecimento	45
Figura 16 – Projecção da evolução dos índices de envelhecimento e dependência, Portugal, 2000-2050	46
Figura 17 – Taxa de risco de pobreza segundo o sexo e grupo etário, Portugal, EU-SILC 2010	48
Figura 18 – Taxa de risco de pobreza segundo a composição do agregado familiar, Portugal, EU-SILC 2010	49
Figura 19 – Taxa de risco de pobreza, população total e população pobre, com 65 anos e mais	50
Figura 20 – Pensionistas de velhice do regime geral da Segurança Social: total e por escalão de pensão (em Euros)	51
Figura 21 – Índice de carências da população	52
Figura 22 – População activa, empregada e desempregada em Portugal	53
Figura 23 – Estrutura da população segundo a situação perante o trabalho, grupo etário 55-64 anos, 2010	54
Figura 24 – População empregada em Portugal	55
Figura 25 – Evolução da estrutura da população empregada por nível de habilitação	55
Figura 26 – Evolução da estrutura da população empregada por nível de habilitação	56
Figura 27 – Total de pensionistas 1990-2009	57
Figura 28 – Estrutura etária dos pensionistas	58
Figura 29 – Rácio de indivíduos sem amigos por grupos de idade em relação à população total – 2006	59
Figura 30 – Rácio de indivíduos sem ajuda por grupos de idade em relação á população total – 2006	60
Figura 31 – Percentagem de voluntários por grupos etários segundo o tipo de instituição	61
Figura 32 – Voluntariado entre as pessoas com 50 e mais anos na Europa (% por país)	63
Figura 33 – Modificações fisiológicas do envelhecimento	69
Figura 34 – Principais Problemas de Saúde dos idosos	71
Figura 35 – Número de camas contratadas em funcionamento por tipo de unidades e respectiva estrutura até 31/12/2010	78
Figura 36 – Evolução do número de camas contratadas	78
Figura 37 – Evolução dos lugares de internamento	79
Figura 38 – Número de acordos e camas por entidade prestadora	79
Figura 39 – Número de camas contratadas, em funcionamento até 31/12/2010 por tipo Unidades para a população de 65 e mais anos	80
Figura 40 – Número acumulado de utentes referenciados	83
Figura 41 – Motivos de referênciação 2010	84
Figura 42 – Distribuição dos utentes por sexo e grupo etário - 2010	84
Figura 43 – Utentes com idades acima dos 65 anos - evolução	85
Figura 44 – Respostas sociais direccionadas para idosos	91
Figura 45 – Respostas sociais para idosos e pessoas em situação de dependência	92
Figura 46 – Capacidade instalada	93
Figura 47 – Taxas de cobertura – 2009	94
Figura 48 – Agrupamentos Profissionais em 2008	96
Figura 49 – Evolução comparativa entre os Médicos inscritos na Ordem dos Médicos e os Médicos em exercício no SNS (2002-2007)	97
Figura 50 – Número médicos e de habitantes por médico segundo a especialidade	98
Figura 51 – Evolução das carreiras médicas do SNS, entre 2002 e 2007	99
Figura 52 – Distribuição dos médicos por grupos etários e sexos, Portugal, 2008	100

Figura 53 – Número de enfermeiros e respectiva estrutura por especialidades	101
Figura 54 – Profissionais de Saúde na RNCCI	102
Figura 55 – Trabalhadores que exercem actividade de apoio a idosos	103
Figura 56 – Distribuição do emprego segundo a antiguidade na empresa	104
Figura 57 – Cenários para a população residente em Portugal no ano 2020	121
Figura 58 -Saldo Migratório e saldo natural	123
Figura 59 – Índice Sintético de Fecundidade 2009	124
Figura 60 – Hipóteses subjacentes aos Cenários do INE	125
Figura 61 – Evolução e projecções da Esperança Média de Vida: 1960-2059	125
Figura 62 – Evolução e projecções do Índice Sintético de Fecundidade: 1960-2059	126
Figura 63 – Evolução e projecções do Saldo Migratório: 1960-2059	127
Figura 64 – Projecções da População Residente:2010-2060	129
Figura 65 – Pirâmides Etárias da População Residente, por Género: 2009 e 2020	130
Figura 66 – – Projecções dos grupos etários 55-64, 65-74 e ≥75 anos: 2009-2060	131
Figura 67 – Variação populacional dos grupos etários 55-64, 65-74 e ≥75 anos: 2009-2020	132
Figura 68 – Indicadores Demográficos e de Dependência, 2009	133
Figura 69 – Alguns Indicadores Demográficos e de Dependência: 2020	134
Figura 70 - Análise SWOT dos Sistemas de Saúde e Protecção Social.....	137
Figura 71 - Necessidades em recursos humanos de Técnicos de saúde no SNS em 2020.....	142
Figura 72 – Previsão das Necessidades de Recursos Humanos na RNCCI, em 2020 – Cenário Baixo	143
Figura 73 – Previsão das Necessidades de Recursos Humanos na RNCCI, em 2020 – Cenário Alto.....	144
Figura 74 – Técnicos de Saúde Necessários no SNS e na RNCCI, em 2020	145
Figura 75– Previsão das Necessidades de Recursos Humanos nos Serviços de Apoio Social em 2020	147
Figura 76 – Previsão das Necessidades Totais de Recursos Humanos - 2020	148
Figura 77 – Evolução dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde e Sociais – 2009-2020.....	148
Figura 78 – Necessidade em algumas especialidades médicas vocacionadas para idosos, em 2020	150

SUMÁRIO EXECUTIVO

Segundo as conclusões da Assembleia Mundial sobre Envelhecimento realizada, em 2002, em Madrid, sob o tema “Sociedade para Todas as Idades”, reconheceu-se que o envelhecimento da população é um facto fundamental que define a sociedade contemporânea, gerando desafios em todos campos e exigindo a participação de todos. Destacou como prioridades o tratamento dos problemas relacionados com o envelhecimento, nomeadamente a relação entre pobreza e saúde, o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento, a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades e a protecção social.

*Potencialidades do
sector saúde e
cuidados sociais face
ao envelhecimento*

Tais factos constam do artigo 14º da Declaração Política da Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) no qual é abordada especificamente a questão da saúde dos idosos ao afirmar:

“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 objectivo 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 adoptar medidas em muitos sectores sociais e económicos, fora do sector 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, capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade.

Reconhecemos a contribuição dos idosos para o desenvolvimento através do desempenho do seu papel como guardiões”.

Em Portugal, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um incremento de 140 % da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0 % do total da população, em 1960, mais do que duplicou, passando para 16,4 %, em 2001. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000. Segundo dados das Nações Unidas para 2007, Portugal é o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.

Tendo em conta o enquadramento europeu e os desafios de necessidade de criação de emprego para fazer face à actual situação do mercado de trabalho e às perspectivas futuras, desenvolveu-se, para Portugal, um trabalho sistémico num sector como o da saúde e cuidados sociais com reais potencialidades futuras de valor acrescentado e de criação de postos de trabalho (entre 5 e 13 % a participação no PIB e 20 milhões de pessoas trabalhavam, em 2006, nestes sectores nos Estados Membros da UE). Este estudo abrange, apenas, os sectores público e solidário.

O presente trabalho concentra-se na população com 65 e mais anos, sem no entanto esquecer o escalão etário dos 55-64 anos, na medida em que qualquer política pública ou programas direccionados para melhorar as condições de bem-estar da população mais velha deve começar por ter actuações preventivas. Este estudo inclui, tratando-se de um sector com predominância do trabalho feminino, uma abordagem de género.

Deste modo o tema das necessidades e oportunidades criadas pela população mais velha em termos de criação de postos de trabalho e perfis profissionais passará por uma análise das questões relacionadas com a temática do envelhecimento activo.

Tendo em conta esta realidade complexa, várias organizações internacionais e autores têm elaborado sobre conceitos de

envelhecimento activo, como a OMS, OCDE, UE.

A evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por uma evolução muito gradual do crescimento da população, observando-se o aumento do peso dos grupos etários seniores e a redução da população jovem.

*Evolução
demográfica em
Portugal e índice de
envelhecimento*

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. De salientar que os grandes idosos (mais de 80 anos) passaram de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010. Este aumento é originado sobretudo pelo aumento da população feminina desta faixa etária que teve um acréscimo de cerca de 80%.

A esperança média de vida à nascença dos homens e mulheres nascidos antes de 1990 estava entre 71 e 77 anos e ao atingir 65 anos tem uma esperança de vida de mais 17 a 20 anos respectivamente.

A população residente em Portugal, em 31 de Dezembro de 2010, segundo o INE, era composta por 15,2 % de jovens (com menos de 15 anos de idade), 18,0 % de idosos (65 e mais anos de idade) e 66,8 % de população em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade). A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006).

Como principais transições demográficas que afectaram a estrutura familiar apontam-se: *i)* diminuição da fertilidade e mortalidade e aumento da esperança de vida, *ii)* fim do “*baby-boom*” (1960) e descida das taxas de fertilidade abaixo do nível de renovação o que se traduziu num baixo crescimento da população e seu envelhecimento, *iii)* aumento das taxas de divórcio, *iv)* aumento substancial do nível educacional das mulheres e sua participação no mercado de trabalho desde 1970, reforçada pela necessidade de contribuir para o aumento

*Transições
demográficas e
estrutura familiar*

do rendimento familiar.

Todos estes factores combinados conduziram a uma diversificação da estrutura familiar originando famílias menos numerosas, um crescimento no número de famílias monoparentais e de pessoas isoladas. A desinstitucionalização da vida familiar está estritamente ligada com os processos de baixo crescimento da população e aceleração do envelhecimento populacional.

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.

*Grau de dependência
dos idosos*

Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 22 % para 27 %. Esta situação levanta a questão de quais as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, levando a equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos numa perspectiva de conciliação.

A população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza, (considerado 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 %).

*Rendimento dos
idosos e qualidade de
vida*

Conforme se vai avançando nas idades dos idosos 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 %.

Quando analisada a situação das pensões por escalões, tendo por fonte a Caixa Nacional de Pensões, para 2009, observa-se que o número de pensionistas com um escalão de rendimento acima dos 500 Euros é de cerca de 20 % do total, aumento acentuado em relação a

2005 (12 %).

Constata-se que a passagem de uma pessoa activa para a reforma conduz a uma redução significativa de rendimento – este facto poderá, por exemplo, explicar ser Portugal o único país da UE em que a idade efectiva de saída do mercado de trabalho para os homens seja maior que a idade legal de saída, o que contudo não se passa para as mulheres – o que permite concluir que o risco de pobreza aumenta sistematicamente com a idade fazendo diminuir a qualidade de vida dos idosos.

A população activa de 65 e mais anos (idosos), representava, em 2010, 5,7 % do total de activos, verificando-se que se observou um crescimento quando comparado com 1990, ano em que essa população apenas representava 3,8 % do total. Contudo, na última década, observou-se uma situação de quase estabilidade em termos relativos.

*Condição perante o
trabalho*

O emprego da população idosa no total do emprego tem vindo a registar um acréscimo progressivo desde 1990, ano em que representava 4 % do total do emprego, passando para 5,9 % em 2000 e estabilizando em torno dos 6,3 % após 2005. Esta evolução está em consonância com as linhas de orientação da UE, no quadro da Estratégia Europeia para o Emprego, através das quais se tem procurado incentivar uma maior participação e permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho.

A população inactiva na condição de pensionistas, entre 1990 e 2009, apresentou um crescimento significativo do número total de pensionistas (39,4 %), quer da Segurança Social (29,8 %), quer da Caixa Geral de Aposentações (122 %). Os pensionistas com mais de 65 anos representavam em 2009, 90,8 % do total de pensionistas e em 2000 esse valor era de 93,7 %, traduzindo o aumento do peso das reformas antecipadas.

De realçar que cada vez mais o número de pensionistas tem tendência a crescer face ao envelhecimento da população, às reformas

antecipadas mas também pelo aumento da esperança de vida, nomeadamente, nos grupos etários mais elevados.

O segredo de um envelhecimento bem sucedido é a forma como se prepara a velhice, pois os comportamentos adoptados ao longo da vida reflectir-se-ão na fase final desta.

*Actividades não
económicas e
participação social*

No envelhecimento activo devem integrar-se actividades dos idosos ligadas à participação social (contactos com amigos e parentes), acções de voluntariado, acções culturais e educativas (exemplo UTIS) e de lazer (exemplo programa do Turismo Sénior).

Estas práticas têm como objectivos: melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população com 60 ou mais anos de idade; estimular a interacção social, enquanto factor de combate à solidão e exclusão (evitando o isolamento social que tende a aumentar com a idade em todos os EM da UE); criar oportunidade de continuar a aprender e praticar novas experiências; possibilitar, à população sénior, o usufruto de períodos de férias e lazer.

*Principais problemas
dos idosos*

Por envelhecimento entende-se “*um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo*”. Neste processo de envelhecimento há competências afectadas, intelectuais, psicomotoras e perceptivas; problemas derivados de deficiências auditivas e visuais assim como problemas de saúde oral e problemas resultantes de doenças degenerativas.

*Envelhecimento e
principais
consequências*

Os principais problemas de saúde dos idosos fazem-se sentir ao nível do sistema nervoso central, aparelho locomotor, sistema cardiovascular, sistema respiratório e urinário.

A dependência é um dos grandes problemas prementes no processo

Fenómeno da

de envelhecimento, 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.

dependência

Em Portugal subsistem dois tipos de redes de suporte a situações de dependência:

- Rede informal – cuidadores informais – constituída por elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal. Esta rede de cuidados informais tem vindo a modificar-se devido a um conjunto de factores demográficos com impacto na estrutura familiar
- Rede formal de Protecção Social – inclui os serviços disponibilizados através de serviços e equipamentos sociais e que tem tendência a aumentar em consequência de um menor envolvimento das famílias e de uma maior receptividade das gerações mais novas em recorrer a serviços pagos e a uma situação de institucionalização.

Actualmente, o maior recurso às respostas formais é motivado pela redução do número de familiares disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadores. O exercício destes depende do grau de dependência do familiar e do seu estado de saúde, uma vez que o próprio cuidador pode, também, padecer de uma doença crónica, de não ter capacidade económica, de ter uma actividade profissional e recorrer, ou não, aos serviços de apoio.

Prestação de cuidados e o papel do cuidador

Conforme já focado anteriormente foi elaborado no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, um Programa Nacional de Saúde para Idosos que partia dum objectivo que apontava para *“Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento económico do país”*.

No âmbito da Protecção Social, as respostas que têm tido maior

investimento por parte do sector público são o Serviço de Apoio Domiciliário, os Lares de Idosos e os Centros de Dia, que em 2009 representavam cerca de 90 % das respostas sociais para idosos.

O conceito de Envelhecimento Activo implica uma intervenção multidisciplinar e interdisciplinar, mas exige igualmente da parte dos Serviços de Saúde uma adaptação específica às novas exigências de cuidados a prestar à população idosa que se prevê venha a aumentar ainda mais a partir da presente década em Portugal, à semelhança de outros países da Europa.

*Subsistema de saúde
e envelhecimento
activo*

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas tem por base 3 pilares fundamentais: "promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos; promoção e desenvolvimento, intersectorial, de ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos"

*Programa Nacional
para a Saúde das
Pessoas Idosas*

Ainda, no quadro do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 insere-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito da qual existem as ECCI (equipas de cuidados continuados e integrados) que são uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados de saúde primários, competindo-lhes nomeadamente, os cuidados domiciliários e de reabilitação, apoio psicossocial e ocupacional e cuidados de necessidades básicas.

*Rede Nacional de
Cuidados
Continuados
Integrados*

O número total de camas em funcionamento na RNCCI, em Dezembro de 2010, era de 4 625 o que representa um aumento de 144,6 % em relação a 2007 em que existiam 1 902 camas. Encontram-se previstas, no plano de implementação, um total de 5 386 camas. Em termos do número de camas/100 000 habitantes da população de 65 e mais anos, verifica-se que apenas a 0,01% de população lhes é oferecido camas para cuidados paliativos e a 0,04% para convalescença face a

um rácio total de 0,06.

Em 2010, foram referenciadas para a RNCCI cerca de 24 000 pessoas observando-se um crescimento acentuado de 2009 para 2010 (47 %). Note-se que 30,8 % foram referenciados pelos Centros de Saúde e 69,2 % pelos Hospitais., tendo sido identificados como motivos de referenciação, em 2010, fundamentalmente a dependência AVD, ensino utente/ cuidador informal, reabilitação e cuidados pós cirúrgicos.

Perfil dos utentes

Em 2010, cerca de 80 % dos utentes referenciados da RNCCI tinham mais de 65 anos, representando o grupo etário com idade superior a 80 anos. Cerca de 40 % dos utentes eram do sexo masculino e sexo f 54 % do sexo feminino, valor idêntico ao de 2009.

A intervenção dos serviços de saúde de apoio a idosos, centra-se ainda demasiado no tratamento da doença e na recuperação devido sobretudo à escassez de recursos humanos, que não permite um planeamento da intervenção dirigida à prevenção primária nem uma abordagem integrada da saúde do idoso.

Principais

estrangulamentos

Existem, ainda, constrangimentos dos serviços de saúde relacionados com estrangulamentos na própria RNCCI e outros com aspectos por vezes até externos aos próprios serviços de saúde como articulação interinstitucional, a colaboração e articulação com as famílias e as instituições prestadoras de cuidados relativamente aos idosos.

No que respeita à articulação entre os serviços de saúde e o sistema de cuidados continuados integrados, podem apontar-se como principais estrangulamentos: - alguma discrepância ao nível da referenciação entre diferentes níveis de cuidados, o que leva à sobrelotação de algumas unidades e falta de definição dos canais de articulação, levando a que situações identificadas não sejam referenciadas, ou o sejam tardiamente.

Quanto à articulação com entidades externas aos serviços de saúde os

principais problemas são: desconhecimento da possibilidade de articulação de e para a saúde, falta de definição clara de canais de articulação tendo como objectivo a intervenção em determinantes da saúde do idoso que não dependem apenas, ou não dependem de todo, dos serviços de saúde.

Deve-se, ainda, referir outros constrangimentos para os idosos relacionados com as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde específicas dessa população que são bem conhecidas e que se prendem com factores de deslocação, barreira arquitectónicas, atendimento, custo e informação.

O estudo prospectivo das necessidades da população idosa em matéria de serviços sociais e as suas implicações ao nível dos empregos e competências futuras exige uma análise prévia da situação actual, sempre que possível, contextualizada na dinâmica do passado recente.

*Subsistema de
protecção social*

*Serviços sociais e
necessidades da
população idosa*

Para a população idosa as valências mais estruturantes, i.e. com maior capacidade de resposta e nas quais tem sido realizada uma maior aposta em termos de investimento e de apoio público ao funcionamento, são: Serviço de Apoio Domiciliário (38 %), Lar de Idosos (25 %), Centro de Dia (27 %), com grande representatividade em termos de resposta.

Respostas Sociais

Na área de intervenção das pessoas adultas em situação de dependência existem três valências especializadas: Apoio Domiciliário Integrado, Unidade de Apoio Integrado e Serviço de Apoio Domiciliário.

No ano de 2009, as respostas sociais para idosos e pessoas em situação de dependência em funcionamento em Portugal Continental tinham capacidade para prestar serviços a cerca de 247 800 utentes. Os serviços foram utilizados em 85 % da sua capacidade correspondente a 211 550 utentes. Mais de um terço dessa

*Utentes e taxas de
cobertura*

capacidade era disponibilizada em Serviços de Apoio Domiciliário, seguindo-se o apoio em instituição.

Para as respostas sociais mais representativas os níveis médios de utilização, em termos nacionais, variavam entre os 97 % nos Lares de Idosos e os 68 % nos Centros de Dia.

Segundo o Relatório da Carta Social de 2009, a capacidade existente nas três principais respostas sociais (Lar de Idosos, SAD e Centro de Dia) e nas Residências (cerca de 1 200 lugares) correspondia a 11,9 % da população com 65 ou mais anos tendo crescido em 48 %, nos últimos 11 anos.

Por comparação a dinâmica demográfica da população com 65 e mais anos foi mais baixa durante esse período, com um aumento global na ordem dos 18 %.

A conjugação destes percursos permitiu atingir uma taxa de cobertura de 14,7 %, em 2009, para a população de 65 e mais anos que não trabalhava.

Neste contexto, as taxas de cobertura são de 7,6 %, 13,6 %, 6,0 % e de 0,8 % para os Lares de Idosos, Centros de Dia, SAD e Residências, respectivamente.

Ao nível dos cuidados a idosos, na sua maioria prestados por instituições de solidariedade, a escassez de oferta é uma das principais condicionalidades actuais, quando se considera quer os níveis de cobertura existentes, quer as dinâmicas de envelhecimento que se projectam para a população portuguesa. Ainda assim, com o crescimento da rede de serviços e equipamentos as necessidades de planeamento no alargamento da oferta e na adequação das respostas existentes assumem outra dimensão, em especial num contexto em que à iniciativa privada de cariz solidário é imprescindível aliar sustentabilidade, flexibilidade e inovação que possibilitem que a qualidade na provisão de serviços sociais acompanhe a evolução e desenvolvimentos sociais.

*Principais
estrangulamentos*

Na organização actual da Acção Social, deve-se realçar igualmente a grande dependência do financiamento público que, sendo a contrapartida de um princípio de diferenciação positiva das pessoas mais carenciadas, poderá estar sujeita às inevitáveis pressões de ajustamento orçamental que o país terá de enfrentar nos próximos anos, o que poderá comprometer as ambições de crescimento da oferta e/ou os padrões de qualidade que se consideram desejáveis. Neste contexto, deve considerar-se adicionalmente a estagnação ou perda de rendimentos dos pensionistas que contribuirão para os desafios de gestão das instituições, em especial num quadro em que se colocam exigências em termos de recursos humanos e de qualificação dos mesmos.

Sendo difícil isolar no sistema de saúde, o pessoal apenas afecto à população idosa, procurou-se assim fazer uma identificação de todos os profissionais do sistema de saúde e ensaiando depois identificar profissões e especialidades mais interligadas com a saúde dos idosos. Em 2008, exerciam actividade no Serviço Nacional de Saúde (SNS) 113 125 profissionais, verificando-se que destes 23,8 % trabalhavam nos Centros de Saúde (SRS) e 76,2 % nos hospitais.

*Caracterização dos
profissionais em cada
subsistema*

Saúde

Os médicos em exercício no SNS eram, em 2008, de 23 mil, 55 % do sexo feminino e 44 % com idade superior a 50 anos nos cuidados primários e estavam inscritos na Ordem dos Médicos 43,2 milhares, dos quais 48,3 % são do sexo feminino. O número de médicos por 100 000 habitantes era de 373.

Quanto às especialidades, existem 68 reconhecidas pela Ordem mas não existe a especialidade em geriatria.

Os enfermeiros em exercício no SNS, em 2008, elevavam-se a 35,8 milhares e o número de inscritos na Ordem dos Enfermeiros era de 53 157 (o número de enfermeiros por 100 000 habitantes, de 524), registando-se um aumento, em 2010, para 62 566, (número de enfermeiros por 100 000 habitantes, 588), sendo 81,3 % do sexo feminino.

Na RNCCI existiam, em 2009, 7 681 profissionais salientando-se nas

categorias profissionais, para além dos médicos e enfermeiros, as de auxiliares médica/acção directa, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e psicólogos.

De acordo com os Quadros de Pessoal de 2009 o total de trabalhadores para as actividades de apoio social com alojamento e de apoio social sem alojamento elevava-se a 123 milhares sendo difícil de identificar o pessoal apenas dedicado à população idosa na medida em que este número inclui também o apoio a crianças, jovens e deficientes. Estima-se, no entanto, que o volume de emprego nas actividades mais directamente relacionadas com as pessoas idosas nomeadamente lares, residências, centros de acolhimento temporário de emergência, acolhimento familiar e centros de noite para pessoas idosas, encontravam-se ao serviço cerca de 81,3 milhares de trabalhadores, o que representava cerca de 1,4 % do emprego total, aumento significativo em relação a 2000 onde o valor era de cerca de 20 000 trabalhadores. Quanto à estrutura do emprego por categorias profissionais destacam-se: animador cultural, ajudante de acção directa com 45 % do total, enfermeiro, encarregado de serviços gerais, cozinheiro, ajudante de cozinheiro, motorista, trabalhador auxiliar, trabalhador de lavandaria e roupas, administrativo. Predomina o trabalho feminino (nos lares 90 %) As habilitações escolares do pessoal são baixas mas houve uma melhoria acentuada, entre 2000 e 2008. No entanto, continua a verificar-se uma rotatividade elevada.

Protecção social

O objectivo era obter informação qualitativa que permita perspectivar o emprego, as qualificações e as competências para o horizonte de 2020.

Estudo de casos e exemplo de boa prática

Para esse efeito, tornou-se conveniente conhecer a opinião de pessoas responsáveis por entidades com um papel activo, quer em termos de apoio social, quer em termos de saúde, pelo que se procurou através do diálogo orientado, conhecer a opinião de responsáveis por lares ou instituições de apoio a idosos com diferentes modalidades, responsáveis por centros de saúde ou hospitais, peritos

Estudo de casos

nos domínios de saúde e nos domínios de protecção social.

Como aspectos mais positivos em termos de assistência a idosos assinala-se a criação da RNCCI, a reforma dos cuidados de saúde primários, o funcionamento em rede, incluído a família, os serviços de proximidade e as visitas domiciliárias. Em 2009, na RNCCI os doentes com mais de 65 anos representavam 80 % e destes 43 % tinham mais de 80 anos.

Saúde

As maiores carências do sistema verificam-se no pessoal técnico e pessoal de enquadramento nomeadamente médicos, (medicina geral e familiar), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, gestores de casos, psicólogos e nutricionistas bem como no financiamento.

Como aspectos mais positivos da situação actual são apontados: a maior proximidade da prestação de serviços, a resposta do 3º sector, o maior envolvimento das famílias, o aumento do voluntariado e a ofertas diversificada das respostas sociais.

Protecção social

Como aspectos mais frágeis da situação actual aponta-se, por ordem decrescente de importância, a capacidade financeira instalada, a insuficiência de recursos humanos, a falta de instalações/equipamentos e a insuficiência da oferta das respostas sociais.

O Estudo de Caso “*Envelhecimento, Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) e o Desenvolvimento de Competências*” procurou ser uma reflexão sobre a evolução da doença renal junto de uma população cada vez mais envelhecida, e que poderá vir a necessitar de entrar em programa regular de hemodiálise.

Boa Prática

O diálogo com os profissionais desta área permitiu concluir pela necessidade de se encontrar uma abordagem mais adaptada e imaginativa a este tratamento.

Conclui-se, assim, que os profissionais da área da hemodiálise têm vindo a desenvolver *per se*, em contexto laboral, competências adequadas mas exprimem, no entanto, a importância de aprofundar conhecimentos e competências, com recurso a uma formação que lhes permitam responder às novas necessidades e desafios, adequadas aos objectivos propostos pela estratégia Europa 2020.

O estudo prospectivo das necessidades da população em matéria de serviços sociais exige um olhar atento relativamente à evolução demográfica que se projecta para Portugal, tanto ao nível da intensidade do movimento populacional e da sua estruturação etária no médio e longo prazo, como no plano das alterações nas estruturas familiares que se vêm sentindo no nosso país.

*População idosa em
2020*

Em 2009, Portugal (Continente e Regiões Autónomas) tinha cerca de 10,6 milhões habitantes. Na União Europeia a 27 países (UE27) representávamos cerca de 2,1 % da população total e o 11.º país com maior dimensão da população residente. Considerando toda a dinâmica da UE27, em termos demográficos Portugal deverá manter em 2020 a importância relativa e posição actuais, com base nas projecções do INE e do Eurostat.

*Projeções
demográficas*

Neste contexto, privilegiando o exercício de projecção do INE, em 2020, teremos mais cidadãos portugueses a residir em Portugal (+ 190 mil, aproximadamente)

A construção das projecções demográficas baseia-se na formulação de hipóteses de evolução das seguintes variáveis chave: Índice Sintético de Fecundidade, Esperança Média de Vida, Saldo migratório que no cenário mais realista se prevê queda do volume de imigração anual, aumento da emigração anual, baixos níveis de fecundidade e prolongamento da tendência passada na esperança média de vida.

Para o mesmo cenário prevê-se para o período de referência, os anos 2009 e 2020, o aumento da idade média da população residente e o

envelhecimento da população em idade activa. Estima-se que neste período a idade média da população aumentará cerca de 2,5 anos e que o número de pessoas idosas por cada 100 jovens cresça de 115 para 152; o crescimento da população com 65 ou mais anos rondará os 18 %.

Em complemento com a análise dos grupos populacionais dos idosos e muito idosos, a investigação do comportamento do grupo de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos reveste-se de especial importância por se tratar de um grupo em idade activa onde vários factores estão em equação, nomeadamente: proximidade com a idade estatutária de reforma, subida da probabilidade de desemprego ou inactividade e menor empregabilidade, maior probabilidade de necessidade de conciliar a actividade profissional com cuidados a ascendentes.

No contexto europeu, o perfil de Portugal em 2009 é muito similar à média dos 27 países da União Europeia e está próximo da situação de Espanha.

A evolução projectada para Portugal está relativamente próxima dos valores médios do conjunto dos 27 países da UE, com a diferença do comportamento do grupo das crianças e jovens. Neste período, o nosso País vê reduzir o peso relativo da população jovem e da população em idade activa

Em Portugal, em 2010, viviam sós cerca de 700 mil pessoas das quais 57 % tinham 65 e mais anos. Esse peso relativo de idosos a viverem sós, resultou de um aumento de 19 % durante a última década.

Caracterização das famílias

Prevendo-se até 2020 o mesmo ritmo de crescimento da população idosa vivendo só, existirão cerca de 540 mil pessoas de 65 e mais anos a viverem sós naquele ano.

Relativamente à população de 65 e mais anos a viverem integrados em famílias, admite-se que, em 2020, cerca de 1 230 000 idosos se encontrem nesta situação.

Os sistemas de saúde e protecção social de apoio a idosos caracterizam-se por um conjunto de pontos fortes e oportunidades, pontos fracos e ameaças dos quais se destaca:

- As capacidades de desenvolvimento que ambos os sistemas possuem, tendo presente a existência de procuras não satisfeitas, sejam elas tradicionais ou não, poderá acarretar um crescimento em recursos humanos com qualificações adequadas ao segmento da população em causa;
- Reforço de parcerias entre o sector público e a sociedade civil em virtude do maior apoio ao idoso por parte do agregado familiar;
- Aposta na existência e qualidade das equipas mistas de saúde e serviços sociais no apoio domiciliário;
- Modelos alternativos de financiamento que dotem as entidades de uma maior autonomia e menor dependência face aos poderes públicos essencialmente em termos financeiros;
- Falta de recursos humanos qualificados para a população idosa, especialidade médica em geriatria e enfermagem geriátrica;
- Falta de articulação e de coordenação, não só entre os serviços de saúde e apoio social, mas também dentro dos próprios serviços;
- Impacto da actual crise económica e financeira que poderá ter fortes reflexos nas várias componentes do sistema de apoio aos idosos.

Tendo em conta as premissas que deram lugar às projecções realizadas, tanto para o cenário Baixo como para o cenário Alto, constata-se que o volume de emprego aumenta em qualquer dos

casos.

Em qualquer dos cenários observa-se um crescimento do emprego, entre 2009 e 2020, sendo de 6,2 %, cerca de 900 novos postos de trabalho por ano, no cenário Baixo e de 53,6 %, aproximadamente, 7900 postos de trabalho a criar por ano no cenário Alto

Salienta-se, contudo, que a dimensão do crescimento do emprego é bastante diferente para os dois cenários, bem como o comportamento do emprego no sector social que é diferente do observado no da saúde, nomeadamente no cenário Baixo.

Constata-se pelas análises anteriores que não só se torna necessário reforçar determinadas profissões já existentes como criar novos perfis profissionais.

*Necessidades de
qualificação e
competências*

No que respeita às competências básicas nas áreas da saúde e protecção social salientam-se como mais relevantes o sentido de responsabilidade pessoal, cívica e ética, a motivação e disponibilidade para a aprendizagem continua

Relativamente às competências chave destacam-se como mais importantes a capacidade de análise e resolução de problemas, a capacidade de relacionamento e de trabalho em equipa e o saber comunicar e a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas.

Quanto às competências essencialmente ligadas ao domínio científico e técnico podem-se identificar como mais significativas a capacidade de gestão e planeamento, a polivalência, o alargamento de certas competências técnicas quer ao nível da tecnologia quer ao nível da informática, criatividade e a capacidade de investigação, o domínio das áreas científicas e técnicas apropriadas às funções desempenhadas, a selecção de parcerias estratégicas, o domínio dos assuntos de carácter legislativo, a aquisição de “*e-skills*” e domínio de línguas estrangeiras.

I. INTRODUÇÃO

Este estudo enquadra-se na iniciativa comunitária lançada em 2007 aquando da presidência portuguesa do Conselho da União Europeia (UE) “*New Skills for New Jobs*”¹, que procura assegurar um melhor ajustamento entre a oferta de competências e a procura do mercado de trabalho e melhorar a capacidade dos Estados Membros (EM) para avaliar e antecipar as necessidades de qualificações quer dos seus cidadãos, quer das empresas no horizonte de 2020.

Neste contexto, a UE lançou um estudo sobre a saúde e os serviços sociais pela sua importância quer em termos de participação de custos no PIB – varia entre 5 % e 13 % a participação no PIB nos EM – quer em termos de nível de emprego (cerca de 20 milhões de pessoas trabalhavam nestes sectores, em 2006). Com efeito entre 2000 e 2009 foram criados cerca de 4,2 milhões de novos postos de trabalho na UE, prevendo-se ainda um crescimento para 2020. Estes sectores representavam, em 2009, cerca de 10% do emprego total, valor muito superior ao observado em Portugal (cerca de 6 %).

Por outro lado, em Portugal, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um incremento de 140 % da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0 % do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4 % em 2001 (Recenseamento da População²). Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, admitindo-se que, em 2020, a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000.

Face ao envelhecimento verificado e à necessidade de focalização nos serviços de prevenção, o sector da saúde e dos serviços de protecção social que anteriormente eram tratados separadamente, nos anos mais recentes, assiste-se a uma integração crescente de ambos os sectores devido à procura de serviços integrados.

Aparentemente estamos perante subsectores com características diferentes. Contudo, ao constatar-se as tendências do emprego e das competências verifica-se que existe homogeneidade na medida em que se caracterizam por níveis de aumentos de

¹ Council's Resolution of 15 November 2007; (2007/C 290/01).

² Os dados por idades do Recenseamento da População realizados em 2011 ainda não se encontram disponíveis.

emprego e competências, conforme um estudo recente da Comissão Europeia (CE), intitulado “*Comprehensive analyse of emerging competences and economic activities in the European Union in the health and social services sectors*”. Conforme este estudo conclui, face ao novo contexto demográfico e à introdução de novas tecnologias e sistemas nos domínios da saúde e serviços de protecção social, a generalidade dos EM da UE, enfrentam um forte desafio de carências em emprego e em competências.

Tendo em conta o enquadramento europeu e os desafios de necessidade de criação de emprego para fazer face à actual situação do mercado de trabalho e perspectivas futuras, desenvolveu-se, para Portugal, um trabalho sistémico num sector como o da saúde e cuidados sociais com reais potencialidades futuras de valor acrescentado e de criação de postos de trabalho.

Este estudo incluiu, tratando-se de um sector com predominância do trabalho feminino, uma abordagem de género.

Por outro lado, realizou-se uma abordagem antecipada, por sectores de actividade, dos futuros desenvolvimentos do mercado do trabalho, em termos quantitativos e qualitativos, focalizado em sectores estrategicamente importantes para a criação de emprego, como é o caso dos sectores da saúde e protecção social, garantes de qualidade de vida designadamente para a população idosa.

O presente trabalho concentra-se na população com 65 e mais anos sem, no entanto, esquecer o escalão etário dos 55-64 anos, na medida em que qualquer política pública ou programa direccionado para melhorar as condições de bem-estar da população mais velha deve começar por ter actuações preventivas.

Deste modo, o tema das necessidades e oportunidades criadas pela população mais velha em termos de criação de postos de trabalho e perfis profissionais (objectivo principal do projecto) passará sempre por uma análise das questões relacionadas com a temática do envelhecimento activo.

II. ENQUADRAMENTO MUNDIAL

Segundo as respectivas conclusões, na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) realizada, em 2002, em Madrid, sob o tema “*Sociedade para Todas as Idades*”, reconheceu-se que o envelhecimento da população é um facto fundamental que define a sociedade contemporânea, gerando desafios em todos os campos e exigindo a participação de todos. Destacando como prioridades a que é preciso atender quando se tratam os problemas do envelhecimento, nomeadamente a relação entre pobreza e saúde, o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento, a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades e a protecção social.

Tais factos constam do artigo 14º da Declaração Política da Segunda AME, no qual é abordada especificamente a questão da saúde dos idosos ao afirmar:

“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 objectivo 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 adoptar medidas em muitos sectores sociais e económicos, fora do sector 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, capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade. Reconhecemos a contribuição dos idosos para o desenvolvimento através do desempenho do seu papel como guardiões”.

No decurso da AME foi também aprovado um Plano de Acção que apontava para três prioridades: **(i)** os idosos e o processo de desenvolvimento; **(ii)** a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida; **(iii)** a criação de contextos propícios e favoráveis, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro.

Este Plano abordou ainda a eliminação da violência e da discriminação, a igualdade entre os sexos, a importância vital da família, os cuidados de saúde, e a protecção social das pessoas idosas.

Como disse Kofi Anam (2002): *“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura”*.

O envelhecimento pode ser estudado em duas perspectivas, a demográfica e a individual. O envelhecimento demográfico das populações verifica-se na maioria dos países desenvolvidos devido a diversos factores, nomeadamente à diminuição da natalidade, fecundidade e mortalidade e ao aumento da esperança média de vida. O envelhecimento individual corresponde às modificações biológicas e psicossociais que ocorrem com o passar dos anos.

Perante as proporções que o envelhecimento populacional está a atingir, o principal desafio que se impõe hoje às sociedades consiste em permitir que as pessoas não só morram o mais tardiamente possível, como também desfrutem de uma velhice com qualidade de vida.

Tendo em conta esta realidade complexa, várias organizações internacionais e autores têm elaborado sobre conceitos de envelhecimento activo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento activo, no sentido de melhorar as oportunidades de saúde, de participação e de segurança. Surgia, assim, um novo paradigma na velhice que identificava as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade em que vivem. Desta forma, o envelhecimento activo visa, para a população de 65 e mais anos, a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

Assim, a OMS ao adoptar, em 1990, o termo envelhecimento activo baseado no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos Princípios das Nações Unidas de independência, participação, dignidade, cuidados e responsabilidade, introduziu uma abordagem baseada nos direitos (e não nas necessidades) das pessoas à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Torna-se, portanto, fundamental que uma política de envelhecimento activo para ser eficaz se desenvolva numa perspectiva multisectorial, isto é, tenha em conta as políticas de saúde, de mercado de trabalho, de emprego, de educação e formação profissional e as políticas sociais, de uma forma integrada.

Com esta abordagem multisectorial procura evitar-se certos riscos como mortes prematuras, deficiências ligadas a doenças crónicas, custos elevados relativos aos cuidados de saúde e de serviços sociais e, por outro lado, dar oportunidade a mais pessoas de dispor de uma vida com mais qualidade, de participar activamente em aspectos sociais, culturais, económicos e políticos.

Esta realidade encontra-se traduzida quantitativamente na proporção que a população mundial com 65 ou mais anos já apresenta. Esta dimensão continua ainda a registar uma tendência crescente, aumentando de 5,3 % para 6,9 % do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6 % em 2050, segundo projecção demográfica realizada pelas Nações Unidas.

Para a OCDE, o conceito de envelhecimento activo abrange a população com idade acima dos 65 anos, mas em condições de poder ser considerada como activa, ou seja, continuar a participar nos assuntos cívicos, económicos, sociais, culturais e espirituais da sociedade e não só ter capacidade física para participar em qualquer actividade ou no mercado de trabalho na medida em que mesmo as pessoas reformadas e com algumas incapacidades podem contribuir activamente quer para as suas famílias quer para a riqueza nacional.

Conforme Ana Catarina Meireles afirma *“O envelhecimento activo é um aspecto central, devendo ser promovido quer a nível individual, quer a nível colectivo.*

Individualmente, o envelhecimento activo pode ser entendido como o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento. As alterações físicas e intelectuais que ocorrem com o envelhecimento variam de pessoa para pessoa e dependem das características genéticas e hábitos tidos durante a vida. É sempre oportuno salientar a alimentação saudável, a prática adequada de desporto, uma boa hidratação, repouso e exposição moderada ao sol, não esquecendo as consultas de seguimento do médico assistente. O bem-estar psíquico e intelectual (memória, raciocínio, boa disposição) – fundamentais no envelhecimento activo e saudável – também se protegem e promovem com cuidados permanentes: leitura regular, participação activa na

discussão dos assuntos do quotidiano, realização de jogos que estimulem o raciocínio, manutenção de actividades dentro e fora de casa (passeios, visitas, voluntariado...), participação em tarefas de grupo ou eventos de associativismo, entre outros. Há que assumir e transmitir que a pessoa idosa tem uma vida de trabalho, experiência e sabedoria, que não pode ser negligenciado e desperdiçado, em benefício da própria sociedade. Por outro lado, educam-se os mais jovens para os afectos e valores de respeito, dignidade, solidariedade e responsabilidade para com os mais vulneráveis. Um dia, também eles serão pessoas idosas – necessariamente diferentes! – mas sempre iguais no valor de pessoa humana”.

Actualmente, reconhece-se existirem vários factores determinantes de um envelhecimento activo saudável, desde que o mesmo seja devidamente planeado e preparado, nomeadamente ambiente cultural, sistemas de saúde numa abordagem ao longo da vida (promoção e prevenção da saúde e igualdade de acesso aos cuidados primários e continuados), adopção de estilos de vida saudáveis (actividade física, alimentação saudável), níveis de educação e qualificação (educação durante a juventude combinada com a aprendizagem ao longo da vida pode ajudar as pessoas a ganhar independência e confiança, a adaptação necessária à medida que as pessoas envelhecem) e sistemas de protecção social adequados.

Relacionado com os factores apontados, há que destacar os custos económicos que a maioria dos Governos teme relativamente à problemática do envelhecimento activo. Porém, a OCDE tem demonstrado, através de alguns estudos, que o aumento com os custos da saúde não estão tão directamente relacionados com o envelhecimento da população quanto se pudesse pensar e que os custos com os cuidados continuados dependem das políticas e programas de prevenção e do papel dos cuidados informais (papel da família e da sua capacidade de suportar os cuidados com os idosos, papel da mulher - muito dependente da taxa de participação feminina no mercado de trabalho).

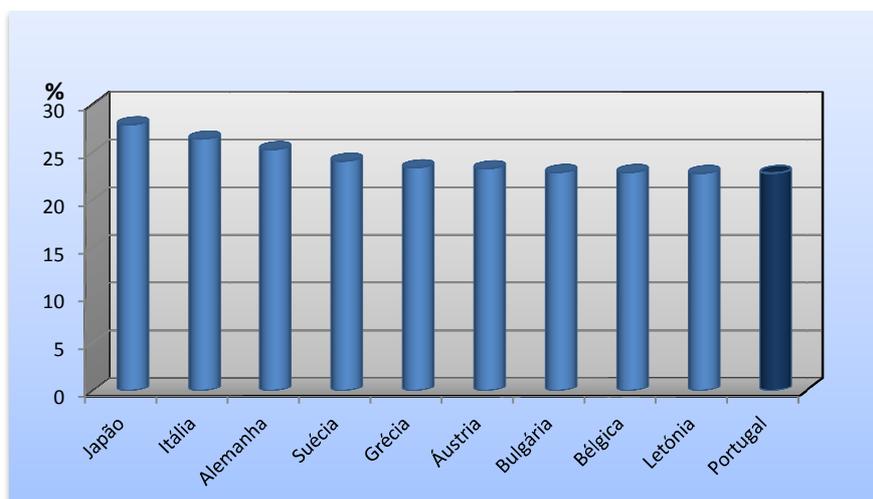
Assim, “é tempo para um novo paradigma, que encare as pessoas mais velhas como participantes activos, no quadro de uma sociedade onde exista integração inter-generacional e como contribuintes activos bem com beneficiários” (OCDE, 2007).

Até 2020 estaremos perante uma população idosa fazendo parte da geração “baby-boom”, atingindo-se já em 2020 uma pirâmide etária invertida em relação ao passado.

A população idosa, sempre crescente, mesmo à escala mundial deverá cada vez mais ser considerada em dois grupos, sendo um o de idosos até aos 74 anos e outro grupo de idosos acima de 75 ou mesmo 80 anos (muitos autores consideram-no como a 4ª idade).

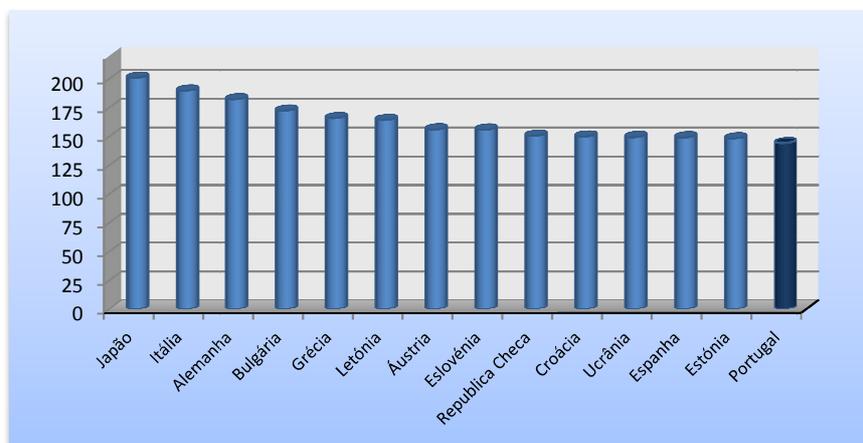
Numa análise da população idosa ao nível mundial, de acordo com dados das Nações Unidas, para 2007, publicados em “*World Population Ageing*”, Portugal é o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento.

Figura 1 – Peso da população idosa - 2007



Fonte: Nações Unidas, *World Population Ageing*, 2007

Figura 2 – Índice de envelhecimento - 2007



Fonte: Nações Unidas, *World Population Ageing*, 2007

III. O CONTEXTO EUROPEU

O fenómeno do envelhecimento da população é uma realidade em todos os Estados Membros da UE pelo que ganhou prioridade ao nível das orientações de políticas comunitárias.

Conforme se pode observar pelo quadro apresentado, existiam na UE27, em 2010, mais de 86 milhões de idosos, dos quais 26,8% tem 80 e mais anos (25,2% em Portugal).

Figura 3 – População Idosa na UE27, em 2010

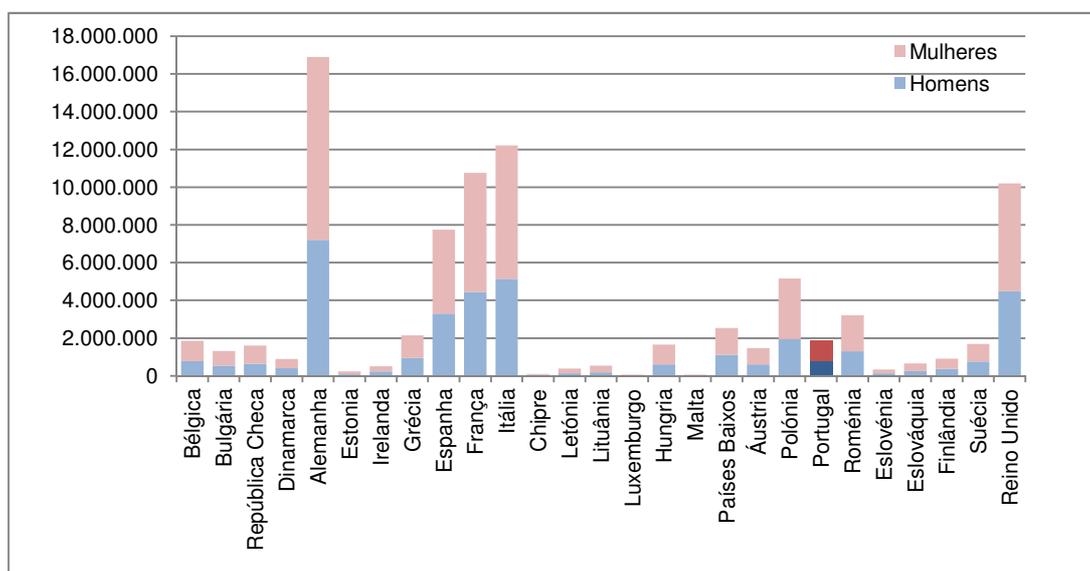
	+65 ANOS	+80 ANOS
	(milhões)	(milhões)
União Europeia	86,8	23,25
Bélgica	1,9	0,53
Bulgária	1,3	0,29
Republica Checa	1,6	0,37
Dinamarca	0,9	0,23
Alemanha	16,9	4,15
Estónia	0,2	0,05
Irlanda	0,5	0,13
Grécia	2,1	0,56
Espanha	7,7	2,24
França	10,5	3,32
Itália	12,2	3,51
Chipre	0,1	0,02
Letónia	0,4	0,09
Lituânia	0,5	0,12
Luxemburgo	0,07	0,02
Hungria	1,6	0,39
Malta	0,06	0,01
Países Baixos	2,5	0,64
Áustria	1,5	0,39
Polónia	5,2	1,26
Portugal	1,9	0,48
Roménia	3,2	0,65
Eslovénia	0,4	0,08
Eslováquia	0,7	0,15
Finlândia	0,9	0,25
Suécia	1,7	0,5
Reino Unido	10,2	2,85

Fonte: EUROSTAT

Por outro lado, a taxa de dependência dos idosos é de 25,9%, sendo em Portugal de 26,6% ,ou seja, o sexto país com a taxa mais elevada.

Esta situação, que se verifica na UE27, de tendência para aumentar o número de idosos, induziu que o problema dos idosos fosse objecto de uma grande atenção, aliado ao facto de geralmente ser o grupo da população idosa que apresenta maior risco de pobreza.

Figura 4 – População com 65 e mais anos em 2010, por sexo



Fonte: Eurostat (dados extraídos em 22.10.2011)

A comparação internacional de Portugal com a União Europeia a 27 e com um conjunto de países seleccionados, de acordo com os objectivos do presente estudo, permitiu constatar que a Holanda se destacava como o país mais jovem e a Alemanha como o país mais envelhecido. O peso relativo da população em idade activa varia relativamente (3 pontos percentuais), sendo a proporção de população idosa a que apresenta valores mais díspares, entre 15 % a 20 %. Apesar da proximidade na dimensão populacional, a situação da Holanda destaca-se de Portugal e de todos os demais países, uma vez que constitui o único país deste conjunto que apresenta um peso relativo das crianças e jovens superior ao dos idosos: por cada 100 jovens tinha, em 2009, 85 idosos. Desde inícios da década passada que Portugal inverteu essa relação e que se traduz num índice de envelhecimento superior a 100.

De acordo com a bateria de indicadores apresentados, o perfil de Portugal em 2009 é muito similar à média dos 27 países da União Europeia e está próximo da situação de Espanha, que concentra ligeiramente mais pessoas nos grupos em idade activa.

Figura 5 – Indicadores de envelhecimento e de dependência

Indicadores 2009	Portugal	Alemanha	Espanha	Holanda	UE27
<i>Índices</i>					
Envelhecimento	115	150	112	85	110
Dependência dos Jovens	23	21	22	26	23
Dependência dos Idosos	26	31	24	22	26
Dependência Total	49	51	46	49	49
Longevidade	46	42	50	45	47
Sustentabilidade Potencial	3,8	3,3	4,1	4,5	3,9
<i>Distribuição populacional</i>					
0-14 anos	15%	14%	15%	18%	16%
15-64 anos	67%	66%	69%	67%	67%
≥ 65 anos	18%	20%	17%	15%	17%

Fonte: Eurostat

Os progressos consideráveis verificados nos domínios económico, social e médico facilitaram um prolongamento da esperança de vida, que juntamente com o declínio demográfico e o baixo crescimento natural da população, originou um crescimento acentuado do peso relativo da população idosa na população total e se traduziu no envelhecimento demográfico dos países da União Europeia e no aumento do rácio de dependência da população idosa.

Este envelhecimento tem impactos em vários domínios, nomeadamente na protecção social, no aumento das despesas públicas e nos serviços de saúde.

No contexto económico global, o aumento das taxas de participação e de emprego dos trabalhadores mais velhos é fundamental para garantir a plena utilização da oferta de mão-de-obra, a fim de apoiar o crescimento económico.

Efectivamente, face ao envelhecimento e à futura diminuição da população em idade activa, os trabalhadores mais velhos ganham relevância enquanto componente essencial da oferta de mão-de-obra e constituem um factor fundamental do desenvolvimento sustentável da União Europeia.

No quadro da UE, foram definidas algumas linhas de orientação com vista a responder às questões demográficas, nomeadamente melhorar a conciliação entre a actividade profissional e a vida privada e familiar; lutar contra os preconceitos discriminatórios

relativos aos cidadãos idosos e promover uma verdadeira política de saúde pública à escala europeia, aproveitando plenamente as oportunidades apresentadas pelas mudanças demográficas e garantindo uma protecção social adequada.

São, pois, fundamentais políticas que permitam manter a oferta de mão-de-obra e garantir a empregabilidade, mesmo em períodos de lento crescimento do emprego. As medidas políticas aplicadas devem ter como princípio orientador a adopção de uma abordagem preventiva, baseada na mobilização do pleno potencial das pessoas de todas as idades, nomeadamente a população idosa, numa perspectiva de ciclo de vida.

Neste contexto, a Estratégia Europeia de Emprego e as Orientações Gerais para as Políticas Económicas procuraram responder ao desafio demográfico, através de estratégias globais para o envelhecimento activo considerando como os principais factores da manutenção do emprego dos trabalhadores mais velhos os incentivos financeiros que desencorajem a reforma antecipada, o reforço do acesso à aprendizagem ao longo da vida, o estímulo a boas condições de trabalho, incluindo regimes de trabalho flexíveis e serviços adequados de protecção social.

A promoção do envelhecimento em actividade reflecte-se nas duas metas complementares que a UE se atribuiu, no quadro da Estratégia de Lisboa. O Conselho Europeu de Estocolmo, de 2001, decidiu estabelecer uma meta comunitária de elevar para 50 % até 2010 a taxa de emprego da população da UE na faixa etária de 55-64 anos. Por sua vez, em 2002, o Conselho Europeu de Barcelona concluiu que *“deverá ter-se como objectivo, até 2010, um aumento gradual de cerca de 5 anos na idade média efectiva em que as pessoas deixam de trabalhar na União Europeia”*.

A Estratégia de Lisboa Renovada, com vista a garantir a permanência dos trabalhadores mais velhos na vida activa, considerou como orientações estratégicas para o período 2007-2010: atrair e manter maior número de pessoas no mercado de trabalho, modernizar os sistemas de protecção social e contribuir para manter uma população activa saudável.

De acordo com a Estratégia Europa 2020, aprovada em Conselho Europeu de 8 de Março de 2010, entre as três prioridades que foram aprovadas, o crescimento inclusivo que pretende fomentar uma economia com níveis elevados de emprego que assegure a coesão social, estabeleceu-se um objectivo de uma taxa global de emprego de 75 %

para a população dos 20-64 anos, acompanhada de uma redução de 20 milhões de pessoas sujeitas ao risco de pobreza.

As prioridades e objectivos em questão para serem bem sucedidos terão de ter em conta a evolução demográfica da população com todos os fenómenos a ela associados nomeadamente o envelhecimento da população. De acordo com alguns relatórios da CE, para se enfrentar o desafio do envelhecimento ter-se-á que ter em conta, nos próximos anos, a promoção da renovação demográfica, do emprego, da produtividade e dinamismo da Europa, do acolhimento e da integração de imigrantes e das finanças públicas sustentáveis. Procura-se, assim, que cada vez mais um maior número de cidadãos idosos possa beneficiar de uma vida mais activa, saudável e participativa, o que levanta sérios desafios às nossas sociedades e economias.

IV. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

IV. 1 - EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA

Portugal está a tornar-se num país cada vez mais envelhecido. O peso dos idosos e dos grandes idosos³ 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.

Esta redefinição da estrutura etária tem diferentes implicações: exige políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade, onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados; em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e, também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional e, em termos sociais e de cidadania, exige uma nova forma de encarar o envelhecimento.

A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por evolução muito gradual do crescimento da população, observando-se o aumento do peso dos grupos etários seniores e a redução da população jovem. O quadro seguinte retrata o relativo envelhecimento da população portuguesa no período 2004 a 2010.

Figura 6 – Evolução da população total e activa com 65 e mais anos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Milhares de indivíduos						
População Total	10 529	10 563	10 586	10 605	10 627	10 638	10 636
População com 65 e mais anos	1 790,5	1 797,7	1 829,7	1 834,6	1 853,1	1 880,7	1 907,7
População activa	5 487,8	5 544,9	5 587,3	5 618,3	5 624,9	5 582,7	5 580,7
População activa com 65 e mais anos	317,6	323,3	329,4	333,8	326,1	319,7	316,6

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas, vários anos.

³ Com 80 anos e mais.

A taxa de crescimento médio anual da população total foi de 0,2 %; a população activa cresceu a 0,3 % ao ano, impulsionada pelo forte crescimento da população activa feminina (0,8 % ao ano), em contraste com a redução de 0,1 % da masculina

Considerando-se uma desagregação da população idosa, por grupos etários, para os anos de 2000 e de 2010, constata-se que:

- ✓ - os seniores (65 + anos) apresentam aumentos significativos ao longo do período em análise;
- ✓ - os grandes idosos (mais de 80 anos) na estrutura populacional, tem vindo a aumentar de forma significativa, passando de 340,1 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010, o que é originado sobretudo pelo aumento da população feminina que teve um acréscimo de cerca de 80 %.

Figura 7 – Evolução da população idosa entre 2000 e 2010

	Total		2000		2010	
	2000	2010	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
60-64 anos	549,4	608,6	255,2	285,2	285,2	323,4
65-69 anos	529,4	524,5	240	289,4	238,6	285,9
70-74 anos	445,7	488,4	192,7	253	215,2	273,2
75-79 anos	341	419,1	140,3	200,7	173,8	245,3
80-84 anos	193,7	284	72,8	120,9	106,1	177,9
85 e + anos	146,4	200,2	45,8	100,6	65,9	134,3

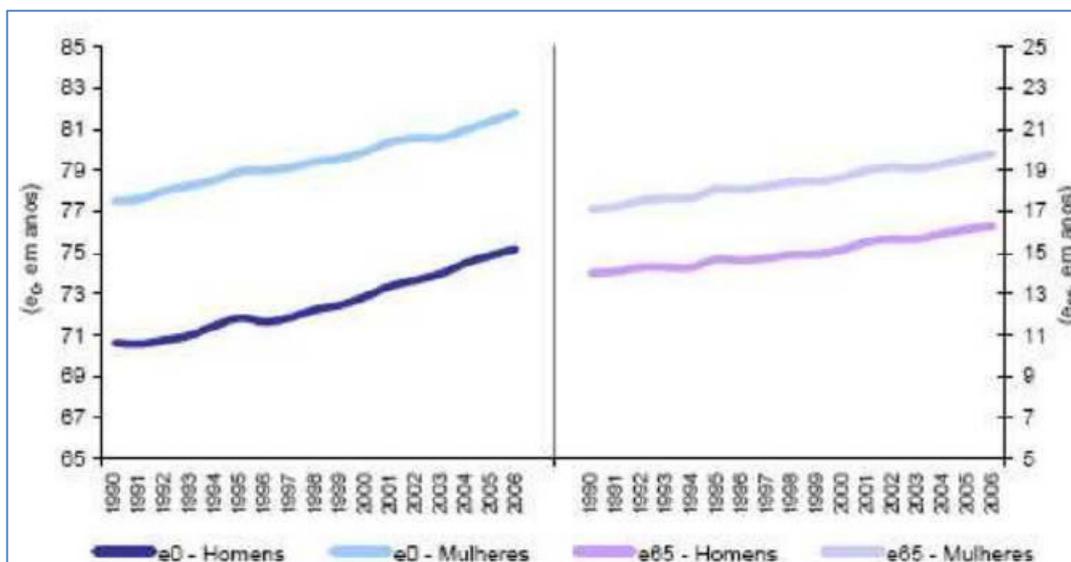
Fonte: INE, Estatísticas Demográficas, vários anos.

Como consequência, verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população, gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas. O aumento da proporção de idosos, consegue-se em detrimento da percentagem da população jovem, e/ou da população em idade activa e deve-se à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para outro caracterizado por baixa fecundidade e mortalidade. Como resultado, verifica-se o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução dos jovens e o alargamento do topo derivado de:

- ✓ redução da fecundidade particularmente sentida nos anos 90;
- ✓ acréscimo da esperança de vida;
- ✓ alteração dos fluxos migratórios de e para Portugal, aumentando a importância da imigração em detrimento da emigração.

Conforme se pode observar no quadro que a seguir se apresenta, a esperança média de vida à nascença dos homens e mulheres nascidos antes de 1990 estava entre 71 e 77 anos. Note-se que ao atingir 65 anos têm uma esperança de vida de mais 17 a 20 anos, consoante se trata de homens ou mulheres.

Figura 8 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990 a 2006



Fonte: INE, Estimativas da População Residente, 1990-2006

O abrandamento do crescimento populacional no nosso país mantém-se, assim, como a tendência de envelhecimento demográfico (como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade). Segundo a mesma fonte (Estatísticas Demográficas), a população residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 era composta por 15,2 % de jovens (com menos de 15 anos de idade), 18,0 % de idosos (65 e mais anos de idade) e 66,8% de população em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade).

A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006).

Uma análise segundo o género mostra que, para as mulheres, a proporção de idosas ultrapassou a de jovens do mesmo sexo, em meados da década de 1990, enquanto que entre os efectivos do sexo masculino a proporção de jovens ainda se mantém actualmente superior à de idosos.

A superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida, aumenta, naturalmente, com o avançar na idade – em 2010, para 134 300 mulheres existiam 65 900 homens.

IV.2 - OS IDOSOS NO CONTEXTO DAS ALTERAÇÕES DA ESTRUTURA FAMILIAR

A evolução das estruturas familiares é dos factores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas colocando novos desafios à forma como se pensam as necessidades sociais e como se organizam as respostas públicas e privadas com vista à promoção do bem-estar individual e colectivo.

Em Portugal este domínio assume uma relevância especial quer pela profundidade das alterações que registou quer pela velocidade a que as mesmas decorreram. Sendo um país frequentemente tipificado como “*familiarista*”⁴ no sentido em que um conjunto importante de necessidades é suprido em primeira instância pelos recursos familiares⁵, a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das suas biografias introduziu um nível acrescido de incerteza numa esfera que tradicionalmente permitia acomodar a incerteza de outros domínios importantes da vida como é o caso do mercado de trabalho, de cuidados pessoais, entre outros.

A evolução das tipologias familiares é a expressão da diversificação de opções relativas à formação familiar e do aumento da volatilidade nas relações conjugais, que se reflectem nas tendências ao nível de divórcios, coabitação, natalidade, entre outras.

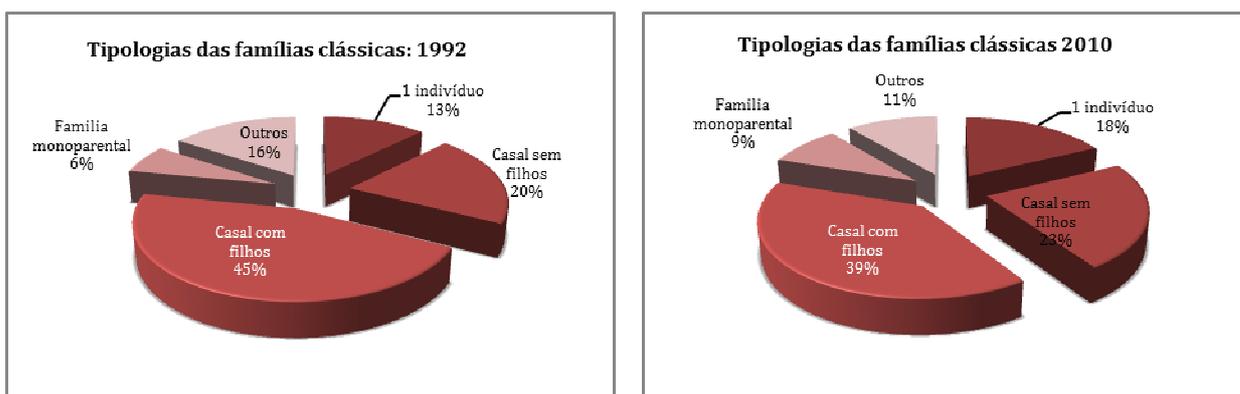
Deve-se, igualmente, salientar a importância de dois vectores de mudança interligados neste domínio: a redução da dimensão média das famílias e redução da natalidade. No espaço de duas décadas a população residente aumentou 6,7 % e o número de famílias clássicas cresceu 22,6 %, tendo a dimensão média das famílias descido de 3,1 (1992) para 2,7 (2010).

4 Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press.

5 Veja-se a título de exemplo, a opção de permanência em casa dos pais de muito jovens adultos até idades que rondam os 30, de forma a acomodar as volatilidades inerentes ao período de entrada no mercado de trabalho e de preparação para a formação de um agregado familiar autónomo, frequentemente precedido pela aquisição de habitação própria permanente.

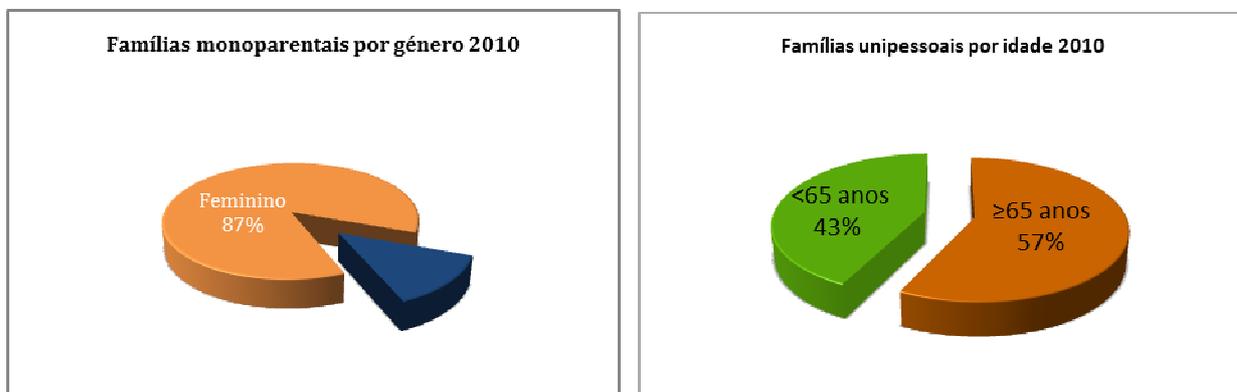
Assim, no espaço de cerca de duas décadas pode-se apreciar a subida da representatividade das famílias monoparentais, dos casais sem filhos e das famílias de uma pessoa só. Por contraponto, reduz-se o peso relativo dos casais com filhos e outras tipologias.

Figura 9 – Tipologias de famílias clássicas



Fonte: INE – Estatísticas Demográficas

Figura 10 – Famílias monoparentais e unipessoais



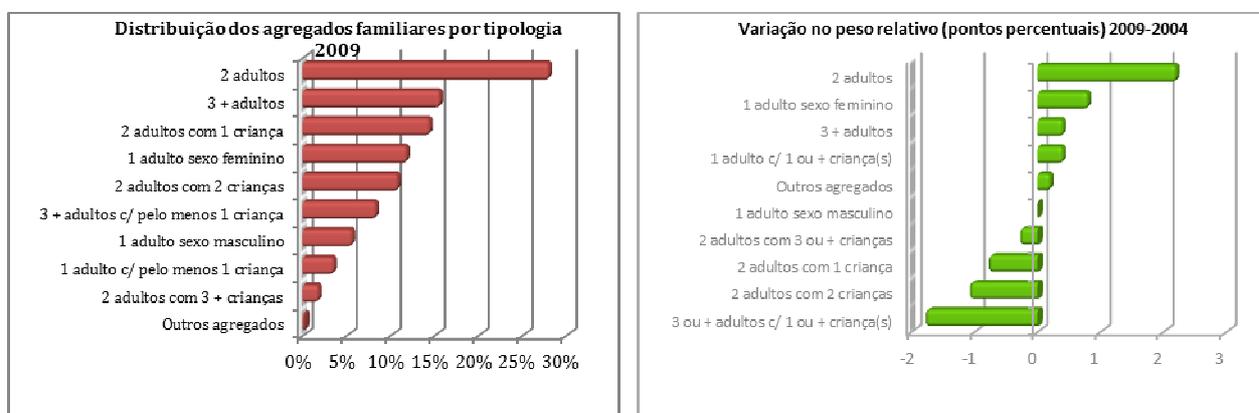
Fonte: INE - Estatísticas Demográficas

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.

Nas últimas duas décadas as famílias monoparentais aumentaram cerca de 70 % (26 % na última década). Durante esse período a representatividade do género feminino não baixou dos 85 %.

Para uma análise mais detalhada da distribuição das famílias por tipologias recorre-se ao SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*), gerido pelo Eurostat, e que permite conhecer estas e outras dimensões das estruturas familiares e a sua evolução desde 2004 com vantagem de possibilitar uma apreciação do ponto de vista da comparação internacional.

Figura 11 – Distribuição dos agregados familiares



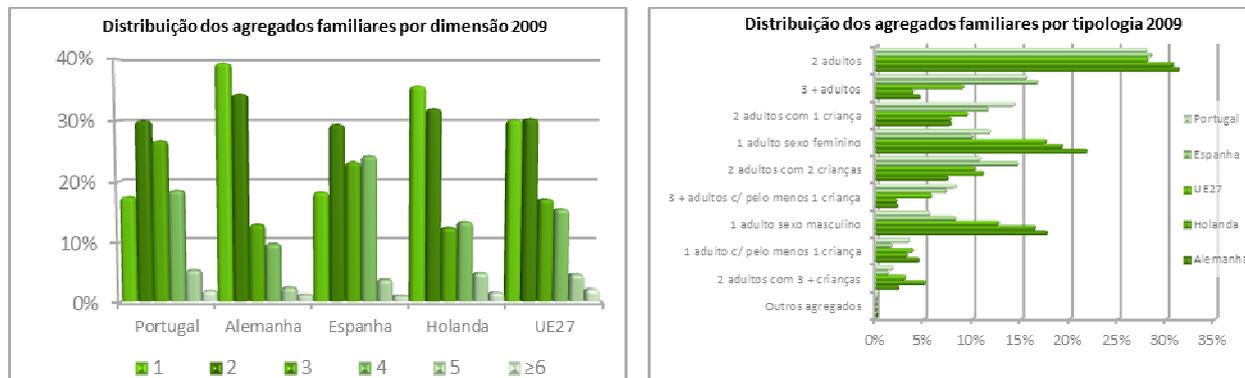
Fonte: EU-SILC

Em 2009, quase 2/3 dos agregados domésticos portugueses (61 %) não tinham crianças dependentes. Na representatividade destas tipologias observou-se no passado recente uma tendência de crescimento continuado, com especial relevância para os agregados com 2 adultos em que existe pelo menos um idoso.

Um outro dado a salientar é a existência de mais agregados constituídos por 1 mulher adulta, do que por casais com 2 crianças dependentes, resultado a que poderá não ser alheio a sobre vida feminina nos grupos etários mais elevados, conjugada com a diminuição do número de nascimentos de 2ª ordem ou superior.

No que respeita à selecção de países para comparação internacional observa-se, ao nível da distribuição de agregados familiares por dimensão, que Portugal e Espanha apresentam maior proximidade, ainda que em Espanha o peso das famílias com 4 elementos seja superior às famílias com 3 elementos, ao contrário do que acontece em Portugal. Os casos da Alemanha e da Holanda aparentam ter grande similitude, muito embora paradoxalmente tenhamos visto que a Alemanha é o país mais envelhecido e a Holanda o país mais juvenil da selecção realizada.

Figura 12 – Distribuição dos agregados familiares por dimensão e tipologia



Fonte: EU-SILC

De facto, a Holanda é o país com maior representatividade das famílias com 2 adultos e 3 ou mais crianças dependentes e o segundo país com maior peso dos casais com 2 crianças o que permite enquadrar a sua posição de país menos envelhecido, não obstante a elevada proporção de agregados domésticos constituídos por 2 adultos (30,7 %).

Como principais transições demográficas que afectaram a estrutura familiar apontam-se: *i)* a diminuição da fertilidade e mortalidade e aumento da esperança de vida, *ii)* fim do “baby-boom” (1960) e descida das taxas de fertilidade abaixo do nível de renovação o que se traduziu num baixo crescimento da população e no seu envelhecimento, *iii)* aumento das taxas de divórcio, *iv)* aumento substancial do nível educacional das mulheres e sua participação no mercado de trabalho, desde 1970, reforçada pela necessidade de contribuir para o aumento rendimento familiar.

Todos estes factores combinados conduziram a uma diversificação da estrutura familiar originando famílias menos numerosas, um crescimento no número de famílias monoparentais e de pessoas isoladas. A desinstitucionalização da vida familiar está estritamente ligada com os processos de baixo crescimento da população e aceleração do envelhecimento populacional.

IV.3 - A DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS

O grau de dependência dos idosos apresenta-se como um indicador relevante para se equacionar as iniciativas direccionadas para o domínio dos cuidados aos idosos tema

que se prende com o objectivo deste estudo. Analisando o índice de dependência, Portugal apresentava uma das maiores taxas de dependência na UE.

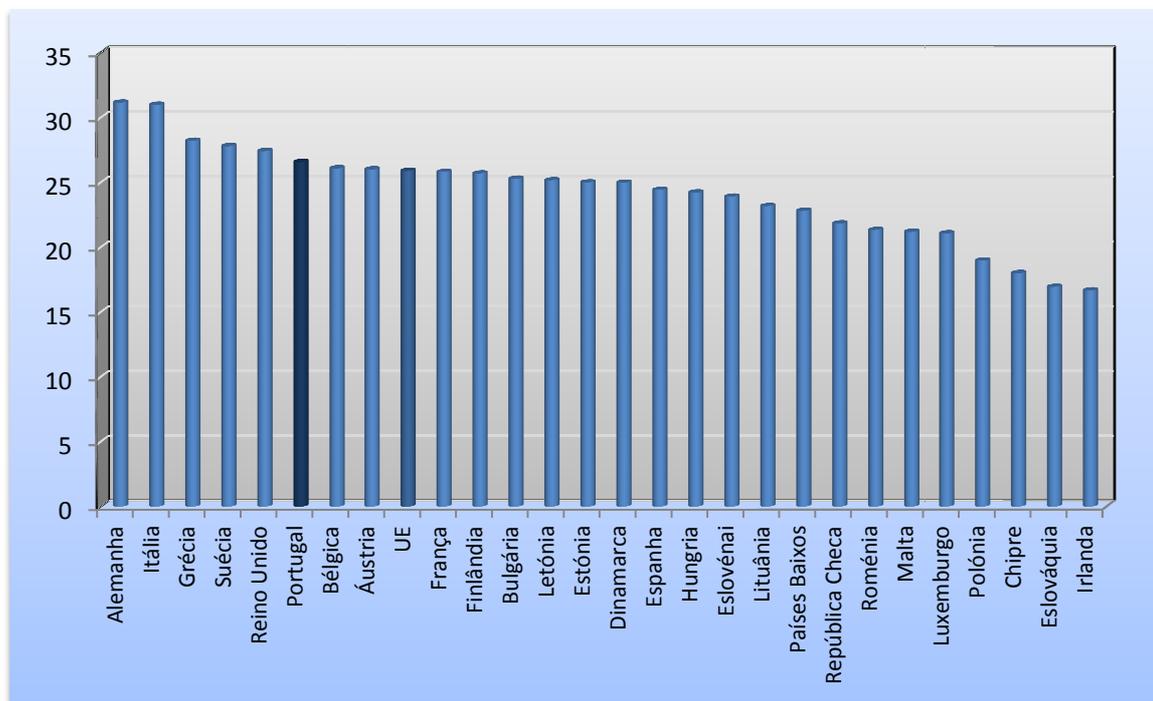
Figura 13 - Índice de dependência de população idosa -2009

	Median age	Youngage dependency ratio	Old age dependency ratio	Total age dependency ratio	Share of population aged 80 or over
	(years)	(%)			
EU-27 (1)	40,6	23,3	25,6	48,9	4,5
Belgium (2)	40,7	25,6	25,8	51,4	4,7
Bulgaria	41,1	19,4	25,2	44,6	3,7
Czech Republic	39,2	19,9	20,9	40,9	3,5
Denmark	40,3	27,8	24,1	51,9	4,1
Germany	43,7	20,6	30,9	51,5	5,0
Estonia	39,3	22,0	25,2	47,2	3,9
Ireland	33,8	30,8	16,2	47,0	2,7
Greece	41,4	21,4	27,9	49,3	4,4
Spain	39,5	21,5	24,3	45,8	4,7
France (1)	39,7	28,2	25,7	53,9	5,2
Italy	42,8	21,4	30,6	51,9	5,6
Cyprus	35,9	24,4	18,2	42,6	2,9
Latvia	39,8	19,9	25,1	44,9	3,7
Lithuania	38,9	21,9	23,2	45,1	3,5
Luxembourg	38,7	26,4	20,5	46,9	3,5
Hungary	39,6	21,6	23,8	45,4	3,8
Malta	39,0	22,6	20,1	42,7	3,2
Netherlands	40,3	26,4	22,3	48,6	3,8
Austria	41,3	22,4	25,7	48,1	4,7
Poland	37,5	21,5	18,9	40,4	3,1
Portugal	40,4	22,8	26,3	49,0	4,3
Romania	38,0	21,7	21,3	43,0	2,9
Slovenia	41,2	20,1	23,6	43,7	3,8
Slovakia	36,5	21,3	16,7	38,0	2,7
Finland	41,8	25,2	25,2	50,3	4,5
Sweden	40,7	25,4	27,1	52,5	5,3
United Kingdom (2)	39,2	26,5	24,3	50,7	4,5
Iceland	34,5	30,9	17,2	48,1	3,2
Liechtenstein	40,3	23,2	18,2	41,5	3,1
Norway	38,5	28,7	22,1	50,8	4,6
Switzerland	41,2	22,5	24,3	46,8	4,7
Croatia	41,1	22,8	25,7	48,5	3,4
FYR of Macedonia	35,5	25,7	16,3	42,0	1,7
Turkey (2)	28,2	39,3	10,2	49,5	1,2

Notas: (1) Excluindo as ilhas francesas; (2) 2008 em vez de 2009.
Fonte: Eurostat

Efectivamente, de acordo com o Eurostat, verifica-se que em 2009 o índice de dependência atingia em Portugal 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.

Figura 14 - Taxa de dependência dos idosos - 2009



Fonte: Eurostat

Como se pode verificar Portugal estava entre os 10 EM da UE com maior taxa de dependência dos idosos.

Efectuando uma análise evolutiva, no caso do nosso país e segundo o INE, para os idosos com mais de 65 anos para os últimos 15 anos verificou-se a evolução que consta do quadro que a seguir se apresenta.

Figura 15 – Indicadores de envelhecimento

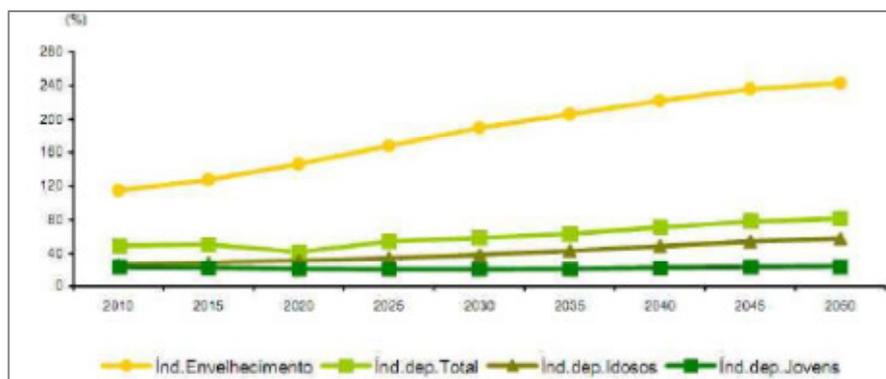
Tempo	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência dos idosos	Índice de longevidade
1990	65,7	51,1	20,3	39,4
2000	100,5	47,7	23,9	41,1
2001	103,2	47,9	24,3	41,7
2002	104,8	48,0	24,6	42,1
2003	106,1	48,2	24,8	42,5
2004	107,8	48,4	25,1	42,9
2005	109,4	48,5	25,3	43,5
2006	110,9	48,6	25,5	44,4
2007	112,6	48,7	25,8	45,3
2008	114,5	48,9	26,1	46,0
2009	116,5	49,2	26,5	46,6
2010	118,9	49,6	27,0	47,1

Fonte: INE

Recorde-se que o índice de dependência é definido como a relação entre a população idosa e a população em idade activa, ou seja, o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Geralmente é expresso em percentagem (por 100 pessoas com 15-64 anos).

Quanto ao índice de envelhecimento, que passou de 100,5, em 2000, para 118,9 em 2010, define-se como a relação entre a população idosa e a população jovem e é habitualmente calculado como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

Figura 16 – Projecção da evolução dos índices de envelhecimento e dependência, Portugal, 2000-2050



Fonte: INE, Projecções da população residente

Deve assinalar-se que em menos de 15 anos o índice de dependência passou, em Portugal, de 22 % para cerca de 27 %. Esta situação levanta a questão de quais as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, levando a equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos, numa perspectiva de conciliação.

Assim, actualmente a temática da conciliação entre a vida profissional e familiar assume especial enfoque no contexto da igualdade de oportunidades, das transformações demográficas e das fortes mudanças sociais e económicas que assinalam as últimas décadas das sociedades europeias, com as inerentes alterações ocorridas em dois dos mais importantes domínios da vida dos indivíduos – a família e a profissão.

O aumento da longevidade é concomitante a um conjunto de problemas associados ao envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas incapacitantes e as crescentes necessidades de serviços de apoio.

Na sequência de vários alertas levados a cabo pela UE sobre este tema, vários países têm vindo a desenvolver acções no sentido de evidenciar a necessidade de serem encontradas medidas e identificadas boas práticas que favoreçam a conciliação do trabalho profissional e da vida familiar e pessoal, sobretudo no caso da existência de fenómenos de dependência no seio da família.

Houve inicialmente tendência para se desenvolverem apoios mais direccionados para a primeira infância mas contudo hoje em dia assiste-se a um alargar do teor da conciliação a um universo mais vasto, englobando outro tipo de pessoas em situação de dependência, entre os quais se destacam os ascendentes, outros adultos com deficiência ou doença crónica.

Assim, em 2007, o Comité Económico e Social Europeu alertou para que a questão da dependência assumisse carácter prioritário nas agendas políticas, na medida em que *“o aumento da esperança de vida pode significar uma melhoria da qualidade de vida, mas poderá obrigar um número cada vez maior de pessoas a cuidar dos seus familiares idosos paralelamente à actividade profissional. O desenvolvimento dos serviços na área da prestação de cuidados deveria estar mais no centro das atenções, a fim de aliviar dessa responsabilidade quem cuida de familiares dependentes”*.

Em Portugal, o apoio à população idosa tem privilegiado mais o acesso aos equipamentos sociais em detrimento da conciliação entre a vida profissional e a vida familiar, o que conseqüentemente pode gerar efeitos negativos na esfera do trabalho. Deve caminhar-se, então, para um equilíbrio entre as duas vertentes, com vista a construir-se um sistema concertado de protecção da dependência.

Os desenvolvimentos mais recentes das políticas sociais vão no sentido de privilegiar a permanência da pessoa idosa na comunidade, através da criação de mais serviços de apoio domiciliário e centros de dia. Esta tendência reforça, cada vez mais, a responsabilidade das famílias para a prestação de cuidados, mesmo que estas não possuam condições reais para a tarefa, o que se irá agravando no futuro tendo em conta as alterações recentes da estrutura familiar. Outro factor de agravamento no que respeita aos cuidados dos idosos é o relativo aos custos financeiros que essa prestação de cuidados envolve para os agregados familiares (despesas com saúde, serviços, ajudas técnicas, transporte), para além dos problemas que pode levantar no que respeita ao exercício da actividade profissional.

Uma maior intervenção pública no apoio à conciliação entre vida profissional e familiar, que aposte na diversidade e flexibilidade dos serviços, na criação de medidas de fiscalidade e laborais de apoio às famílias, são fundamentais para responder à questão da dependência das pessoas, garantindo a permanência, no seu meio social.

Neste sentido, Portugal tem feito um esforço significativo de apoio à dependência no que respeita ao investimento e oferta de equipamentos sociais (forte investimento público quer nos equipamentos sociais para idosos, quer no alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) devendo, em simultâneo, procurar desenvolver-se uma maior promoção de medidas de apoio à vida familiar e profissional.

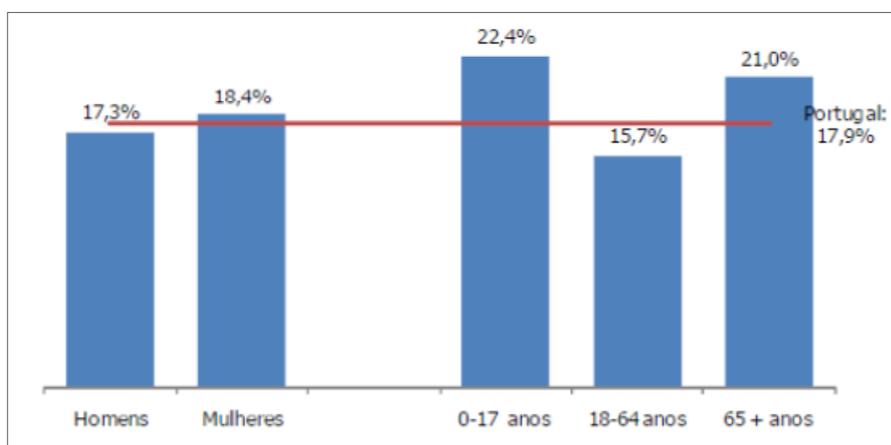
IV.4 - O RENDIMENTO DOS IDOSOS E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

A população com 65 e mais anos, de acordo com o inquérito comunitário SILC (Eurostat), apresentava para o ano de 2009 uma taxa de risco de pobreza, (considerado 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 %).

Se se considerar o total de população em risco de pobreza, o valor, de acordo com o referido inquérito foi de 17,9 %, também superior ao valor para o total dos países da UE que era de 16,3 %.

De acordo com a mesma fonte de dados, a taxa de risco de pobreza por grupos etários, conforme se constata pelo gráfico a seguir apresentado, era bastante superior para as pessoas com mais de 65 anos, sendo neste grupo o valor relativo às mulheres superior ao dos homens.

Figura 17 – Taxa de risco de pobreza segundo o sexo e grupo etário, Portugal, EU-SILC 2010

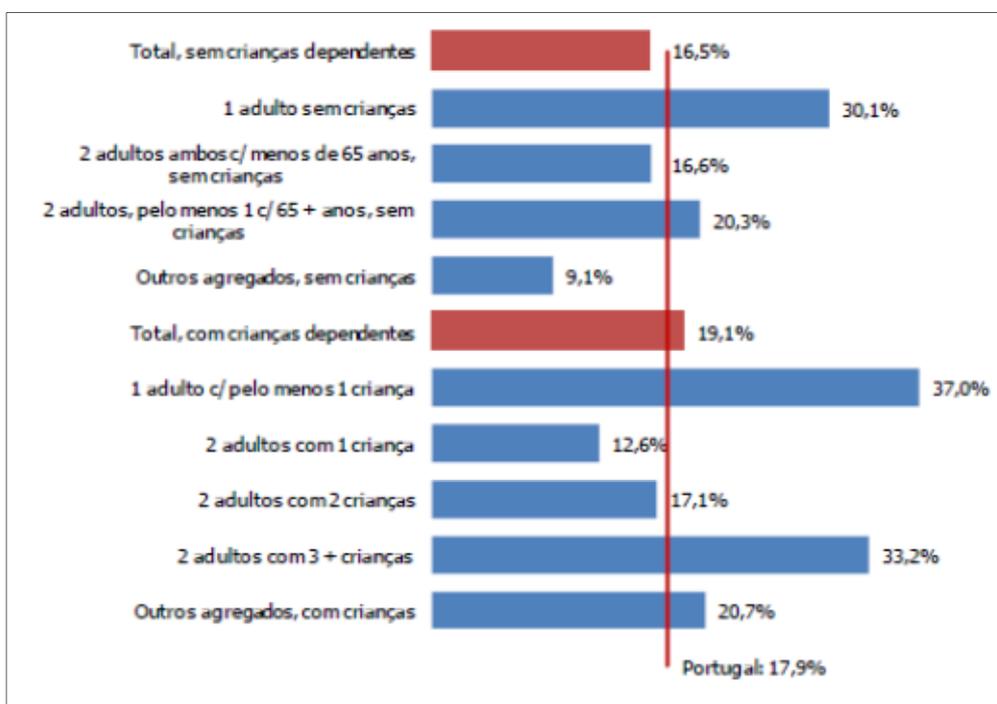


Fonte: INE, Rendimento e condições de vida, 2010 (dados provisórios) – 11 de Julho de 2011

A taxa de risco de pobreza segundo a composição do agregado familiar apresenta os valores constantes do gráfico abaixo:

Figura 18 – Taxa de risco de pobreza segundo a composição do agregado familiar, Portugal, EU-SILC

2010



Fonte: INE, Rendimento e condições de vida, 2010 (dados provisórios) – 11 de Julho de 2011

Através da análise dos quadros apresentados pode-se concluir que:

- ✓ O risco de pobreza dos idosos era de 21 %, superior ao do total da população (18 %) e ao da média comunitária que era de 17,8 %;
- ✓ O risco de pobreza vai-se agravando conforme se vai avançando nas idades, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4 %, sendo na UE, apenas, de 20,3 %;
- ✓ Os agregados constituídos por 1 adulto com mais de 65 anos a taxa de risco de pobreza era de 30,1 %, situação que indicia uma necessidade maior de apoio dos idosos nesta situação.

Figura 19 – Taxa de risco de pobreza, população total e população pobre, com 65 anos e mais

Country	At risk of poverty rate (65+, in %)	Total population (65+, in 1000s)	Poor population (65+, in 1000s)
Latvia	51	391	199
Cyprus	49	98	48
Estonia	39	230	90
Bulgaria	34	1,323	450
United Kingdom	30	9,844	2,953
Lithuania	29	533	155
Spain	28	7,520	2,106
Romania	26	3,206	833
Finland	23	875	201
Greece	22	2,090	460
Malta	22	57	12
Portugal	22	1,850	407
Belgium	21	1,820	382
Ireland	21	479	101
Italy	21	11,946	2,509
Slovenia	21	327	69
Denmark	18	853	154
Sweden	16	1,608	257
Austria	15	1,425	214
Germany	15	16,519	2,478
Poland	12	5,131	616
France	11	10,506	1,156
Netherlands	10	2,415	241
Slovak Republic	10	647	65
Czech Republic	7	1,513	106
Luxembourg	5	68	3
Hungary	4	1,624	65
EU 27	19	84,898	16,329
EU15	20	69,818	13,621
NMS12	18	15,080	2,708

Fonte: EUROSTAT, SILC 2009

Os dados da OCDE confirmam igualmente o baixo nível de rendimento da população idosa, tal como se lê no relatório *Pensions at a Glance 2011*. Neste relatório, refere-se que em Portugal, a percentagem da população com mais de 65 anos e cujo rendimento é inferior a 50 % do rendimento mediano dos agregados domésticos, situava-se nos 16,6 %, enquanto para o total dos países da OCDE o valor é de 13,5 %.

Entre a população com idade entre os 66 e 75 anos, a taxa de pobreza era, em meados da primeira década de 2000, de 14,4 %, enquanto no caso dos idosos com mais de 75 anos esse valor atingia os 19,9 %.

Numa análise do rendimento médio da população de 65 e mais anos verifica-se que aquele representava 79,5 % do rendimento médio da população total (a média para os países da OCDE é de 82,4 %).

De acordo com os Quadros de Pessoal de 2009, o ganho médio dos trabalhadores por conta de outrem, era, em 2008, de 1 034,2 Euros verificando-se que para os trabalhadores com antiguidade superior a 20 anos e, portanto, aqueles que estão mais perto da saída para a reforma, o ganho médio era de 1 456,78 Euros.

Quando analisada a situação das pensões por escalões, tendo por fonte a Caixa Nacional de Pensões para 2009, observa-se que o número de pensionistas com um escalão de rendimento acima dos 500 Euros é de cerca de 20 % do total. Salienta-se que se registou um aumento acentuado destes escalões de pensões entre 2005 (12,8 %) e 2009.

Figura 20 – Pensionistas de velhice do regime geral da Segurança Social: total e por escalão de pensão (em Euros)

Indivíduo - Percentagem

Tempo	Escalões de pensões (em euros)									
	Total	Até 50	51-150	151-250	251-500	501-1.000	Mais de 1.000			
							Total	1.001-2.500	2.501-5.000	Mais de 5.000
1995	100,0	0,7	69,0	19,2	8,9	2,2	100,0	x	x	x
2000	100,0	0,6	7,5	67,0	17,4	5,7	100,0	94,2	5,4	0,4
2005	100,0	0,5	2,1	47,8	36,8	2,9	100,0	96,7	2,9	0,4
2009	100,0	0,2	1,7	28,3	49,7	14,6	100,0	88,9	10,2	0,9

Fonte: CNP/ MTSS
PORDATA

Não se pode deixar de concluir que a passagem de uma pessoa activa para a reforma conduz a uma redução de significativa do rendimento. Este facto poderá, por exemplo, explicar ser Portugal o único país da UE em que a saída efectiva do mercado de trabalho para os homens seja maior que a idade legal de saída, o que contudo não se passa para as mulheres.

Pode-se, portanto, concluir que a passagem da situação de activo para a situação de reforma é acompanhada por uma perda de remuneração.

Não se pode ainda deixar de ter em conta que o número de anos esperados de vida, após a idade oficial de reforma, é de 16 anos para os homens e de 20 anos para as mulheres. Como habitualmente se verifica uma perda sistemática de poder de compra face aos valores da inflação (como exemplo o caso das pensões de reforma acima do valor mínimo ou mesmo estas se bem que em escala menor) ao mesmo tempo que aumentam os encargos com saúde, é fácil concluir que o risco de pobreza aumenta sistematicamente com a idade, fazendo diminuir a qualidade de vida dos idosos.

De acordo com um estudo realizado por Alexandra Lopes, da Universidade Nova de Lisboa, sobre “*Rendimento e Privação entre os Idosos Portugueses*”, constata-se, através da análise do índice de carências (acesso a um conjunto de bens e serviços em áreas chaves para o bem estar e satisfação dos direitos da pessoa), que a população de 65 e mais anos se encontra numa situação mais desfavorável relativamente à população com menos de 65 anos. Esta situação de desvantagem encontra-se traduzida em todos os índices mas com maior diferença, sobretudo nos índices relativos ao estilo de vida básico, estilo de vida secundário e condições de habitabilidade básicas

Figura 21 – Índice de carências da população

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos
Necessidades primárias	0,59	0,67
Estilo de vida básico	0,61	0,72
Estilo de vida secundário	0,24	0,38
Condições de habitabilidade básicas	0,07	0,17
Condições de conforto da habitação	0,21	0,28

Fonte: *Rendimento e Privação entre os idosos portugueses* - Alexandra Lopes, 2008

Alexandra Lopes afirma 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 indivíduo. Se pensarmos que a idade é um factor determinante na probabilidade de um indivíduo experimentar problemas de saúde, a severidade dos valores calculados para esses dois índices torna as suas implicações particularmente preocupantes*”.

IV.5 - PESSOAS IDOSAS E CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO

A população activa de 65 e mais anos (idosos) representa, em 2010, 5,7 % do total de activos, verificando-se que se observou um crescimento quando comparado com 1990⁶, ano em que essa população apenas representava 3,8 % do total. Contudo, na última década observou-se uma situação de quase estacionaridade em termos relativos (variando entre 5,4 % e 5,9 %).

Figura 22 – População activa, empregada e desempregada em Portugal

	1990 ⁽¹⁾	1995 ⁽¹⁾	2000	2003	2005	2010
Total população activa	4948,7	4754,3	5226,4	5460,3	5544,9	5580,7
População activa de +65 anos	189,3	208,7	297,8	327,2	323,4	316,6
Total de população empregada	4717,5	4415,9	5020,9	5118,0	5122,6	4978,2
Total de população empregada com +65 anos	188,9	208,1	297,2	326,4	322,6	314,8
Taxa de Emprego para população com +65 anos	14,1	14,0	17,9	18,6	17,9	16,5
Total da população desempregada			205,5	342,3	422,3	602,6
Total da população desempregada 55-64 anos			18,6	26,3	39,3	61,1

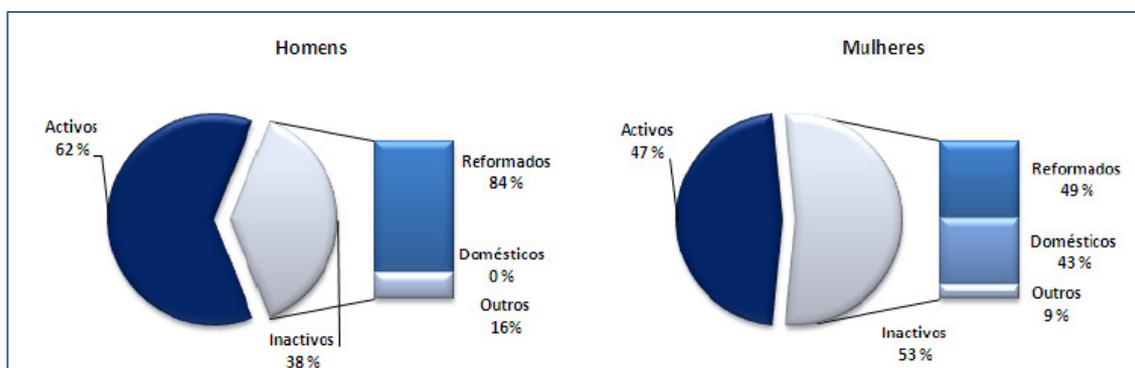
Fonte: INE - Inquérito ao emprego

Nota: (1) valores obtidos a partir de uma série distinta da dos restantes anos.

A figura seguinte mostra a estrutura da população segundo a situação perante o trabalho para ambos os sexos, em 2010. De referir a discrepância entre os inactivos dos dois sexos e dentro destes entre os reformados.

⁶ Ainda que se trate de uma série distinta do IE/INE.

Figura 23 – Estrutura da população segundo a situação perante o trabalho, grupo etário 55-64 anos, 2010



Fonte: GEP/ MSSS, Relatório de Conjuntura, 2.º trimestre de 2011

A evolução do emprego da população idosa (65 anos e mais), em valores absolutos, registou um crescimento até 2003, conforme se constata pelo quadro a seguir apresentado. Após esse ano e não obstante alguma instabilidade atingiu as 333,1 mil pessoas em 2007, começando depois a decrescer em linha com o andamento do emprego total.

Quanto ao peso do emprego da população idosa no emprego total constata-se que este tem vindo a registar um acréscimo progressivo, desde 1990, ano em que representava 4 % do total do emprego, passando para 5,9 % em 2000 e estabilizando em torno dos 6,3 % após 2005. Esta evolução está em consonância com as linhas de orientação da UE, no quadro da Estratégia Europeia para o Emprego, através das quais se tem procurado incentivar uma maior participação e permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho.

Uma análise mais fina mostra que a passagem do escalão etário dos 55-64 anos para o dos 65 anos e mais, apresenta uma quebra de cerca de 50 % da população.

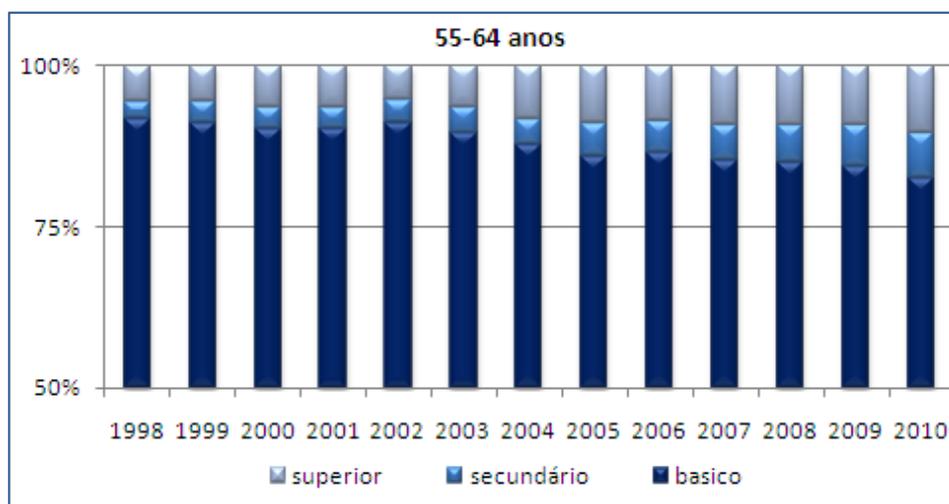
Figura 24 – População empregada em Portugal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
55 a 64 anos	561,4	559,5	577,3	584,4	573,4	598,0	600,0	626,8	638,4	633,3	627,7
H	321,2	320,9	325,4	329,5	316,1	324,3	329,4	341,1	347,6	345,9	335,5
M	240,2	238,6	251,9	254,9	257,3	273,8	270,6	285,8	290,8	287,4	292,2
65 e + anos	297,3	316,0	325,6	326,4	316,5	322,7	329,2	333,1	325,6	318,6	314,8
H	172,5	182,5	184,6	188,5	188,9	184,7	188,5	184,7	180,2	173,6	176,5
M	124,7	133,6	141,1	137,9	127,7	138,0	140,7	148,4	145,4	144,9	138,3
15 a 64 anos	4 723,7	4 795,7	4 811,6	4 791,7	4 806,2	4 800,0	4 830,3	4 836,5	4 872,2	4 735,5	4 663,4
H	2 592,7	2 627,3	2 631,9	2 598,7	2 595,3	2 580,8	2 601,1	2 604,6	2 616,9	2 513,9	2 468,1
M	2 131,0	2 168,4	2 179,9	2 193,0	2 211,0	2 219,3	2 229,2	2 232,1	2 255,4	2 221,6	2 195,3

Fonte: INE - Inquérito ao emprego

A população empregada do escalão etário 55-64 anos apresenta uma estrutura habilitacional dominada pelo nível básico, não obstante a relativa melhoria observada nos anos mais recentes.

Figura 25 – Evolução da estrutura da população empregada por nível de habilitação



Fonte: GEP/MSSS, Relatório de Conjuntura – 2.º trimestre de 2011

Acresce que as taxas de participação da população mais idosa na educação e na formação também é relativamente reduzida, quer quando comparada com a média da UE, quer quando comparada com a do grupo etário anterior (também ela relativamente reduzida).

Figura 26 – Evolução da estrutura da população empregada por nível de habilitação

		2005	2006	2007	2008	2009	2010
45-54 anos	PT	1,4%	1,7%	2,1%	2,8%	3,6%	3,6%
	UE	7,5%	7,5%	7,4%	7,5%	7,4%	7,4%
55-64 anos	PT	0,6%	0,7%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%
	UE	4,5%	4,6%	4,6%	4,8%	4,7%	4,5%

Fonte: GEP/MSSS, Relatório de Conjuntura – 2.º trimestre de 2011

De referir que para o grupo de 55-64 anos⁷, o desemprego registou um aumento significativo a partir do ano 2000, tendo passado de cerca de 19 mil pessoas (cerca 12 mil homens e 7 mil mulheres) para 61 mil pessoas (aproximadamente 37 mil homens e 24 mil mulheres). Atendendo ainda ao facto de que em 2020 a população idosa integrará as pessoas que actualmente têm mais de 55 anos, com eventual entrada na situação de inactividade, logo mais penalizada, estarão naquele ano com rendimentos inferiores ao que teriam se continuassem a trabalhar.

Passando à análise da população inactiva na condição de pensionistas verifica-se, pelo quadro que a seguir se apresenta, um crescimento significativo do número de pensionistas, quer da Segurança Social, quer da Caixa Geral de Aposentações entre 1990 e 2009.

⁷ Para o grupo etário dos 65 anos e mais, os valores do desemprego são tão reduzidos que se optou por não os apresentar.

Figura 27 – Total de pensionistas 1990-2009

(Milhares)

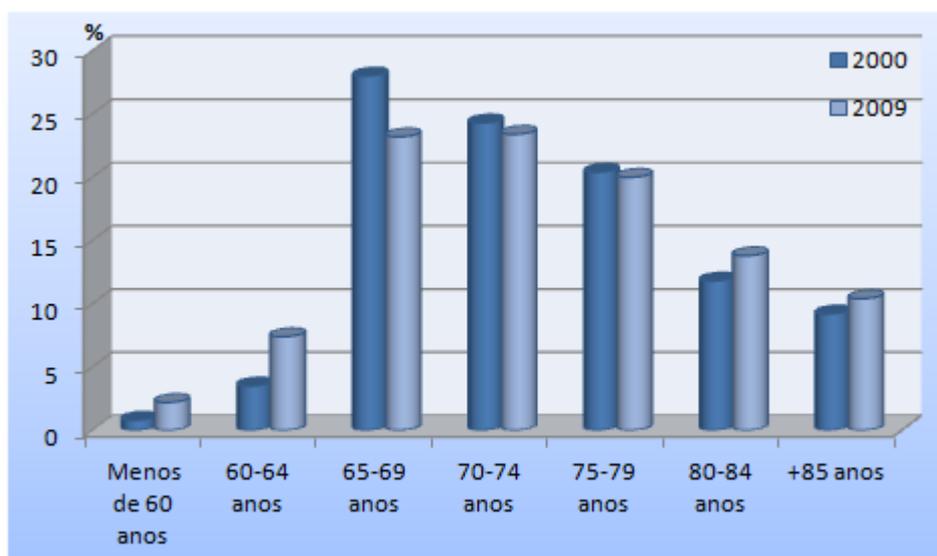
Ano	Total	SS	CGA
1990	2455,8	2202,3	253,6
1995	2728,0	2364,3	363,8
2000	2906,7	2480,3	426,4
2005	3202,3	2697,0	505,3
2008	3367,9	2817,8	550,1
2009	3423,9	2859,9	564,1

Fonte: IGFSS/MTSS (até 1998); CNP/MTSS (a partir de 1999); CGA/MFAP

Com efeito verificou-se que o total de pensionistas aumentou entre 1990 e 2009 de 968,1 milhares de pessoas, ou seja, aumentou de 39,4 %, sendo esse aumento de 29,8 % para pensionistas da Segurança Social e de 122 % para os pensionistas da Caixa Geral de Aposentações.

Analisando-se a estrutura etária dos pensionistas, em 2000 e 2009, há essencialmente a salientar três situações: **(1)** uma relativa aos grupos etários com maior oscilação – 60 anos e de 60-64 anos com um aumento significativo de 2000 para 2009, **(2)** outra relativa ao grupo de 65-69 anos com um decréscimo de cerca de 5 % e **(3)** finalmente um aumento dos pensionistas de idade mais elevada. Refira-se também que os pensionistas com mais de 65 anos representavam, em 2009, 90,8 % do total de pensionistas e em 2000 esse valor era de 93,7 %, o que traduz o aumento do peso das reformas antecipadas.

Figura 28 – Estrutura etária dos pensionistas



Fonte: IGFSS/MTSS

Ao mesmo tempo que se observa um aumento significativo do número de pensionistas, verifica-se também que o total de activos quer de 55 -64 anos, quer de 65 e mais anos aumentou quando em comparação com o ano 2000. De realçar que cada vez mais o número de pensionistas tem tendência a crescer face não só ao que já foi referido mas também pelo aumento da esperança de vida, nomeadamente nos grupos etários mais elevados.

IV.6 - ACTIVIDADE NÃO ECONÓMICA DOS IDOSOS

A participação social pode assumir diversos aspectos, nomeadamente contactos sociais com amigos e parentes e acções de voluntariado. As ligações e relações sociais integram uma dimensão social importante de bem-estar simultaneamente com os padrões materiais de vida (rendimento, consumo e riqueza). Para Stiglitz, relatório da Comissão Stiglitz (2009)⁸, as ligações e relações sociais como uma dimensão de bem-estar assumem um papel preponderante em relação aos aspectos relacionados com a saúde, educação, participação política e ambiente.

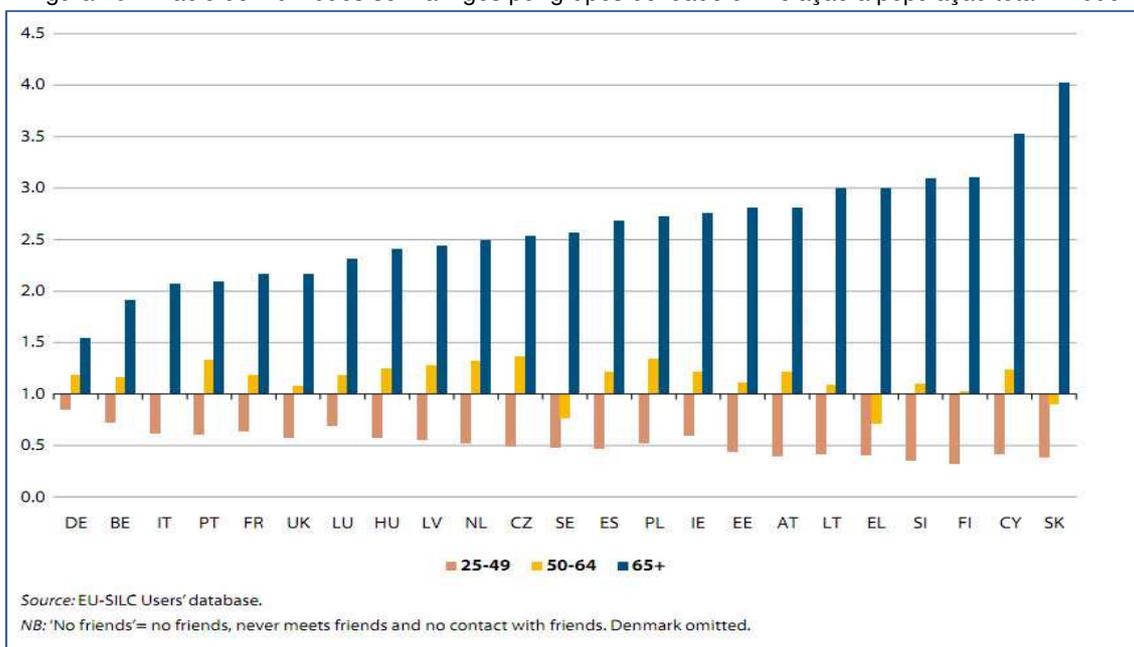
⁸ www.stiglitz-sen-fitoussi.fr - Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.

Um dos indicadores utilizados no relatório EUROSTAT “*Rendimento e Condições de vida na Europa*” como medida da exclusão social identifica-se com o isolamento social.

Segundo o mesmo relatório, Portugal aparece como um país em, que a população de um modo geral se envolve em intensos contactos pessoais, mas em poucos compromissos em acções políticas

Este isolamento social tende a aumentar com a idade em todos os países da UE, devido ao desaparecimento de amizades ou morte de amigos e a dificuldade de os substituir ou criar novas amizades; em metade dos países, cerca de uma a dez pessoas com idade de 65 anos ou mais não têm qualquer ligação com amigos. Porém, a família e parentes desempenham um papel maior na prevenção do isolamento nas idades mais avançadas. Torna-se evidente que a participação social nestas idades necessita de ser incentivada pelo que a generalidade dos países procuram desenvolver políticas públicas direccionadas para a sociedade civil. Tal é o caso de Portugal onde cada vez mais se tem incentivado o desenvolvimento progressivo de acções e serviços que possam envolver a população idosa.

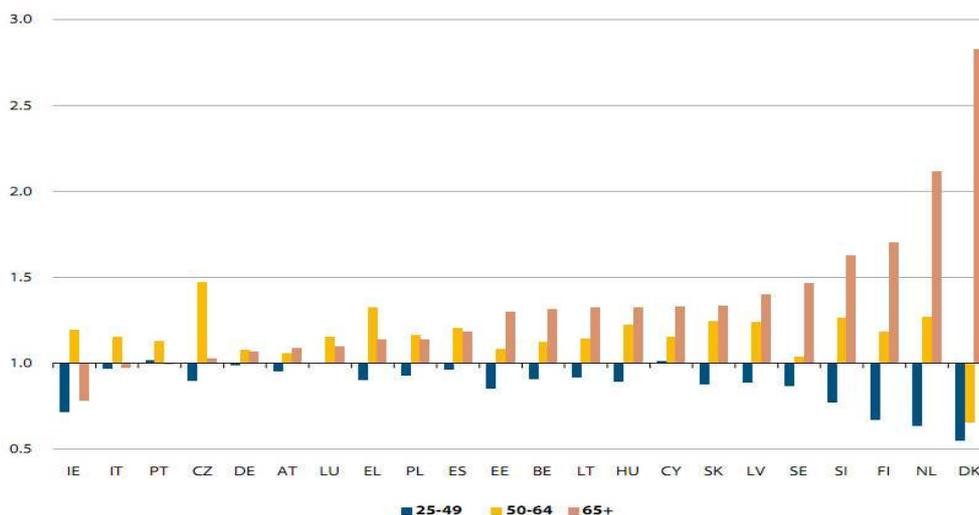
Figura 29 – Rácio de indivíduos sem amigos por grupos de idade em relação à população total – 2006



Pela Figura acima pode constatar-se que Portugal se encontra entre os cinco países com maiores relações de amizade para o grupo etário de 65 e +anos, na medida em que o seu rácio é dos mais baixos da UE, embora acima dos outros grupos etários.

Quanto à situação dos indivíduos sem qualquer ajuda ou hipótese de a pedir, conforme gráfico abaixo, Portugal encontra-se em terceiro lugar, a nível dos Estados Membros da UE, no que respeita ao grupo dos idosos, o que mostra a existência e a importância de redes informais de solidariedade (familiares, amigos e vizinhos).

Figura 30 – Rácio de indivíduos sem ajuda por grupos de idade em relação á população total – 2006



Source: EU-SILC Users' database.

NB: 'No help' = not able to ask any relative, friend or neighbour for help. France and the United Kingdom omitted due to alterations.

IV.6.1 - VOLUNTARIADO

De entre as acções e serviços que envolvem a população idosa, a participação dos idosos em acções de voluntariado assume significativo realce como uma alternativa para a promoção da sua saúde bem como enquanto um instrumento para o alcance de um envelhecimento activo e saudável.

Assim, o trabalho voluntário é uma forma de participação social que vem apresentando um crescimento constante nos últimos anos.

Várias são as motivações para a prática de voluntariado entre a população idosa:

- ✓ O voluntariado é uma oportunidade de intervir na sociedade;
- ✓ O voluntariado permite continuar a aprender e praticar novas experiências;
- ✓ O voluntariado permite a transição harmoniosa do trabalho remunerado para a reforma;

- ✓ Em certas situações o trabalho voluntário permite o prolongamento duma prática que já existia, enquanto para outros a reforma é uma fonte de inspiração para iniciar práticas de voluntariado;
- ✓ Muitos reformados olham para o voluntariado como uma das formas de replicar muitos dos aspectos do seu trabalho anterior na sua nova situação.

Face a esta diversidade de motivos que conduzem os idosos ao voluntariado, as entidades envolvidas nesta matéria necessitam de criar oportunidades adequadas às necessidades das pessoas.

O fenómeno de transição demográfica caracterizado pelo aumento rápido do número de idosos na população, nas ultimas décadas, trouxe consigo várias mudanças na sociedade, o que levou a ONU e a OMS a procurar soluções para a população idosa através de novas opções de políticas públicas e incentivando os países à sua implementação, sendo uma das alternativas o envolvimento dos idosos no trabalho voluntário.

Sendo hoje inquestionável que as actividades ligadas ao terceiro sector são aquelas onde os idosos pro-activos mais intervêm, não deixa de ser assinalável face ao contributo do terceiro sector para o PIB, que o papel dos idosos é de enorme importância.

Figura 31 – Percentagem de voluntários por grupos etários segundo o tipo de instituição

	Voluntários Órgãos Sociais + Voluntários Regulares				Voluntários Ocasionais				Voluntários Total			
	Até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total
ADS	12,1	75,4	12,5	100,0	16,7	79,0	4,3	100,0	13,9	76,8	9,4	100,0
AAPACDM	1,7	86,1	12,2	100,0	54,0	42,3	3,2	100,0	21,0	70,1	8,9	100,0
CERCIS	2,7	87,8	9,5	100,0	21,4	76,8	1,8	100,0	11,2	82,8	6,0	100,0
CN Escutas	15,0	85,0	0,0	100,0	58,1	41,9	0,0	100,0	16,0	84,0	0,0	100,0
ONGD	0,8	89,9	9,3	100,0	39,3	59,6	1,2	100,0	3,8	87,5	8,7	100,0
ADL	16,1	79,2	4,7	100,0	38,9	42,6	18,5	100,0	21,0	71,3	7,7	100,0
Fundações	43,6	40,7	15,8	100,0	8,3	91,0	0,7	100,0	35,6	52,1	12,3	100,0
Mutualidades	0,7	74,5	24,8	100,0	-	-	-	-	0,7	74,5	24,8	100,0
CCCRD	28,3	65,9	5,8	100,0	24,2	70,4	5,3	100,0	27,3	67,0	5,7	100,0
Bombeiros	27,3	69,5	3,2	100,0	24,3	72,6	3,1	100,0	27,2	69,6	3,2	100,0
Misericórdias	3,1	64,6	32,3	100,0	18,0	61,5	20,5	100,0	4,9	64,3	30,9	100,0
IPSS	8,1	63,7	28,2	100,0	19,1	56,8	24,1	100,0	13,9	60,1	26,0	100,0
CSP	8,5	59,8	31,7	100,0	20,7	30,3	49,0	100,0	11,7	52,2	36,2	100,0
IPJ	48,6	49,9	1,5	100,0	88,9	8,9	2,3	100,0	77,2	20,7	2,0	100,0
Coop. Cred.	0,0	92,6	7,4	100,0	-	-	-	-	0,0	92,6	7,4	100,0
Coop. não Cred.	0,0	90,3	9,7	100,0	-	-	-	-	0,0	90,3	9,7	100,0
Carítas	7,9	66,0	26,0	100,0	24,7	45,6	29,7	100,0	20,5	50,8	28,8	100,0
Total	19,8	68,4	11,8	100,0	47,9	39,5	12,6	100,0	30,4	57,5	12,1	100,0

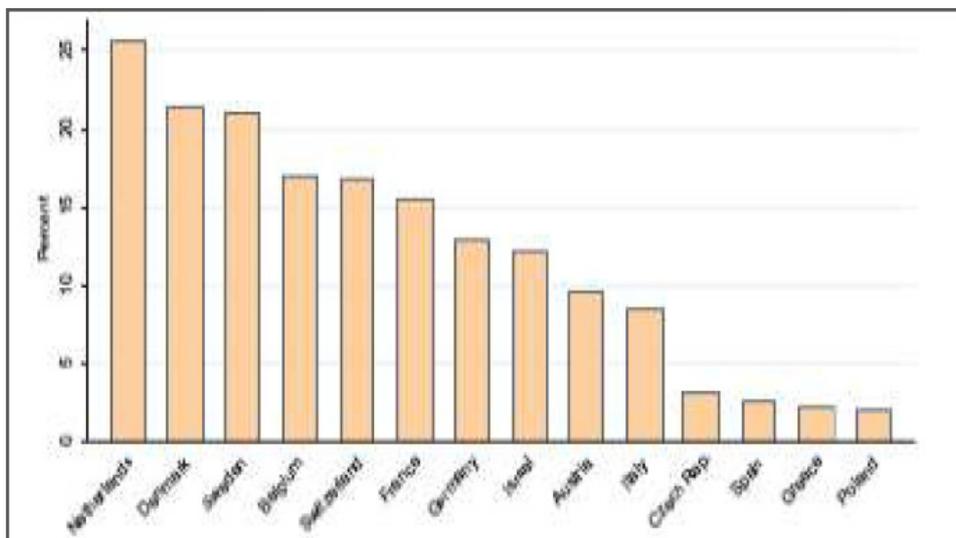
Com efeito de acordo com um inquérito realizado pelo Observatório de Emprego e Formação Profissional (OEFP), em 2008, com dados referentes a 2005, 12,1 % do total de voluntários existentes (360 567 pessoas) têm mais de 65 anos (43 666 pessoas), sendo mais saliente a actividade em Centros Paroquiais (36,2 %), Misericórdias (30,9 %), Caritas (28,8 %) e IPSS (26,0 %) (Anexos 1 e 2).

Relativamente às pessoas reformadas na UE, cerca de um terço declaram que já participaram em trabalho comunitário ou trabalho voluntário e 10 % referem que estão a planear fazê-lo, enquanto para Portugal já participaram ou participam 18 % e 13 % pretendem participar. Os valores relativos a Espanha são, respectivamente, 20 % e 10 %.

Relativamente à população idosa da Europa, pode afirmar-se que é uma população produtiva através de caminhos diferenciados, sendo o mais relevante o relativo a acções de voluntariado; cerca de 10 % da população de 50 e +anos envolveram-se em actividades de voluntariado durante o mês que precedeu as entrevistas do Inquérito sobre saúde, velhice e reforma (*Survey on health, ageing and retirement in Europe, SHARE, 2006*). Esta percentagem duplica para o grupo de idades mais avançadas. As taxas mais elevadas de acções de voluntariado registam-se na Dinamarca, Suécia e Holanda enquanto os países do mediterrâneo apresentam taxas abaixo da média no que respeita aos voluntários com idade mais avançada (*Study on Volunteering in the European Union Final Report, Fevereiro de 2010*).

Igualmente o projecto, financiado pela CE “*Think Future, Volunteer Together*”, sobre envelhecimento activo e mobilidade das pessoas mais idosas, reconheceu o voluntariado como um dos instrumentos importantes para mobilizar o potencial das pessoa idosas para o envelhecimento activo e o seu contributo para a sociedade.

Figura 32 – Voluntariado entre as pessoas com 50 e mais anos na Europa (% por país)



Fonte: CE, Think Future, Volunteer Together

IV.6.2 - UNIVERSIDADES SENIORES

O segredo de um envelhecimento bem sucedido é a forma como se prepara a velhice, pois os comportamentos adoptados ao longo da vida reflectir-se-ão na fase final desta. No envelhecimento activo consideram-se três áreas principais de intervenção: a biológica, a intelectual e a emocional.

As Universidades Seniores (UTI) são "*a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos*".

As Universidades Seniores, independente 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 seniores se sentem úteis, activos e participativos.

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.

Quanto à criação das UTI em Portugal destaca-se que apesar da primeira UTI ter surgido apenas três anos após a criação da primeira em França, em 1973, só nos últimos cinco anos este modelo se implantou e desenvolveu verdadeiramente com a criação de dezenas de novas UTI, tendo passado de 30, em 2001, para 112, em finais de 2008, com uma participação de cerca de 17 000 alunos.

O modelo de UTI adoptado em Portugal segue de perto o modelo inglês e diferenciando-se de outros modelos existentes noutros países, nomeadamente o francês em que as UTI são criadas pelas universidades tradicionais com professores remunerados e garantindo uma certificação. Com efeito algumas das UTI têm existência autónoma e outras estão ligadas quer às Misericórdias, quer a associações, a centros paroquias ou centros sociais, quer a entidades locais.

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

- ✓ A promoção da melhoria da qualidade de vida dos seniores;
- ✓ A realização de actividades 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 seniores, 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 seniores;
- ✓ O fomento do voluntariado, na e para a comunidade.

As UTI são um exemplo de vitalidade da sociedade civil e envelhecimento activo dado que os seniores co-habitam nestes mesmos espaços de actuação como alunos, professores, dirigentes, agentes de cidadania, guias, entre outros. São frequentadas maioritariamente por mulheres, entre os 60-70 anos, com graus de instrução variável, desde a 4^a classe ao Doutoramento e, essencialmente, por reformados.

As Universidades de terceira Idade encontram-se associadas na RUTIS (Rede das Universidades de Terceira Idade) que tem procurado, nas suas actividades, promover o envelhecimento activo, visto como "*o processo de optimização de oportunidades*

para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento" (OMS, 2002).

IV.6.3 - ACTIVIDADES DE LAZER E O TURISMO SÉNIOR

As actividades de lazer são perspectivadas como formas de ocupação dos tempos livres dos indivíduos.

Assim, lazer corresponde a um conjunto de ocupações que a pessoa usa para descansar, para se divertir, para desenvolver informação ou formação desinteressada. Trata-se ainda de um tipo de participação voluntária ou capacidade criadora, quando livre das obrigações profissionais, familiares ou sociais.

A reunião dos idosos em grupo, seja com finalidade de diversão ou lazer, seja para conviver com amigos, seja para o exercício físico, é fundamental de modo a possibilitar que o idoso tenha independência durante o maior número de anos possíveis de modo a que a sua qualidade de vida o mantenha autónomo sem recursos ao internamento em lares ou situações idênticas.

De facto estudos já realizados evidenciam o efeito benéfico de um estilo de vida activo na manutenção da capacidade funcional e de autonomia durante o processo de envelhecimento.

Este nível de actividade pode ser atingido diariamente através de actividades físicas agradáveis e de movimentos do corpo no dia-a-dia, tais como caminhar, subir escadas, jardinagem, dançar e desportos recreativos. Benefícios adicionais podem ainda ser obtidos através de actividade física diária moderada mas de longa duração.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde a realização de actividades físicas e de lazer apresenta as seguintes vantagens:

- ✓ 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 afecta 20 % da população adulta mundial;
- ✓ Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;
- ✓ Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fractura do colo do fémur nas mulheres;
- ✓ Reduz o risco de desenvolver dores lombares e pode ajudar o tratamento de situações;
- ✓ Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- ✓ Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

Em artigo publicado por Rosa Maria Martins, em 2010, sobre os idosos e actividades de lazer é citado um estudo levado a cabo, em 1995, pela Direcção Geral de Saúde, sobre a Qualidade de Vida (QDV) dos Idosos Portugueses, o qual mostra que “a ausência de actividade lúdica” constituía um dos factores que mais contribuía para a diminuição da QDV da população idosa.

Conforme se pode constatar pelo quadro em anexo (Anexo 3), em geral a pratica de leitura, ver televisão e ouvir música são actividades bastante utilizadas pelos idosos vivendo em instituições e de valor superior quando comparada com os idosos vivendo em casa. Já as actividades de passear, fazer jardinagem e horticultura são mais salientes para aqueles que estão fora das instituições (lares). Refira-se ainda que mais de metade dos idosos vivendo em casa ou em lares não têm actividades de leitura.

No que respeita ao “*Turismo Sénior*”, destinado a cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, o mesmo consiste num programa de férias lúdico-culturais, e tem como objectivos:

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

Diversas instituições promovem estas actividades salientando-se, entre estas, a Fundação INATEL com dois projectos, para a população com 60 e mais anos:

- ✓ - Turismo Sénior;
- ✓ - Saúde e Termalismo Sénior.

Relativamente ao termalismo este proporciona aos seus participantes a oportunidade de usufruírem dos benefícios físicos e de bem-estar proporcionados pelas águas medicinais existentes nas termas; a acção preventiva e os benefícios terapêuticos estão comprovados registando-se uma procura crescente das estancias termais.

Assim, a Fundação INATEL desenvolve um programa sobre esta área designado “*Saúde e Termalismo Sénior*” com os seguintes objectivos: **(i)** Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população a quem se destina o programa, nomeadamente através da efectivação de tratamentos termais; **(ii)** Estimular a interacção social, enquanto factor de combate à solidão e exclusão; **(iii)** Incentivar a utilização de estâncias termais, promovendo a realização de tratamentos durante as férias; **(iv)** Dinamizar e potenciar a actividade económica das regiões abrangidas pelo programa; **(v)** Dinamizar a actividade cultural das regiões.

Igualmente, as Misericórdias Portuguesas desenvolvem acções de turismo social, através da Turicordia. Compete à Turicordia:

- ✓ Desenvolver uma Rede de Turismo Social com as Misericórdias Portuguesas;
- ✓ Promover o Envelhecimento Activo nas Misericórdias Portuguesas e na própria comunidade local;
- ✓ Realizar acções de informação e aconselhamento às Misericórdias que pretendam conhecer o projecto 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 actividade 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 objectivo de promover e desenvolver um conjunto alargado e diversificado de actividades de turismo e lazer vocacionadas para seniores.

As actividades da Turicordia desenvolvem-se em três grandes áreas: Turismo (excursionismo, férias, termalismo), animação sociocultural (programas e actividades

socioculturais, recreação e lazer) e relacionamento interpessoal (convívio, sociabilidades, troca de experiências inter-geracionais).

V. OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DOS IDOSOS

V.1 - ENVELHECIMENTO E SUAS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS

Por envelhecimento entenda-se “*um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável inerente à própria vida*”, “*(...) calcula-se que após os 30 anos, dependendo dos órgãos, haja em média a perda de 1 % de funcionalidade por ano*”. Podemos distinguir dois tipos de envelhecimento: o primário ou normal, que não resulta de acidente ou doença, mas que é inevitável, fazendo parte do processo de diminuição funcional e orgânica desta fase da vida; o secundário ou patológico, que resulta de situações que podem abalar um processo normal, onde se incluem as situações de doença.

Figura 33 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
	Sistema cardiovascular
Células e tecidos	Sistema respiratório
Composição global do corpo e peso corporal	Sistema renal e urinário
Músculos ossos e articulações	Sistema gastrointestinal
Pele e tecidos subcutâneos	Sistema nervoso e sensorial
Tegumentos	Sistema endócrino e metabólico
	Sistema imunitário
	Ritmos biológicos e sono

Fonte: *Pessoas Idosas: uma abordagem global* (Berger e Poirier, 1995). - artigo Rosa M Martins 2001

Neste processo de envelhecimento as competências intelectuais mais afectadas são:

- ✓ A capacidade de interpretar a informação não verbal (gestos, expressões faciais,...);
- ✓ A capacidade de reagir com eficácia e rapidez perante novas situações;
- ✓ A aquisição de novos conceitos e a aplicação dos conceitos existentes;
- ✓ A aptidão de organizar informações e concentração;
- ✓ O raciocínio abstracto.

Ao nível das competências psicomotoras e das actividades perceptivas, as menos afectadas são a capacidade prática de resolução de problemas. O envelhecimento físico torna as pessoas mais vulneráveis na vivência da idade avançada: com deterioração sensorial (particularmente, visão e audição), doenças, dor, problemas de memória, mobilidade e relacionamento social (Heikinnen, 2000).

Há ainda que ter em atenção os problemas derivados de deficiências auditivas e visuais, assim como os problemas de saúde oral, os problemas resultantes da doença de Parkinson que é superior sete vezes entre a população com 65 anos e a população de 85 e mais anos. O mesmo se passa com a demência que aumenta de 1% aos 65 anos para 30 % aos 85 anos.

Deverá salientar-se também que muitas doenças e acidentes sofridos pelos idosos, não sendo fatais, podem causar deficiências e incapacidades com conseqüências psicológicas ligadas à fragilidade e insegurança e perda de autonomia e independência.

Na sequência do referido anteriormente podem-se resumir como principais problemas de saúde dos idosos os que constam do seguinte quadro:

Figura 34 – Principais Problemas de Saúde dos idosos

Sistema Nervoso Central	Demências Doenças neurológicas Padrões de sono Delírium Depressões
Aparelho Locomotor	Limitações físicas incapacitantes Artropatias Imobilidade Instabilidade postural / quedas Reumatismos
Sistema Cardiovascular	Arteriosclerose Hipertensão Cardiopatias
Sistema Respiratório	Afecções pulmonares
Sistema Urinário	Incontinência Perturbações renais

Fonte: artigo de Rosa M Martins 2001

Apesar de uma importante parcela deste grupo etário considerar estar bem de saúde e de se verificar alguma variabilidade de opinião relativamente às alterações mais prevalentes nos idosos, persiste a ideia que a maioria dos problemas de saúde são de carácter crónico e que, portanto, vão perdurar 15, 20 ou mais anos.

Aos factores físicos acresce, ainda, a situação de vulnerabilidade psico-emocional com alterações da auto-imagem, perda de controlo sobre o corpo e sobre o ambiente e diminuição auto-estima, uma vez que a capacidade de ultrapassar as dificuldades e obstáculos de uma forma independente está mais limitada em resultado da fisiologia do envelhecimento.

V.2 - O FENÓMENO DA DEPENDÊNCIA

Também os factores sócio demográficos têm influência. Quem vive só está mais sujeito a situações de solidão e de isolamento, situação mais comum entre os muito idosos (não sendo um efeito do factor idade, mas de factores que lhe estão associados tais como a deterioração da saúde).

Os avanços da medicina permitiram o aumento da esperança de vida, que contudo não é sinónimo da eliminação de situações de dependência e incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento. Como refere Capello (2001), as doenças crónicas que têm maior incidência junto da população idosa são a diabetes, as cardiopatias e os problemas osteo-articulares, seguidas da hipertensão arterial, da amputação dos membros, da paraplegia, do cancro e da doença renal.

Um dos grandes problemas prementes no processo de envelhecimento é 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 actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”⁹.

Em Portugal, subsistem dois tipos de redes de suporte a situações de dependência:

- ✓ *Rede informal – cuidadores informais* – refere-se a elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal.
- ✓ *Rede formal de Protecção Social* – que inclui os serviços disponibilizados através de serviços e equipamentos sociais.

O panorama dos cuidados informais tem vindo a modificar-se, devido a um conjunto de factores demográficos, que não é desadequado salientar:

- ✓ A redução na taxa de natalidade, que se repercute na diminuição do número de filhos;
- ✓ O aumento do número de divórcios, fazendo frequentemente diminuir proximidade física dos elementos da família;
- ✓ O aumento do número de mulheres com carreiras profissionais, que condiciona a sua disponibilidade para apoiar e ter a cargo doentes que necessitem de cuidados prolongados;

⁹ Decreto-lei n.º 265/99 de 14 de Julho (prestação pecuniária - Complemento por dependência).

- ✓ O aumento da esperança de vida, que aumenta o número de anos em que este apoio é necessário;
- ✓ O aumento de população idosa, que aumenta o universo de pessoas a precisar de cuidados.

Devido a alguns destes factores assistir-se-á a uma diminuição do número de familiares disponíveis para acompanhar os seus familiares doentes e as famílias que vão passar mais anos a cuidar dos seus pais do que dos seus filhos. A prestação de cuidados vai ser prestada de um modo frágil devido a uma menor disponibilidade dos membros da família para assumirem esse papel e os cuidadores típicos (filhos e cônjuges), serão também eles, velhos no momento do cuidar.

O acto de cuidar é uma actividade complexa com implicações a nível familiar, social e de saúde, pelo que os cuidadores principais necessitam de ajuda física, de apoio emocional para fazer face aos aspectos negativos da doença. Se, por um lado se pode ter uma ideia do início da prestação de cuidados, por outro, jamais será possível prever a sua duração. *“O Cuidador confronta-se com um conjunto de dúvidas que habitualmente estão relacionadas com o futuro e segurança dessa pessoa.”*

A doença é sempre uma situação de crise, que produz efeitos no doente e na família, podendo provocar sintomas e comportamentos, tais como sobrecarga, stress, fadiga, frustração, depressão, alteração da auto-estima. No entanto, também poderá representar uma fonte de satisfação, encarando-se esta prestação como uma oportunidade de expressar amor e afecto pelo familiar doente, afastando a eventual possibilidade de uma institucionalização, desenvolvimento de novos conhecimentos e crescimento pessoal.

V.3 - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS

O conceito e o perfil de “cuidador” ainda não se encontram bem definidos em Portugal, embora as suas funções sejam praticadas fundamentalmente no âmbito das redes informais. Esta questão deve merecer a atenção das entidades mais directamente envolvidas nesta problemática, com vista a chegar-se a um consenso quer quanto à designação quer quanto ao conteúdo do seu perfil.

A carreira do cuidador envolve três grandes grupos de necessidades:

- ✓ Materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços)
- ✓ Emocionais (suporte emocional)
- ✓ Informativas (direitos, deveres, como efectuar os cuidados)

Convém, não obstante, referir que as necessidades do cuidador vão depender do grau de dependência do familiar e do seu estado de saúde, uma vez que o próprio cuidador pode, também, padecer ele mesmo de uma doença crónica, de não ter capacidade económica, ter uma actividade profissional e recorrer, ou não, aos serviços de apoio.

Segundo o estudo de Avaliação das Necessidades Seniores, realizado em 2008, pela CEDRU, o crescimento do sector de prestação de cuidados a idosos tem tendência a aumentar, em consequência de um menor envolvimento das famílias e de uma maior receptividade das gerações mais novas em recorrer a serviços pagos e a uma situação de institucionalização.

Actualmente, o recurso às respostas formais é motivado pela redução do número de familiares disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadores, pelo que este tipo de apoios tem vindo a aumentar. Existem os seguintes equipamentos e serviços de apoio à população idosa: Acolhimento Familiar, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Residência, Lar e Serviço de Apoio Domiciliário.

As respostas que têm tido maior investimento por parte do sector público são o Serviço de Apoio Domiciliário, o Lar de Idosos e o Centro de Dia, que em 2009 representavam cerca de 90 % das respostas às necessidades dos idosos.

Conforme já anteriormente foi focado foi elaborado no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, um Programa Nacional de Saúde para Idosos que partia dum objectivo que *“Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento económico do país”*.

É, assim, fundamental considerar o envelhecimento ao longo da vida com uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, sendo para isso importante a prática de exercício físico conveniente, não fumar, consumo moderado de álcool, manutenção e participação social, etc.

Esta promoção de um envelhecimento saudável respeita a múltiplos sectores, que incluem a saúde, a educação, a segurança social, o trabalho, os aspectos

económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, cultura, etc.

Recorde-se que o interior do nosso país se encontra muito mais envelhecido que o litoral o que obriga naturalmente a se dispor de meios adequados em apoio social e saúde que passam pela existência de profissionais em diversos domínios, existência de equipamentos de saúde e apoio social e a criação de condições de mobilidade. Não se pode ignorar que quanta mais elevada é a idade mais os idosos sentem dificuldades nos domínios em estudo, mais sujeitos estão a acidentes no lar ou nas actividades de lazer e mais carenciados se encontram de apoio. Estes factores encontram-se condicionados pelo seu rendimento ou pelas disponibilidades financeiras.

Os condicionantes existentes em termos de saúde derivadas de doenças não transmissíveis e de evolução prolongada como reflexo das suas características incapacitantes tornam em geral os idosos menos independentes. Os problemas e as dificuldades das suas próprias famílias têm sobre os idosos efeitos psicológicos e traumáticos graves.

Se o problema de saúde dos idosos é um problema chave que implica a existência de condições para se conseguir um envelhecimento activo, com vantagens para os idosos e sociedade, existem factores condicionantes que ao longo deste estudo têm sido focados. Não é de desprezar o modo com muitas vezes a sociedade em geral e as estruturas sociais e respectivos técnicos tratam os idosos, nomeadamente aqueles que apresentam menos recursos financeiros.

Não se pode esquecer que, em geral, a passagem das pessoas para situações não activas envolve uma redução de rendimentos que afecta, nomeadamente, os pensionistas mesmo em situações que não sejam de crise como a que actualmente estamos a viver. Como esta situação também afecta as famílias isto dá origem a muitas vezes a um quase abandono pelas famílias dos idosos, procurando que os mesmos, logo que comecem “*a dar problemas de natureza física ou financeira*”, sejam “*internados*” em lares contrariando quase sempre o desejo do próprio idoso.

Os equipamentos de apoio social têm aqui um papel essencial, nomeadamente as estruturas que permitam aos idosos manter uma certa autonomia e tornem convidativo a utilização, por exemplo, de centros de dia.

Recorde-se, por exemplo, as boas práticas de muitas entidades que, nomeadamente para idosos de idades mais baixas, apresentam programas de lazer e convívio com certa dimensão. Tal é o caso das Universidades de Terceira Idade, da Fundação INATEL ou de muitas estruturas ligadas a Centros Paroquiais.

VI. O SISTEMA DE SAÚDE E DE PROTECÇÃO SOCIAL PARA APOIO A IDOSOS: A SUA CARACTERIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO

VI.1 - O SUBSISTEMA DE SAÚDE PARA APOIO A IDOSOS

Embora o conceito de Envelhecimento Activo implique uma intervenção multidisciplinar e interdisciplinar, exige da parte dos Serviços de Saúde uma adaptação específica às novas exigências de cuidados de saúde a prestar à população idosa que se prevê venha a aumentar ainda mais a partir da presente década em Portugal, à semelhança de outros países da Europa.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, criado por Despacho Ministerial de 8 de Janeiro de 2004, e publicado na Circular Normativa nº 13/DGCG, de 2 de Julho de 2004, e que “pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral obter ganhos em anos de vida com independência”, tem vindo a integrar vários dos aspectos mais importantes referentes à saúde das pessoas idosas, através de programas específicos, nomeadamente: “Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas” e “Saúde Oral das Pessoas Idosas”.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas tem por base os seguintes pilares fundamentais:

- ✓ *“Promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida*
- ✓ *Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos*
- ✓ *Promoção e desenvolvimento, intersectorial, de ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos”.*

Ainda no quadro do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 insere-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, que veio permitir dar resposta a alguns dos aspectos identificados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, referentes a insuficiências na prestação de cuidados de saúde aos idosos.

Analisando a situação da RNCCI que se verificava, em 31 de Dezembro de 2010, constata-se que o total de camas em funcionamento era de 4 625, das quais 14,7% pertenciam à tipologia de convalescença, 32,4% a média duração e reabilitação, 49,4 % respeitavam a longa duração e manutenção e 3,4% à tipologia de paliativos. Encontra-se previsto no plano de implementação, um total de 5 386 camas.

Figura 35 – Número de camas contratadas em funcionamento por tipo de unidades e respectiva estrutura até 31/12/2010

Tipologias de internamento	Número de camas	Percentagem
Convalescença	682	14,7
Média duração e reabilitação	1497	32,4
Longa duração e manutenção	2286	49,4
Paliativos	160	3,4
Total	4625	100,0

Fonte: Relatório RNCCI, 2010

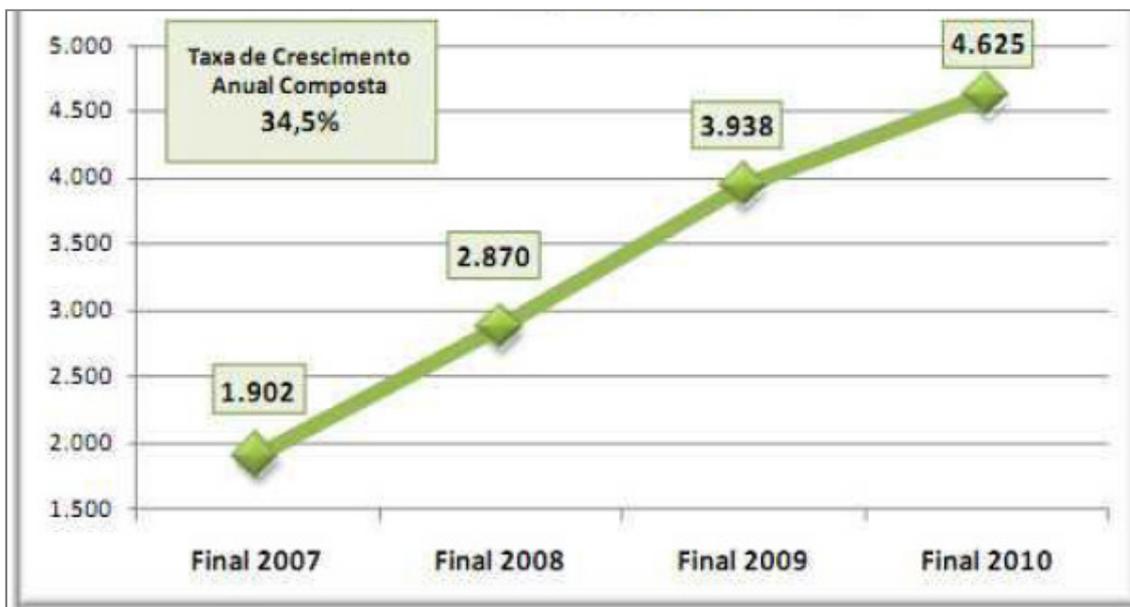
Em termos de evolução constata-se conforme quadro e gráfico que a seguir se apresentam que o número de camas disponíveis no RNCCI tem registado aumento, sendo o seu valor, em 2007, de 1902 o que significa ter-se verificado um crescimento até 2010 de 144,6 %.

Figura 36 – Evolução do número de camas contratadas

Tipologia de Internamento	N.º camas contratadas até 31.12.09	N.º camas contratadas até 31.12.10	Aumento	Varição
UC	625	682	57	9,1%
UMDR	1253	1497	244	19,5%
ULDm	1942	2286	344	17,7%
UCP	118	160	42	35,6%
TOTAL	3.938	4.625	687	17,4%

Fonte: Relatório da RNCCI - 2010

Figura 37 – Evolução dos lugares de internamento



Fonte: Relatório da RNCCI - 2010

Refira-se que resultando as camas disponibilizadas na RNCCI de acordos celebrados com entidades prestadoras, até a 31 de Dezembro de 2010, tinham sido celebrados 218 acordos, sendo 27 acordos celebrados com o SNS, 116 com Santas Casas de Misericórdia, 35 com outras IPSS e 40 com entidades privadas com fins lucrativos (ver Figura 38).

No que respeita ao número de camas por acordo há a registar o peso significativo do total de IPSS com cerca de 66 % da oferta e destas as Misericórdias que totalizavam 48 % do total de camas, enquanto o SNS abrange 12 % do total de acordos e 9 % do total de camas.

Figura 38 – Número de acordos e camas por entidade prestadora

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas	% camas por acordos celebrados
		(31.12.10)		(31.12.10)	
SNS		27	12%	425	9%
IPSS	SCM	116	53%	2.241	48%
	OUTRAS	35	16%	823	18%
TOTAL IPSS		151	69%	3.064	66%
PRIVADA com fins lucrativos		40	18%	1136	25%
TOTAL		218		4.625	

Fonte: Relatório da RNCCI – 2010

Passando a uma análise do número de camas/100 000 habitantes da população de 65 e mais anos, verifica-se que apenas a 0,01% da população lhes é oferecido camas para cuidados paliativos e 0,04% para convalescença, para um rácio total de 0,06.

Figura 39 – Número de camas contratadas, em funcionamento até 31/12/2010 por tipo Unidades para a população de 65 e mais anos

	Habitantes 65 e +anos	Total de camas	Total camas por 100000 habitantes de 65 e +anos
Total	1 628 596	4625	284
UC		682	42
UMDR		1497	92
ULDm		2286	140
UCP		160	10

Fonte: Relatório da RNCCI 2010

Tipologias de internamento

As diferentes unidades de internamento na RNCCI caracterizam-se pelas seguintes condições:

1. Unidade de Convalescença

Situações de dependência que apresentem alguma das seguintes condições com tempo de internamento igual ou inferior a 30 dias:

- doente que necessite cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- reabilitação intensiva;
- alimentação por sonda nasogástrica;
- tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- manutenção e tratamento de estomas;
- ajuste terapêutico e/ou de administração terapêutica, com supervisão continuada;
- suporte respiratório (oxigenoterapia, aspiração de secreções);
- síndromes potencialmente recuperáveis a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial e da locomoção.

2. Unidade de internamento de média duração

Situações de dependência que apresentem alguma das seguintes condições e tempo de internamento com duração até 90 dias:

- doente que necessite de cuidados de enfermagem permanentes, e requeira acompanhamento médico temporário;
- reabilitação intensiva;
- suporte respiratório (aspiração de secreções, oxigenoterapia, ventilação não invasiva);
- prevenção e tratamento de úlceras;
- manutenção e tratamento de estomas;
- síndromes potencialmente recuperáveis a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial e da locomoção.

3. Unidade de internamento de longa duração:

Situações de dependência que apresentem alguma das seguintes condições e tempo de internamento superior a 90 dias:

- necessidade de cuidados médicos e de enfermagem planeados, mas não permanentes;
- défice de autonomia nas actividades de vida diária;
- dificuldades de apoio familiar ou cujo cuidador tem necessidade de descanso;
- patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional.

4. Unidades de Cuidados Paliativos

Situações de dependência que apresentem alguma das seguintes condições:

- Doente portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base;
- Necessidade de descanso do principal cuidador do doente paliativo, devidamente avaliada e documentada pela entidade que faz o pedido da admissão.

Integrando também a RNCCI, existem as ECCI (equipas de cuidados continuados e integrados) que são uma tipologia de resposta, de prestação de cuidados, da RNCCI, enquadrada na prestação de cuidados de saúde primários.

Sempre que existam Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) no Agrupamento de Centros de Saúde, as ECCI são parte integrante destas unidades funcionais e compete-lhes:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, regulares e ter por base as necessidades detectadas;
- Cuidados de reabilitação;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Pessoas Referenciadas

Em 2010, foram referenciadas para a RNCCI cerca de 24 000 pessoas observando-se para cada tipologia o seguinte número de pessoas: ECCI – 3 475; UC – 5 903; UCP – 2 593; ULDM (Unidade de longa Duração e Manutenção) – 5 550; UMDR Unidades de Média Duração e Reabilitação) – 6 483.

Segundo o gráfico que a seguir se apresenta, existe um crescimento acentuado de utentes referenciados entre 2009 e 2010 (47 %).

Figura 40 – Número acumulado de utentes referenciados



Note-se que 30,8 % foram referenciados pelos Centros de Saúde e 69,2% pelos Hospitais, tendo sido identificados como motivos de referenciação, em 2010, fundamentalmente a dependência AVD, ensino utente/ cuidador informal, reabilitação e cuidados pós-cirúrgicos.

Figura 41 – Motivos de referenciação 2010

Motivos de Referenciação 2010						
	UC	UMDR	ULDM	ECCI	UCP	Nacional
MOTIVOS						
Dependencia AVD	92%	94%	89%	84%	78%	90%
Ensino utente/Cuidador informal	88%	86%	80%	91%	74%	85%
Reabilitação	86%	83%	28%	27%	3%	59%
Cuidados pós-cirúrgicos	39%	20%	5%	20%	4%	21%
Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão	6%	8%	19%	44%	9%	15%
Doença Cardiovascular	15%	19%	15%	16%	3%	15%
Gestão regime terapêutico	4%	4%	23%	13%	56%	13%
Ulceras de pressão múltiplas	2%	5%	11%	16%	4%	7%
Descanso do Cuidador	1%	4%	30%	2%	5%	7%
Manutenção de dispositivos	2%	2%	15%	7%	9%	5%
Cuidados pós-traumáticos	4%	4%	2%	3%	0%	3%
Deterioração Cognitiva	1%	2%	7%	4%	4%	3%
DPOC	2%	2%	3%	3%	2%	3%

Fonte: Relatório da RNCCI - 2010

Quanto ao perfil dos utentes da RNCCI, há a destacar que em 2010 cerca de 80 % dos utentes referenciados tinham mais de 65 anos, representando o grupo etário com idade superior a 80 anos cerca de 40 % dos utentes. Consta-se que há um maior peso de utentes do sexo feminino (54 %) para um peso de utentes do sexo masculino de 46 %, mantendo-se praticamente estabilizados estes valores.

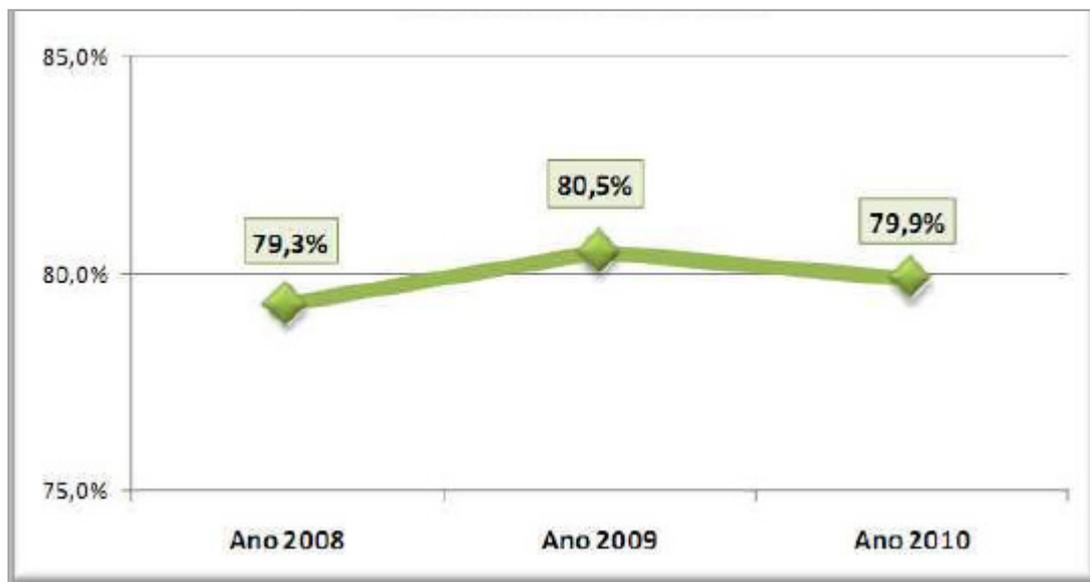
Figura 42 – Distribuição dos utentes por sexo e grupo etário - 2010

Grupo etário	Total	Masculino	Feminino
18-49 anos	6,0	4,0	2,0
50-64 anos	14,0	8,0	6,0
65-79 anos	40,0	19,0	21,0
80 e + anos	40,0	15,0	25,0
Total	100,0	46,0	54,0

Fonte: Relatório da RCCI - 2010

No referente à percentagem de utentes com mais de 65 anos da RNCCI, nota-se uma quase estabilização da mesma; contudo em 2010 houve uma diminuição quando comparada com 2009.

Figura 43 – Utentes com idades acima dos 65 anos - evolução



Fonte: Relatório da RNCCI - 2010

Há ainda que referir, no âmbito da RNCCI, os cuidados continuados e integrados de saúde mental (CCISM), criados pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro que serão implementados progressivamente através de experiências piloto que abrangem também as pessoas idosas, conforme Despacho n.º 8677, de 2011.

No âmbito da interligação do sistema de saúde com entidades públicas ou privadas que se encontram envolvidas na problemática do envelhecimento, existem alguns projectos que podem ser considerados bons exemplos de acções desenvolvidas com este enquadramento. O Projecto Cidades Amigas das Pessoas Idosas, de que Lisboa é exemplo – Acordo de Cooperação Direcção Geral da Saúde/ Câmara Municipal de Lisboa, de 4 de Novembro de 2008, abrange temáticas relacionadas com o envelhecimento activo e tem como parceiro o Ministério da Saúde.

Principais estrangulamentos

A intervenção dos serviços de saúde de apoio a idosos, centra-se ainda demasiado no tratamento da doença e na recuperação. É, portanto, uma intervenção baseada essencialmente na alteração do estado de saúde do idoso.

Este maior investimento na intervenção baseada na doença, deve-se sobretudo à escassez de recursos humanos, que não permite um planeamento da intervenção dirigida à prevenção primária, nem uma abordagem integrada da saúde do idoso. Este tipo de intervenção exige um investimento a médio/longo prazo, e os recursos são já escassos para dar resposta às situações de doença manifesta, e mesmo nestas, quando implicam uma situação de maior vulnerabilidade identificada, nem sempre são suficientes para responder de modo a prevenir consequências futuras dessa vulnerabilidade.

Este aspecto é sobremaneira importante porquanto, por exemplo a esperança de vida sem incapacidade, acima dos 65 anos, em Portugal, é inferior à média estimada para os países da União Europeia, e um dos factores determinantes desta incapacidade mais precoce é a falta de actividade física moderada regular.

São ainda muitos os constrangimentos dos serviços de saúde neste âmbito, alguns deles relacionados com estrangulamentos na própria RNCCI e outros com aspectos por vezes até externos aos próprios serviços de saúde.

Se há situação em que a articulação intersectorial é primordial, é precisamente na abordagem e resposta às necessidades específicas dos idosos. Do mesmo modo que é, hoje em dia, impensável assegurar as necessidades em saúde das crianças sem se contar com a participação e colaboração das famílias e das escolas, é igualmente indispensável contar com a colaboração e articulação com as famílias e as instituições prestadoras de cuidados relativamente aos idosos.

Apesar de alguns destes aspectos virem já sendo abordados através de programas e projectos específicos, muito há ainda a fazer de forma a melhorar o contributo dos serviços de saúde para o envelhecimento activo da população portuguesa.

Como já tivemos oportunidade de referir, a prestação de cuidados à pessoa idosa tem de ser forçosamente baseada na intervenção multidisciplinar e esta implica necessariamente uma boa articulação interinstitucional. Esta articulação apresenta duas vertentes: a articulação entre diferentes entidades dos serviços de saúde e a articulação com entidades externas aos serviços de saúde.

No que respeita à articulação entre os serviços de saúde e o sistema de cuidados continuados integrados, podem apontar-se como principais estrangulamentos:

- ✓ Alguma discrepância ao nível da referenciação entre diferentes níveis de cuidados, a qual nem sempre está a ser feita para o nível de unidade de internamento mais correcto, o que leva à sobrelotação de algumas unidades;
- ✓ Por vezes os próprios critérios de referenciação não são observados – referenciação de pessoas que não apresentam necessidade de cuidados de saúde mas apenas de cuidados de âmbito social e que como tal não devem ser referenciadas para a RNCCI. Estes aspectos levam a uma ocupação indevida das vagas que acarreta por sua vez uma diminuição apreciável da capacidade de resposta global;
- ✓ Uma situação infelizmente cada vez mais frequente é o abandono do idoso por parte da família a partir do momento em que este é integrado num destes níveis de cuidados de saúde, o que implica o prolongamento da assistência, por vezes muito para além do necessário, do ponto de vista de saúde e inviabiliza um bom funcionamento do sistema;
- ✓ Os canais de articulação nem sempre se encontram bem definidos, levando a que situações identificadas não sejam referenciadas, ou o sejam tardiamente.

Quanto à articulação com entidades externas aos serviços de saúde os principais problemas são:

- ✓ Desconhecimento da possibilidade de articulação de e para a saúde, que por vezes é mesmo desconhecimento da capacidade de algumas instituições para dar o seu contributo;
- ✓ Falta de definição clara de canais de articulação;
- ✓ Falta de articulação tendo como objectivo a intervenção em determinantes da saúde do idoso que não dependem apenas, ou não dependem de todo, dos serviços de saúde;
- ✓ Falta de articulação para encaminhar correctamente situações de violência, negligência ou abuso identificadas pelos serviços de saúde.

Deve-se ainda referir outro constrangimento para os idosos ligado com as dificuldades específicas de acessibilidade aos serviços de saúde dessa população que são bem conhecidas, e que se prendem com os seguintes factores:

- ✓ Deslocação – as dificuldades de deslocação dos idosos podem ter causas motoras e/ou mentais; de um modo geral as pessoas idosas têm maior dificuldade na sua movimentação e nem sempre existem meios de transporte eficazes, e por vezes não existem de todo transportes públicos da área de

residência do idoso para a área dos serviços de saúde. Muitos dos idosos não conseguem deslocar-se sem ser acompanhados;

- ✓ Barreiras arquitectónicas – existentes ainda na maioria dos serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários que funcionam na maioria das vezes em edifícios de habitação adaptados; as barreiras arquitectónicas verificam-se também ao longo do percurso até aos serviços de saúde;
- ✓ Atendimento – por falta de formação do pessoal dos serviços de saúde para o atendimento eficaz do idoso, logo no contacto administrativo;
- ✓ Custo – inclui o referente às deslocações, aos medicamentos e às próprias consultas para os que não estão isentos das taxas moderadoras.
- ✓ Informação – apesar de existir já muita informação disponível relativa a saúde dos idosos e ao conceito de Envelhecimento Activo, existe uma lacuna importante na capacidade de difusão dessa informação junto dos profissionais de saúde e das pessoas idosas; a informação disponibilizada nos *sites* dos vários organismos dos serviços de saúde, embora seja facilmente acessível, do ponto de vista técnico, para a maioria dos profissionais de saúde, a verdade é que não existe uma cultura entre estes profissionais de a procurarem, e o mesmo se verifica relativamente a outras fontes de informação na *web*; a informação destinada às pessoas idosas existe sob forma de recomendações de vária ordem, mas não se encontra habitualmente acessível à maioria dos idosos. Para esta população não basta que exista informação disponível, ela tem de ser levada até junto das pessoas, e poucos são ainda os locais onde tal é feito com eficácia.

VI.2 - O SUBSISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL PARA APOIO A IDOSOS

O estudo prospectivo das necessidades da população idosa em matéria de serviços sociais e as suas implicações ao nível dos empregos e competências futuras exige uma análise prévia da situação actual, sempre que possível, contextualizada na dinâmica do passado recente.

Tendo em conta a relativa juventude do sistema público de segurança social português é possível enquadrar um conjunto de alterações que se observou no passado recente como o processo natural de desenvolvimento da acção social, nomeadamente no que

se refere ao aumento da capacidade de respostas das instituições sociais, no aprofundamento da cooperação entre Estado e agentes privados, na (re)definição de critérios de qualidade e promoção de processos de certificação, entre outros. Não obstante, as especificidades ao nível da arquitectura do sistema e da dinâmica subjacente à efectivação dos princípios da universalidade, da co-responsabilização social e da diferenciação positiva, constituem elementos chave para se reflectir sobre os serviços sociais em Portugal no presente e no futuro.

Respostas sociais consideradas

Para a população idosa as valências mais estruturantes, i.e. com maior capacidade de resposta e nas quais tem sido realizada uma maior aposta em termos de investimento e de apoio público ao funcionamento, são:

- Serviço de Apoio Domiciliário,
- Lar de Idosos,
- Centro de Dia.

Em 2009, estas três valências representavam cerca de 90 % do universo de respostas sociais para os idosos em Portugal e 88 % dos utentes.

Não obstante, há outras valências com expressão nos cuidados a idosos, em particular os Centros de Convívio, que representavam cerca de 7 % das respostas sociais para este grupo-alvo. Recentemente, tem sido realizada uma aposta na valência Residência.

Assim, há ainda a considerar no panorama da área de intervenção da Segurança Social: Centros de Convívio Centro de Noite e Residências.

Na área de intervenção das pessoas adultas em situação de dependência existem três valências especializadas:

- Apoio Domiciliário Integrado;
- Unidade de Apoio Integrado;
- Serviço de Apoio Domiciliário (para pessoas em situação de dependência).

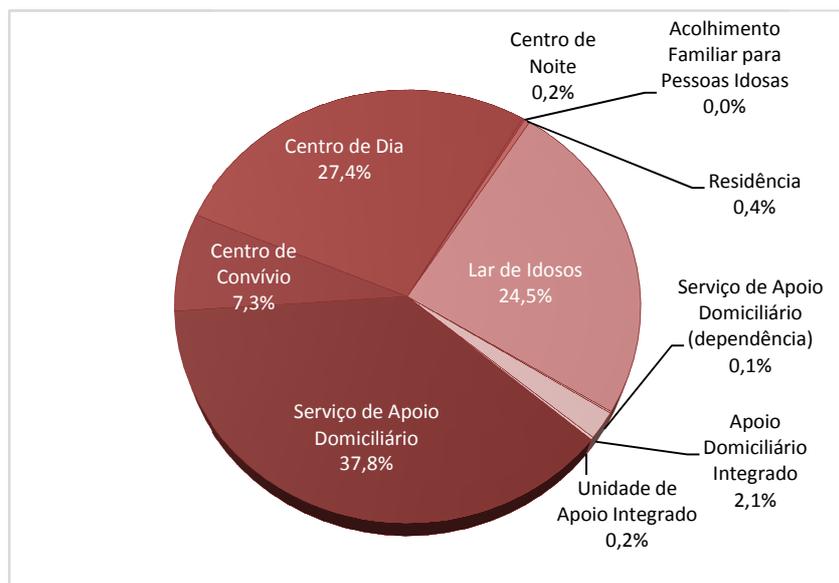
As duas primeiras valências constituem respostas de intervenção integrada entre a Segurança Social e a Saúde e terão de se enquadrar em conjunto com a análise da Rede de Cuidados Continuados Integrados.

O Anexo 4 apresenta informação relativa aos conceitos, objectivos e destinatários deste conjunto de valências de acordo com as Nomenclaturas e Conceitos definidos em matéria de Acção Social.

Respostas sociais existentes em Portugal e sua distribuição

No seu conjunto, englobando as diversas naturezas jurídicas (Pública, Privada sem Fins Lucrativos e Privada Lucrativa), Portugal tinha em 2009 cerca de 41 750 respostas sociais direccionadas para idosos (97,5 %) e pessoas adultas em situação de dependência (2,5 %).

Figura 44 – Respostas sociais direccionadas para idosos



Fonte: GEP/MSSS, Relatório da Carta Social, 2009

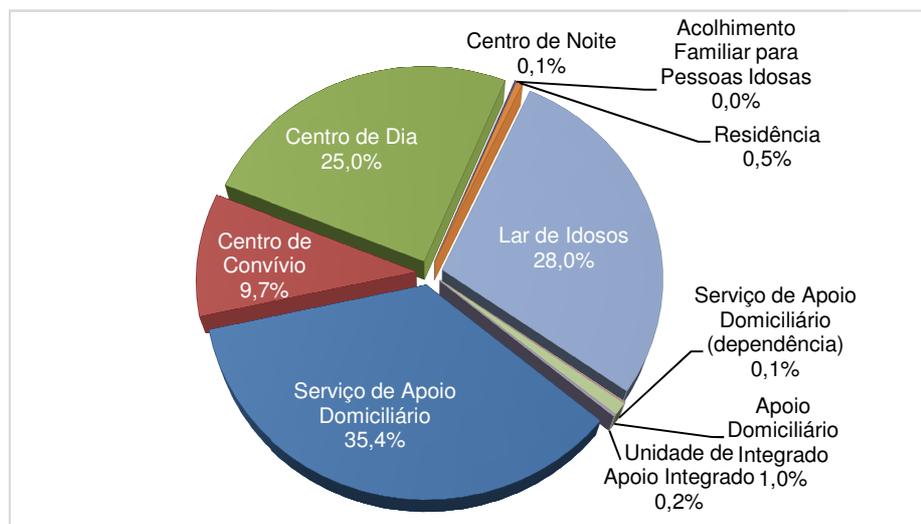
Considerando as duas áreas de intervenção referidas, Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência, a representatividade das respostas sociais é ilustrada na Figura 45.

Para além do número e distribuição das valências, para se obter um quadro geral de caracterização das respostas sociais é necessário conhecer a sua capacidade, utilização e a sua organização em termos de natureza jurídica das entidades proprietárias dos equipamentos sociais que suportam a prestação dos serviços sociais aos utentes (Anexo 4).

Número máximo de utentes da RSES

No ano de 2009 as respostas sociais para idosos e pessoas em situação de dependência em funcionamento em Portugal Continental tinham capacidade para prestar serviços a cerca de 247 800 utentes. Mais de um terço dessa capacidade era disponibilizada em Serviços de Apoio Domiciliário, seguindo-se o apoio em instituição, Lar de Idosos e num terceiro nível o Centro de Dia.

Figura 45 – Respostas sociais para idosos e pessoas em situação de dependência



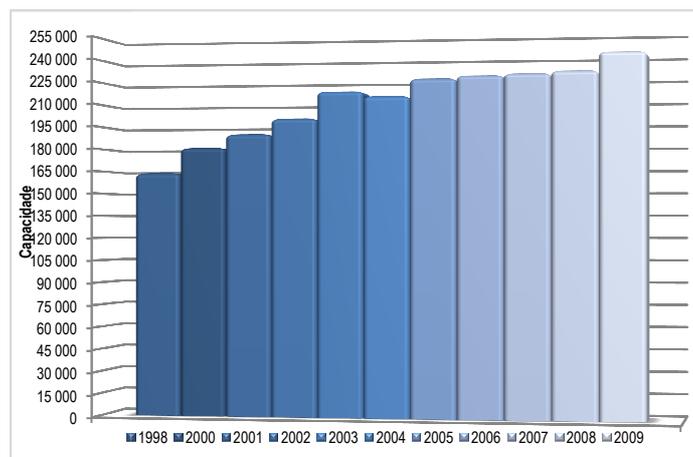
Fonte: GEP/MSSS, Relatório da Carta Social, 2009

Em 2009, o número de utentes dos serviços sociais em análise rondavam os 211 250, representando em média 85% da capacidade instalada. Para as respostas sociais mais representativas os níveis médios em termos nacionais variavam entre os 97% nos Lares de Idosos e os 68 % nos Centros de Dia. Esta diferença entre a capacidade instalada e o grau de utilização está relacionada com algum desajustamento entre a procura e a oferta, fundamentalmente em termos geográficos, na medida em que se constata a existência de filas de espera para entrada nalgumas valências, nomeadamente Lares de Idosos. Este desajustamento é mais acentuado nas zonas urbanas.

Relação entre a capacidade e a população-alvo

Segundo o Relatório da Carta Social de 2009, a capacidade existente nas três principais respostas sociais (Lar de Idosos, SAD e Centro de Dia) e nas Residências correspondia a 14,7 % da população que não trabalhava com 65 ou mais anos.

Figura 46 – Capacidade instalada



Fonte: GEP/MSSS, Relatório da Carta Social, 2009

Não obstante, considerando as 4 respostas sociais mais representativas (Lar de Idosos, SAD, Centro de Dia e Centro de Convívio), a capacidade de prestar cuidados à população idosa cresceu 48 % nos 11 anos considerados na figura 45 a uma taxa média anual de cerca de 3,6 %.

Por comparação a dinâmica demográfica da população com 65 e mais anos foi mais baixa durante esse período, com um aumento global na ordem dos 18 %.

A conjugação destes percursos permitiu atingir uma taxa de cobertura de 14,7%, em 2009, para a população de 65 e mais anos que não trabalhava

Entre 2009 e 2020 é esperado um crescimento de 17 % na população idosa, representando cerca de 21 % da população residente em Portugal, por comparação com 18 % observados em 2009 e 16 % em 1998. Ainda assim, a manter-se a dinâmica média anual de crescimento da capacidade observada nas 4 respostas entre 1998 e 2009, poder-se-á projectar para 2020 uma taxa de cobertura superior à verificada em 2009.

Note-se que as políticas de promoção da autonomia das pessoas idosas e das características das valências de acção social, os programas públicos de apoio financeiro ao alargamento da rede de serviços e equipamentos sociais têm privilegiado a diferenciação de grupos alvo do seguinte modo:

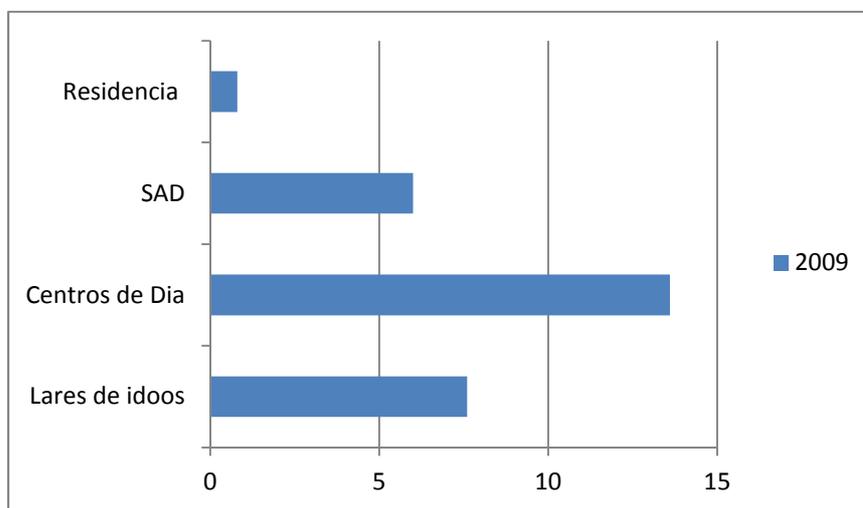
- Centro de Dia: população entre os 65 e os 74 anos;
- Lar de Idosos: população com 75 ou mais anos;

- Serviço de Apoio Domiciliário: população com 65 ou mais anos.

Pela sua diversidade e flexibilidade o SAD tem um vasto grupo-alvo, abrangendo desde as idades com menor probabilidade de incapacidade e dependência até aos grupos etários mais avançados, onde a disponibilidade de recursos familiares poderá funcionar de forma complementar aos cuidados providos por serviços sociais.

Por seu turno, o Centro de Dia terá uma vertente comunitária mais aprofundada para as pessoas que conservam a autonomia e o Lar de Idosos é especialmente direccionado para as idades mais avançadas e as necessidades de cuidados que usualmente lhes estão associadas.

Figura 47 – Taxas de cobertura – 2009



Fonte: GEP/MSSS, Relatório da Carta Social, 2009

Neste contexto, as taxas de cobertura são analisadas separadamente de acordo com os respectivos grupos-alvo.

Principais estrangulamentos

O futuro da protecção social em Portugal, admitindo uma trajectória de convergência face à expressão que este sector atinge no emprego e produto dos Estados Membros da UE, depende de um conjunto de condições e obstáculos que devem ser tidos em conta. De uma forma global estes consubstanciam-se em desafios demográficos (maior longevidade, desertificação do meio rural), desafios funcionais (pressão para a redução da despesa pública, diferenciação positiva, adequação de serviços, qualidade, formação e tecnologia), desafios sociais (pobreza nos idosos, isolamento,

condições de habitação) e desafios de recursos humanos (maior interdisciplinaridade, competências tecnológicas e humanas).

A Acção Social em Portugal, em particular na parceria do Estado com as Entidades Privadas sem Fins Lucrativos exige uma articulação especial na gestão e crescimento da rede de serviços e equipamentos sociais, tendo em conta as estruturas representativas das organizações e a convergência de agendas nos planos da qualidade, da sustentabilidade financeira, da diferenciação positiva no acesso, entre outros. A maior procura de cuidados de saúde e a pressão sobre a redução da despesa pública são outros factores que condicionam as respostas sociais no âmbito do envelhecimento demográfico.

Ao nível dos cuidados a idosos, na sua maioria prestados por instituições de solidariedade, a escassez de oferta é uma das principais condicionalidades actuais, quando se considera quer os níveis de cobertura existentes, quer as dinâmicas de envelhecimento que se projectam para a população portuguesa. Ainda assim, com o crescimento da rede de serviços e equipamentos, as necessidades de planeamento no alargamento da oferta e na adequação das respostas existentes assumem outra dimensão, em especial num contexto em que à iniciativa privada de cariz solidário é imprescindível aliar sustentabilidade, flexibilidade e inovação que possibilitem que a qualidade na provisão de serviços sociais acompanhe a evolução e desenvolvimentos sociais.

VI. 3 - A CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM CADA SUBSISTEMA

VI.3.1 - SUBSISTEMA DE SAÚDE PARA APOIO A IDOSOS

Naturalmente que não é em geral possível identificar os recursos humanos no sistema de saúde para apoio a idosos, visto os profissionais de saúde cuidarem dos utentes que se dirigem às diferentes estruturas de saúde.

Procurou-se, por isso, fazer uma identificação de todos os profissionais do sistema de saúde, ensaiando para algumas categorias profissionais as especialidades mais interligadas com a saúde dos idosos.

Em 2008, exerciam actividade no Serviço Nacional de Saúde 113 125 profissionais, verificando-se que destes 23,8 % trabalhavam nos Centros de Saúde (SRS) e 76,2 % nos hospitais. Em termos de agrupamentos profissionais verificava-se a distribuição constante do quadro que a seguir se apresenta.

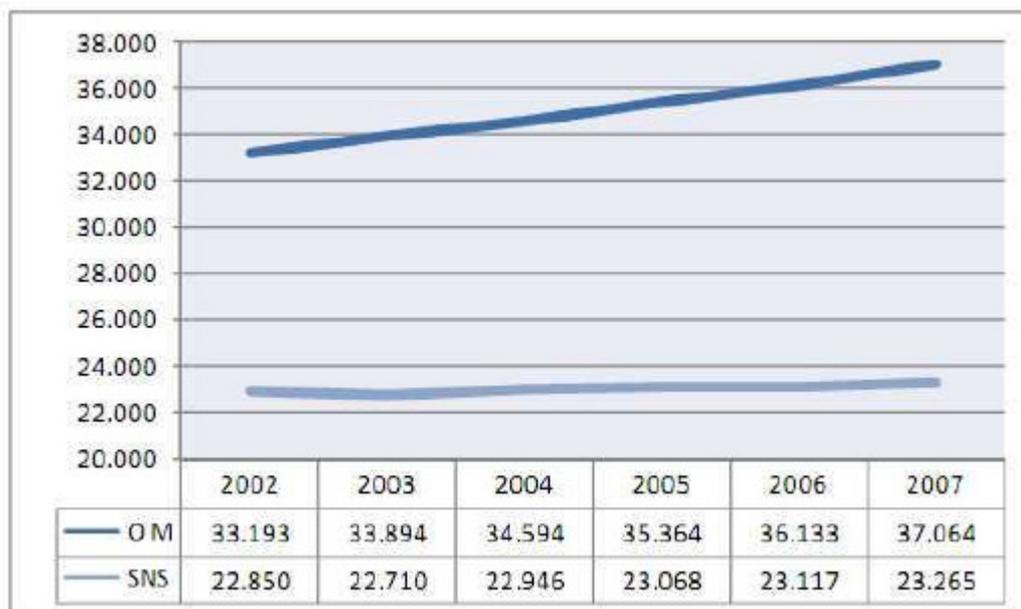
Figura 48 – Agrupamentos Profissionais em 2008

Agrupamentos Profissionais	Total	%	Centros de Saúde	%	Hospitais	%
Total	113 125	100,0	26 905	100,0	86 220	100,0
Pessoal Dirigente	761	0,7	143	0,5	618	0,7
Pessoal Médico	23 003	20,3	6 580	24,5	16 423	19,0
Pessoal Técnico Superior de Saúde	1 417	1,3	306	1,2	1 111	1,3
Pessoal de enfermagem	35 780	31,6	7 116	26,5	28 644	33,2
Pessoal Técnico Diagn. Terapêutica	7 045	6,2	1 000	3,7	6 045	7,0
Pessoal Administrativo	14 736	13,0	6 812	25,3	7 924	9,2
Pessoal dos Serviços Gerais	23 751	21,0	3 242	12,0	20 509	23,8
Outro Pessoal	6 632	5,9	1 706	6,3	4 926	5,7

Fonte: Direcção Geral da Saúde – Estatísticas da Saúde

Passando à análise do pessoal médico verificou-se que, entre 2002 e 2007, de acordo com a Figura 49, apresenta uma certa estacionaridade dos médicos que prestavam serviço no SNS ao mesmo tempo que se verificava um aumento do total de médicos inscritos na respectiva Ordem.

Figura 49 – Evolução comparativa entre os Médicos inscritos na Ordem dos Médicos e os Médicos em exercício no SNS (2002-2007)



Fonte: Relatório 2009 Médicos no SNS

De salientar que em 2008, estavam inscritos na Ordem dos Médicos 43 202 profissionais (Anexo 5) dos quais 12,6 % tinham menos de 31 anos, 66,1 % tinham idades compreendidas entre 31 e 60 anos e 17,5% tinham mais de 60 anos, sendo o total de médicos por 100 000 habitantes de 366 (373 no Continente) Por outro lado, exerciam actividade no SNS, 23 000 médicos ou seja 53,2 %.

Refira-se que, do total de médicos inscritos na Ordem, 48,3 % são do sexo feminino. Contudo se se considerarem, apenas, os médicos com 35 anos ou menos a percentagem de mulheres é de 64,5 %. A participação maioritária de mulheres verifica-se também em muitas especialidades como é o caso de medicina geral e familiar. Contudo, nesta especialidade observa-se uma estrutura etária muito elevada existindo 42 % de médicos com mais de 50 anos.

Por outro lado, existem reconhecidas pela Ordem, 68 especialidades não existindo contudo a especialidade em geriatria.

Referencia-se a seguir, a título de exemplo, algumas especialidades (médicos especialistas) que de algum modo estão relacionadas com a saúde dos idosos:

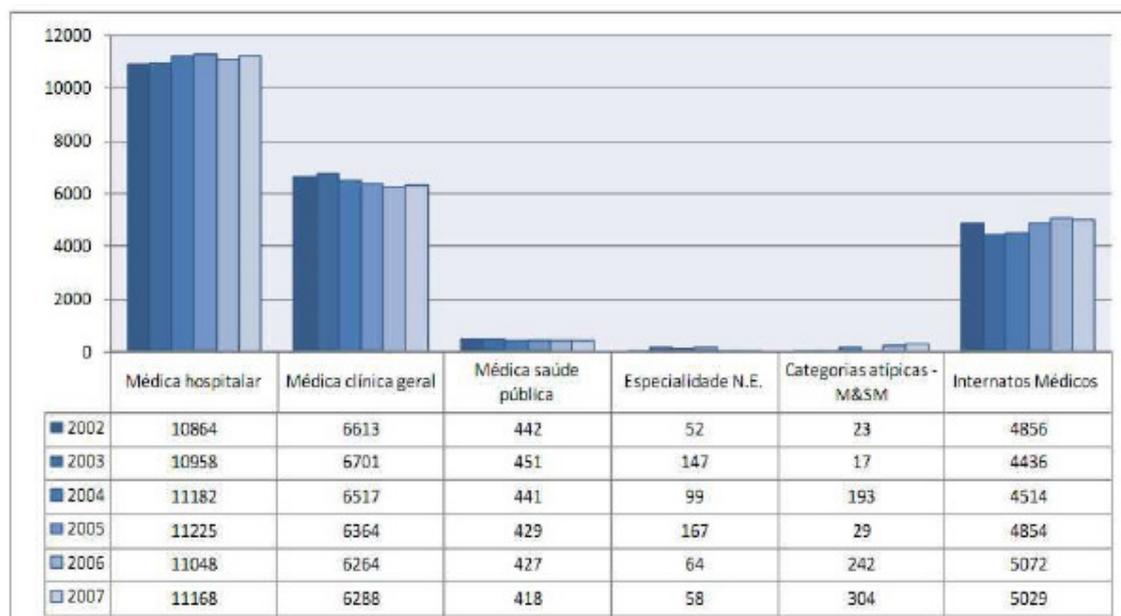
Figura 50 – Número médicos e de habitantes por médico segundo a especialidade

Especialidades	Número	Habitantes/ Médico
Total	43 202	246
Cardiologia	895	11 874
Cirurgia Geral	1 452	7 319
Cirurgia Cardio Torácica	108	98 400
Medicina geral e familiar	5 069	2 097
Doenças Infecciosas	121	87 829
Endocrinologia - Nutrição	182	58 391
Gastroenterologia	442	24 044
Medicina Física e Reabilitação	517	20 556
Medicina interna	1 738	6 115
Nefrologia	222	47 870
Neuro- Cirurgia	171	62 148
Neurologia	375	28 339
Oftalmologia	857	12 401
Oncologia Médica	207	51 339
Psiquiatria	923	11 514
Reumatologia	111	95 741
Saúde pública	461	23 053
Emergência Médica	405	26 240
Hepatologia	83	128 039

Fonte: Ordem dos Médicos, 2009

Considerando a evolução 2002-2007 das carreiras médicas do SNS, verificou-se, conforme Figura 51, um decréscimo de médicos de saúde pública e de clínica geral.

Figura 51 – Evolução das carreiras médicas do SNS, entre 2002 e 2007

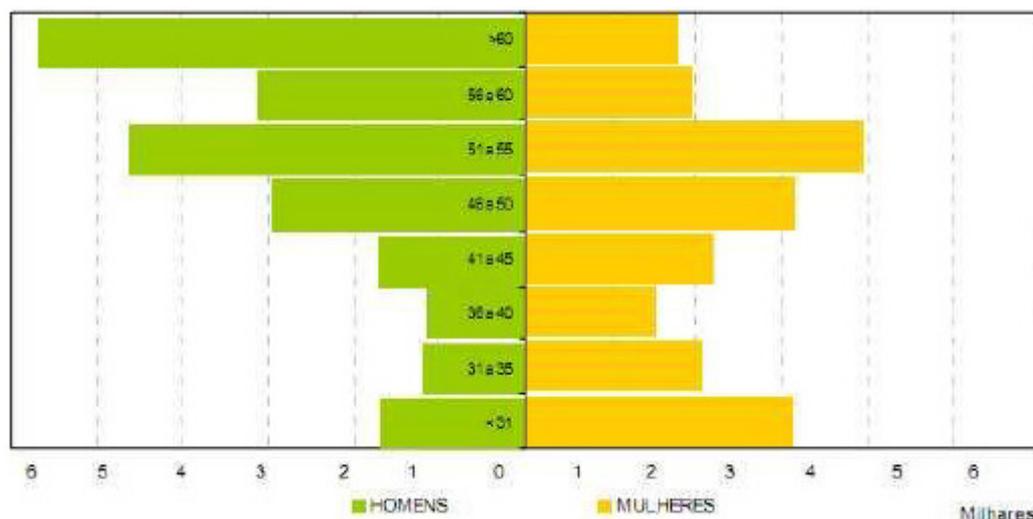


Fonte: ACSS – Relatório Médicos, 2009

No âmbito do SNS existe uma significativa participação de médicas que ultrapassava 55 % do total. O trabalho feminino é ainda mais importante para os escalões etários mais jovens (a relação era de cerca de 1,9 mulheres para 1 homem).

Deve atender-se ao facto da estrutura etária global dos médicos ser bastante elevada, verificando-se que 44 % dos médicos tinham idade superior a 50 anos em 2008.

Figura 52 – Distribuição dos médicos por grupos etários e sexos, Portugal, 2008



Fonte: Direcção Geral da Saúde – Dezembro de 2010

O envelhecimento assume um maior realce no sector de cuidados de saúde primária, onde se observa que 71 % dos médicos tinha mais de 50 anos e apenas 9 % idade inferior a 35 anos.

Verifica-se também que, na data em análise, 68 % dos médicos se encontravam afectos aos cuidados hospitalares e 30,3 % aos cuidados primários.

No que concerne aos enfermeiros, em 2008, conforme consta do quadro inicial deste ponto, existiam 35 780 trabalhando em hospitais ou centros de saúde.

Contudo, de acordo com dados da Ordem dos Enfermeiros existiam naquele ano no Continente 53 157 enfermeiros, em que 32,9 % tinham menos de 31 anos, sendo o número de enfermeiros por 100 000 habitantes de 524.

Em 2010, o número de enfermeiros inscritos na Ordem era de 62566 dos quais 81,3 % eram do sexo feminino, e 33,6 % tinha menos de 31 anos. O número de enfermeiros por 100000 habitantes passou para 588, naquele ano.

Se se considerarem as especialidades de enfermagem a distribuição é a que a seguir se apresenta e destaca-se o forte peso dos enfermeiros generalistas.

Figura 53 – Número de enfermeiros e respectiva estrutura por especialidades

Especialidade	Total	Distribuição %
Total	62 566	100,0
Generalista	42 138	67,3
Enfermagem de reabilitação	1 314	2,1
Enfermagem Pediátrica	1 550	2,5
Enfermagem Obstétrica	2 205	3,5
Enfermagem Médico Cirúrgica	1 321	2,1
Enfermagem na Comunidade	1 457	2,3
Enfermagem Psiquiátrica	862	1,4

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010

Quanto aos dados apresentados na Figura 54 relativos à Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados deve salientar-se algumas categorias profissionais, para além dos médicos e enfermeiros, mais interligadas com a problemática dos idosos, tais como auxiliares de acção medica/ acção directa, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos.

Figura 54 –
de Saúde na

Profissionais
RNCCI

	Total 2010	Estrutura 2010
Médicos	588	7,6
Enfermeiros	2240	29,2
Fisioterapeutas	392	5,1
Terapeuta Ocupacional	110	1,4
Terapeuta da fala	167	2,2
Assistente social	225	2,9
Psicólogo	179	2,3
Animador sociocultural	136	1,8
Auxiliar de acção médica	2575	33,5
Outro perfil	1069	13,9
Total	7681	100

Fonte: Relatório da RNCCI, 2010

VI.3.2 – SUBSISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL DE APOIO A IDOSOS

De acordo com os Quadros de Pessoal de 2009, o total de trabalhadores para as actividades de apoio social com alojamento e de apoio social sem alojamento elevava-se a 123 milhares, sendo difícil de identificar o pessoal apenas dedicado à população idosa na medida em que este número inclui também o apoio a crianças, jovens e deficientes. Estima-se, no entanto, que o volume de emprego nas actividades mais directamente relacionadas com as pessoas idosas, nomeadamente lares, residências, centros de acolhimento temporário de emergência, acolhimento familiar e centros de noite para pessoas idosas e centros de dia e de convívio era de cerca de 81,3 mil trabalhadores, o que representava cerca de 1,4% do emprego total. Isto traduzia um aumento significativo em relação a 2000 onde o valor correspondente era de cerca de 20 000 trabalhadores.

Quanto à estrutura do emprego por categorias profissionais destacam-se: animador cultural, ajudante de acção directa, enfermeiro, encarregado de serviços gerais, cozinheiro, ajudante de cozinheiro, motorista, trabalhador auxiliar, trabalhador de

lavandaria e roupas, administrativo. Deve realçar-se o facto de cerca de 45% dos profissionais serem ajudantes de acção directa, trabalhando a tempo completo.

Por outro lado, os trabalhadores que exercem actividade no apoio a idosos, mais de 80 % trabalham no apoio social com alojamento, sendo mais de 90 % mulheres.

Figura 55 – Trabalhadores que exercem actividade de apoio a idosos

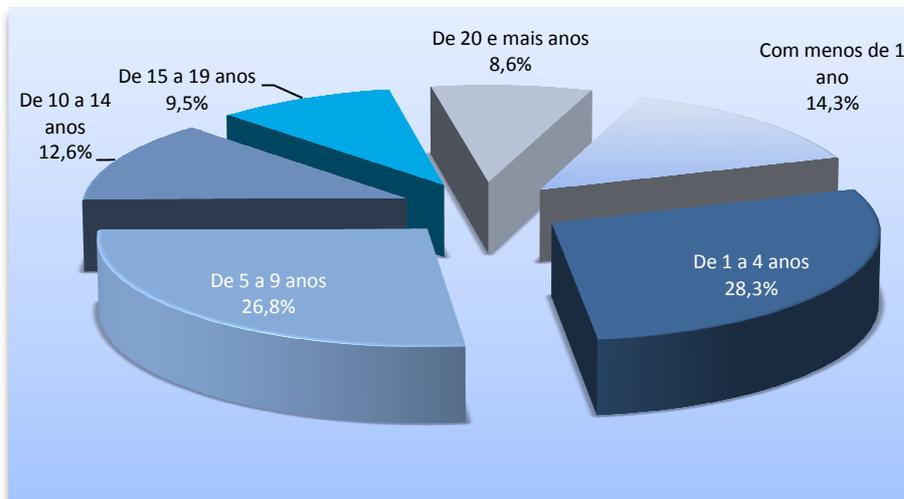
Sectores de actividade	Menos de 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	65 e + anos	Ignorado
Acção social para pessoas idosas com alojamento	6,9	25,9	24,8	16,1	7,9	1,6	16,9
Acção social para pessoas idosas sem alojamento	6,9	29,2	24,7	14,4	5,9	0,8	18,1

Fonte: GEP/ MSSS, Quadros de Pessoal 2009

Conforme se observa a maioria dos trabalhadores têm menos de 45 anos, devendo esta idade estar ligada, entre outros aspectos, ao tipo de trabalho realizado. Se analisarmos em termos de nível de habilitações verificou-se uma melhoria significativa do nível das mesmas, que em 2000 apresentava um grau de habilitações escolares baixo onde apenas menos de 15 % tinham habilitações escolares do nível do secundário ou superior, situação que, em 2009, já representava cerca de 33 %. De registar que, em 2009, o emprego com o grau de licenciatura, representava nestes sectores 15 % (Anexo 6).

No que se refere ao tempo de permanência no emprego, o sector de actividades sociais com alojamento e sem alojamento que abrange também o apoio à infância, os trabalhadores apresentavam a seguinte antiguidade:

Figura 56 – Distribuição do emprego segundo a antiguidade na empresa



Fonte: GEP/ MSSS, Quadros de Pessoal

Verifica-se, assim, que cerca de 70 % do emprego tem uma antiguidade inferior a 10 anos o que indicia a existência de trabalhadores jovens e uma rotatividade significativa dessa população.

VI.3.3 – A OFERTA FORMATIVA

O levantamento da oferta formativa que se apresenta não esgota, naturalmente, toda a oferta de formação existente para estes sectores, dados os constrangimentos habituais deste tipo de exercícios, decorrentes da dificuldade de aceder a informação estruturada e organizada relativa à formação desenvolvida, não obstante a melhoria que esta dimensão tem conhecido.

A informação subjacente a este exercício teve por base a consulta do Catálogo Nacional de Qualificações, do *site* do Instituto do Emprego e Formação Profissional e do *site* da Direcção Geral do Ensino Superior (DGES). Neste sentido, contemplou-se toda a formação, incluindo a pós-licenciatura (pós-graduações, mestrados e doutoramentos). A oferta formativa para estas áreas de actuação tem vindo a diversificar-se ao longo dos últimos anos, sobretudo ao nível da licenciatura e pós-licenciatura (pós-graduações, mestrados e doutoramentos).

Começando pela formação de nível 2 do Quadro Nacional de Qualificações, inserida no Catálogo Nacional de Qualificações refere-se:

- 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).

Ainda no Catálogo Nacional de Qualificações, encontram-se referências aos seguintes cursos 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).

Em termos de formação de nível 4, extra-catálogo, importa referir:

- Cuidados de saúde
- Tecnologias da saúde
- Animação sociocultural.

Por sua vez, os Cursos de Especialização Tecnológica (CET), formações pós-secundárias não superiores, que visam conferir qualificação profissional, de acordo com a Portaria n.º 782/2009, de 23 de Julho, a partir de 1 de Outubro de 2010, uma qualificação 5, numa escala de 1 a 8, são cursos de curta duração, compreendendo entre 60 e 90 ECTS, que têm como objectivo a qualificação de jovens e de adultos, incluindo a requalificação de activos. Estes cursos têm como orientação principal a integração de diplomados de nível IV no mercado de trabalho, com particular interesse nas economias regionais, permitindo, por outro lado, a esses diplomados o prosseguimento de estudos no ensino superior, com creditação de competências adquiridas.

A distribuição dos CET registados por área de estudo, entre 2006 e 2009, mostram que nos serviços sociais foram registados 41 cursos, nas ciências da vida 3 cursos e nas ciências da vida e do comportamento 2 cursos, num total de 376 CET registados.

Inseridos no Catálogo Nacional de Qualificações e direccionados para os Técnicos que trabalham com os públicos mais idosos destaca-se a Animação em Turismo de Saúde e Bem-Estar e o Acolhimento em Instituição¹⁰.

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

¹⁰ Ainda que aqui não se refira para que público: se jovens, ou se idosos.

- Investigação clínica e em serviços de saúde
- Medicina
- Segurança e saúde ocupacionais
- Serviço social.

VI.4 - O ESTUDO DE CASOS E O EXEMPLO DE BOA PRÁTICA

VI.4.1 - ESTUDO DE CASOS

O aumento progressivo e acentuado da população idosa traduziu-se numa necessidade premente de conhecer melhor o estado da situação social e de saúde desta faixa etária da população que tratando - se de tendências pesadas apresenta fortes implicações estruturantes.

Este conhecimento quer do presente quer do futuro tem como objectivo promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados o que pressupõe a existência de informações quantitativas e qualitativas adequadas.

A recolha de informação qualitativa conforme prevista nos termos de referência e nos objectivos do projecto destina-se a conhecer as perspectivas para o emprego e para as qualificações e competências, no horizonte 2020.

Para esse efeito, torna-se conveniente conhecer a opinião de pessoas responsáveis por entidades com um papel activo, quer em termos de apoio social quer em termos de saúde, pelo que se elaboraram guiões de orientação das diferentes entrevistas (Anexo 7).

Assim, o objectivo desta componente prática do estudo era, através do diálogo orientado, conhecer a opinião de:

- ✓ Responsáveis por lares ou instituições de apoio a idosos, com diferentes modalidades;
- ✓ Responsáveis por centros de saúde ou hospitais;
- ✓ Peritos nos domínios da saúde;
- ✓ Peritos nos domínios da protecção social.

Escolheram-se estas entidades por se tratar de instituições mais ligadas à problemática e valências destinadas à população idosa, nomeadamente Misericórdias, IPSS, Hospitais e Rede de Cuidados Continuados e Integrados; procurou-se também cobrir as principais regiões do País.

Das entrevistas realizadas, em número de 11, em cada uma delas, procurou-se sobretudo centrar o diálogo nos seguintes aspectos:

- ✓ Situação nos últimos 10 anos em termos de instalações, equipamentos, utentes;
- ✓ Caracterização actual dos recursos humanos e principais carências;
- ✓ Motivos pelos quais os utentes escolhem a resposta social;
- ✓ Perspectivas futuras em relação à dimensão do número de utentes, necessidades em recursos humanos, qualificações e competências;
- ✓ Quais as áreas e para que profissões, qualificações, competências e especialidades serão necessários mais profissionais;
- ✓ Que articulação deverá existir entre os sistemas de saúde e protecção social.

Como resultados das entrevistas apresentam-se seguidamente as principais conclusões para a área da protecção social e para área dos serviços de saúde. Ao longo dos anos tem-se verificado uma cada vez maior preocupação pelos sistemas de saúde e protecção social para os idosos, tendo em atenção a verificação da resposta que actualmente os equipamentos existentes dão e a perspectiva para 2020, realizou-se um estudo de casos, junto de diversas entidades públicas e privadas dos dois sistemas, nomeadamente Misericórdias, IPSS, Hospitais e Rede de Cuidados Continuados e Integrados tendo-se concluído pelo seguinte:

SERVIÇOS DE SAÚDE

Caracterização do sistema

O sistema de saúde sofreu uma evolução muito positiva nos últimos 10 anos, tendo-se verificado um crescimento enorme do número de utentes., nomeadamente de idosos, que reflecte aliás o envelhecimento verificado na população portuguesa. A população idosa recorre muito mais aos centros de saúde, devido ao seu grau de proximidade, do que aos hospitais, observando-se que as estruturas de saúde não estão preparadas

para o acompanhamento das doenças crónicas que se verificam cada vez mais, dado que:

- ✓ As pessoas vivem mais tempo e as pessoas com mais de 80 anos têm mais probabilidades de padecer de patologias crónicas; a doença e a dependência são dois factores que fazem com que as pessoas mais recorram aos serviços de saúde;
- ✓ Os hospitais estão preparados para situações agudas mas não para uma abordagem múltipla junto dos cidadãos mais velhos; falta-lhes, assim, meios de acompanhamento para intervenções de carácter múltiplo.

Como aspectos mais positivos em termos de assistência a idosos assinala-se a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, a reforma dos cuidados de saúde primários, o funcionamento em rede, incluindo a família, os serviços de proximidade e as visitas domiciliárias.

No que respeita à RNCCI, em 2009, os doentes com mais de 65 anos representavam 80 % e destes 43 % tinham mais de 80 anos, nos últimos tempos verifica-se que tem havido população mais jovem a aceder à rede. Deve-se referir ainda que existem algumas dificuldades de saída dos doentes da rede pela falta de cuidados subprimários.

As maiores carências do sistema verificam-se no pessoal técnico e pessoal de enquadramento e no financiamento; as medidas economicistas levaram à falta de pessoal, caso do número clausus que conduziram sobretudo há existência de médicos sem humanidade, tornando o acto médico como acto isolado. Os auxiliares e enfermeiros são muito importantes porque estabelecem uma forte relação de proximidade com os utentes. Outro aspecto importante é a falta de adaptação da legislação e normas nacionais à realidade do país fora dos centros urbanos.

Situações das infra-estruturas

Os principais motivos de recurso aos centros de saúde por parte dos idosos são: falta de respostas das consultas hospitalares, fornecimento de medicação, reconhecimento dos direitos por parte dos idosos e colmatar a solidão; este recurso depende da localização da habitação dos idosos.

As farmácias encontram-se entre as estruturas muito procuradas pela população idosa por motivo de proximidade.

A RNCCI tem uma longa lista de espera e a justificação para esta lista de espera reside na demasiada utilização da rede na tipologia de longa duração porque os utentes não têm para onde ir (na rede, os medicamentos e fraldas são gratuitos).

Utentes

Verificou-se um crescimento exponencial do número de utentes, nos centros de saúde, sendo a grande maioria (+ 90 %) constituída por população idosa.

Tal facto deriva de um maior conhecimento da realidade do Sistema de Saúde, com uma maior informação, maior cobertura de Centros, maior operacionalidade e obrigações de deslocação ao Centro de Saúde em virtude de várias práticas burocratas.

A existência de maior disponibilidade de recursos humanos, o funcionamento em rede com a parte social origina maior procura de centros de saúde.

As doenças de idosos que apresentam mais saliência são a arteriosclerose, doenças generativas, demências, desordens mentais, osteomusculares, doenças do foro circulatório e respiratório e cancro.

Recursos humanos

Actualmente as maiores carências encontram-se no pessoal técnico e pessoal de enquadramento, nomeadamente médicos, (medicina geral e familiar), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e gestores de casos. Carências, também, em psicólogos e nutricionistas. Para as principais categorias de profissionais de saúde, as idades médias são as seguintes:

- Médicos de medicina geral e familiar -55 anos
- Enfermeiros – 25 a 40 anos
- Fisioterapeutas – 50 anos
- Terapeutas ocupacionais – 45 anos

De notar a ausência da especialidade médica em geriatria que constitui uma grande lacuna no nosso sistema de saúde. Esta especialidade facilitaria uma abordagem integrada da situação dos idosos e como tal redução dos recursos e rentabilização dos

mesmos. Para além da medicina geral e familiar apresentam também grandes carências as áreas de reumatologia, oncologia e neurologia.

Necessidades para 2020

As doenças mais salientes para 2020 continuarão a ser as mesmas da actualidade, com agravamento das demências, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e doenças do envelhecimento. Daí a necessidade do reforço da prevenção e, conseqüentemente dos profissionais ligados às patologias referenciadas, nomeadamente, médicos de medicina geral e familiar, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e mais profissionais para doenças do foro mental.

Até 2020, todas as doenças próprias de idosos necessitarão de muitos técnicos de saúde (mais de 100 % em relação à situação actual) mas devem salientar-se as doenças degenerativas e as oncológicas. Apontam-se ainda as especialidades de pneumologia, cardiologia, para além das já indicadas.

O pessoal técnico que apresenta uma maior necessidade de readaptação à realidade são os psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas em geral.

Há uma categoria profissional que convinha lançar: ajudantes de saúde.

Os auxiliares e enfermeiros são muito importantes porque estabelecem uma forte relação de proximidade com os utentes.

Em geral, todas as competências chave foram consideradas importantes mas salientou-se a capacidade de análise, a capacidade de relacionamento e o saber comunicar. No referente às outras competências houve concordância com todas sem saliência de nenhuma.

Foi destacada a importância de uma grande interligação ou mesmo integração entre os serviços de saúde e os de protecção social bem como a necessidade de actuar mais na prevenção de modo a evitar grande afluência aos hospitais e necessidade de alteração dos respectivos sistemas de gestão.

Desenvolvimento de abordagens de envelhecimento activo, no sentido mais amplo e não só do aumento da idade da reforma, é fundamental com vista a permitir o combate, em parte, às doenças mais frequentes dos idosos.

Programas que permitam a manutenção dos idosos nos seus domicílios e na comunidade bem como a informação e sensibilização junto dos cidadãos sobre o envelhecimento traduzir-se-ão numa maior capacitação da população sobre a problemática dos idosos e, conseqüentemente, num factor de racionalização da utilização dos hospitais.

A abordagem mais integrada e pluridisciplinar junto dos idosos implica a preparação de profissionais e também da população visada para que se ultrapasse o “*saco de medicamentos*” e se passe a ter um plano, em que cada profissional desempenha uma determinada função – a componente holística da saúde é importante assim como o reforço da confiança entre o idoso e o profissional – pelo que implica desenvolver acções de formação para consciencializar sobre a temática dos idosos (necessidade de criar escolas, universidades que possam preparar para o novo paradigma do envelhecimento activo).

Não existem serviços suficientes para o acompanhamento e reabilitação dos utentes por parte dos hospitais na medida em que estes se ocupam em demasia com situações agudas.

Para 2020, o grande objectivo é aumentar a assistência domiciliária formando pessoal e membros das famílias para esse efeito, devendo a RNCCI ter como funções essenciais a convalescença e a reabilitação.

Caracterização do sistema

O sistema actual é muito insuficiente e com tendência para haver regressão no modelo social, este terá de ser constituído pelo Estado em complementaridade com outras entidades nomeadamente com as IPSS e as Misericórdias.

Como aspectos mais positivos da situação actual são apontados: a maior proximidade da prestação de serviços, a resposta do 3.º sector, o maior envolvimento das famílias, o aumento do voluntariado e a ofertas diversificada das respostas sociais.

Como aspectos mais frágeis da situação actual aponta-se, por ordem decrescente de importância, a capacidade financeira instalada, a insuficiência de recursos humanos, a falta de instalações/equipamentos e a insuficiência da oferta das respostas sociais.

No que se refere a respostas sociais com maiores dificuldades foram indicados os lares de idosos, o apoio domiciliário integrado, as unidades de apoio integrado e os serviços de apoio domiciliário; cada vez mais existem dificuldades com a rede de apoio familiar e uma impossibilidade de em termos de apoio domiciliário de fornecer cuidados de saúde e as despesas de saúde não podem, por vezes, ser comparticipadas pela Segurança Social.

Situação das infra-estruturas

O número de lares existentes só cobre uma faixa reduzida de idosos, existindo grandes filas de espera que dificilmente serão satisfeitas.

Em relação a outras valências sociais assumem também importância significativa os serviços de apoio domiciliário e os centros de dia.

No futuro deve-se apostar nos serviços de apoio domiciliário e actividades de convívio mas tem sempre de se criar mais Lares, pois o envelhecimento da população assim o exige (os lares serão cada vez mais para populações mais idosas).

Utentes

Em geral os utentes dos lares são pessoas idosas com idades acima dos 80 anos, enquanto no serviço de apoio domiciliário a idade oscila entre 70 e 80 anos e os utentes dos centros de dia têm menos de 70 anos. Aliás existe um objectivo geral de que a ida para os lares se faça com idade muito avançada, devendo os idosos manterem-se em casa o maior número de anos possível. Isto justifica a atenção que se deve dar à assistência domiciliária.

O percurso dum idoso deve ter assim a seguinte sequencia: centro de dia - serviço de apoio familiar - residência – lar - cuidados continuados.

Em geral, a maior parte dos utentes antes de serem admitidos no lar viviam sozinhos, nomeadamente no respeitante a homens ou mulheres viúvas. Em geral, no lar há uma ligeira maioria de mulheres.

O sistema de apoio a idosos apresenta muita burocracia, havendo muitas regras desnecessárias, nomeadamente na gestão dos lares, existindo em geral grandes dificuldades financeiras.

Recursos humanos

Em geral o pessoal que trabalha nos lares tem baixa qualificação e existem certas categorias profissionais em número reduzido; em termos de pessoal ao serviço nas respostas sociais, existe um predomínio das seguintes profissões e actualmente com os seguintes graus de satisfação:

- Auxiliares – não satisfatório
- Técnicos de serviços sociais – não satisfatório
- Psicólogos – satisfatório
- Médicos – muito satisfatório
- Enfermeiros – Muito satisfatório

Necessidades para 2020

Para o horizonte de 2020 é enorme a necessidade de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, animadores culturais, auxiliares de acção médica e de assistentes operacionais com um crescimento previsto acima de 100%. A necessidade de psicólogos deverá também atingir um valor acima dos 50%, prevendo-se também um grande crescimento dos técnicos de serviços sociais. Refere-se também que não existe uma especialidade de enfermagem para idosos.

A reconversão de outras categorias é fundamental, nomeadamente os ajudantes de lar em auxiliares de enfermagem; a grande falta reside em médicos especialistas em geriatria e na especialidade de enfermagem para idosos.

A tendência para os próximos 10 anos é no sentido de garantir que os idosos estejam cada vez mais tempo em casa o que exigirá um reforço muito grande das equipas de apoio domiciliário tanto para os cuidados sociais como para os de saúde.

Assim, até 2020, admite-se que as respostas sociais que serão mais necessárias respeitam aos serviços de apoio domiciliário, para além dos lares. Quanto ao acolhimento familiar e o apoio familiar integrado tem tendência para a regressão.

Em termos de competências básicas sendo todas importantes as constantes da grelha apresentada no Anexo 7, são contudo mais importantes a motivação, a disponibilidade para aprendizagem contínua, o sentido de responsabilidade pessoal, cívica e ética.

No que se refere às competências chave salienta-se a capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros, o saber comunicar e a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas.

Em termos de outras competências, deu-se saliência para a criatividade e capacidade de investigação e o domínio das áreas científicas e técnicas apropriadas às funções desempenhadas e a selecção de parcerias estratégicas.

A interligação entre os serviços de apoio e protecção social e os serviços de saúde será essencial. No entanto, a necessidade de mecanismo para canalizar e centralizar a problemática do envelhecimento de forma transversal, implicará uma coordenação que ultrapasse as áreas da saúde e da protecção social.

A formação deverá não só ser ministrada aos profissionais de saúde, mas também aos familiares (no caso de apoio domiciliário).

VI.4.2 - EXEMPLO DE BOA PRÁTICA

O Estudo de Caso “*Envelhecimento, Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) e o Desenvolvimento de Competências*” (Anexo 8) procurou ser uma reflexão sobre a evolução da doença renal junto de uma população cada vez envelhecida, e que poderá vir a necessitar de entrar em programa regular de hemodiálise, cuja idade média de incidência aumentou entre 2007 e 2010 de 63,8 anos para 65,9 anos. A par desta reflexão, pretendeu, igualmente, conhecer as implicações e consequências desta evolução ao nível do desenvolvimento de competências quer para os profissionais das áreas da saúde e social, quer para os utentes e todos aqueles que os acompanham nesta doença, fazendo um paralelismo com o estudo *Comprehensive analysis of emerging competences and economic activities in the European Union in the Health and Social Services Sector*, que vem alertar para as competências emergentes no sector da saúde e do apoio social.

Para um aprofundar da realidade, e atendendo aos objectivos do horizonte 2020 no que respeita à adequação das necessidades de formação ao mercado de trabalho, na área da saúde e na área da protecção social, procedeu-se à entrevista de alguns dos profissionais que acompanham doentes em tratamentos de hemodiálise, médicos e enfermeiros, técnicos da área social, doentes e familiares, e que constituíram a amostra deste estudo.

Com base nas respostas e observações expressas nas diversas entrevistas, e conforme se vem verificando, estamos claramente perante um aumento de incidência da IRCT, quer directamente relacionado com o factor envelhecimento, como também com os maus hábitos alimentares e outras doenças, como seja a diabetes. Resultante da carência de médicos de família nos centros de saúde, que são aqueles que efectivamente acompanham ou deveriam acompanhar os primeiros sintomas desta doença, assistir-se-á, de forma crescente, a uma situação de início de tratamento em situação aguda por via hospitalar, e não por via de consultas, apresentando os doentes um estágio avançado da doença renal crónica.

As necessidades e os problemas levantados por este grupo etário vão obrigar a uma abordagem mais adaptada e imaginativa a este tratamento, conforme atestam as

entrevistas à classe médica. Motivada pelo incremento de patologias associadas, as competências dos médicos nefrologistas têm vindo a assentar numa maior sensibilização para as doenças do envelhecimento e das capacidades humanitárias na assistência à doença.

As entrevistas realizadas aos profissionais de Enfermagem indicam que, para estes, a questão do envelhecimento irá direccionar as necessidades de formação para o desenvolvimento de competências na área da relação e humanização dos cuidados, habilitando-os a lidarem com as atitudes e posturas dos doentes, que passam por várias fases de ajustamento ao tratamento, desde a adaptação aos hábitos alimentares e à própria rotina do tratamento. Apontam, também, para o futuro desenvolvimento de competências ao nível da abordagem da hemodiálise numa perspectiva de gestão, pelo que se deverá apostar numa estratégia em que o desenvolvimento das suas competências englobe a ligação aos pacientes e familiares num modo proactivo, em que aqueles sejam participantes activos no seu processo de tratamento global.

Os técnicos da área social apontam a actual tendência para o aprofundamento de conhecimentos na área da relação e comunicação com os familiares, como competências emergentes. Salientam ainda a necessidade de aquisição de conhecimentos ao nível legislativo e informático e de aprendizagem de idiomas estrangeiros, atendendo à crescente multiculturalidade dos seus utentes.

Todos os profissionais abrangidos neste estudo referem a necessidade de receber formação ao nível da comunicação interpessoal, imprescindível no contacto e humanização do atendimento aos doentes e familiares e, igualmente, ao nível do trabalho em equipa, nomeadamente na discussão e análise de casos clínicos e sociais.

Relativamente aos utentes, as suas entrevistas expressam a necessidade de os profissionais desenvolverem a sua capacidade de transmissão de informação através do nivelamento do diálogo, mediante as especificidades e nível sociocultural do doente, o que vai ao encontro das necessidades sentidas quer por médicos, enfermeiros e técnicos da área social.

Fazendo um paralelismo com o estudo acima referenciado, muitas das competências aí mencionadas são apontadas pelos entrevistados deste estudo.

Ao nível da enfermagem, são apontadas como competências a desenvolver a capacidade de gestão e planeamento, a polivalência, o empreendedorismo, as competências sociais (capacidade de comunicação, trabalho em equipa, trabalho em rede e parceria e interculturalidade) e o alargamento de certas competências técnicas, ao nível da tecnologia e informática.

Para os técnicos da área social, o desenvolvimento das competências sociais, a par de conhecimentos técnicos, nomeadamente ao nível legislativo, a aquisição de *e-skills* e a aprendizagem de línguas estrangeiras constituem áreas a fomentar.

A classe médica aponta as competências sociais (trabalho em equipa e capacidade de comunicação) como capacidades a melhorar.

No respeito à prestação dos cuidados paliativos, questão também abordada neste estudo, enfermeiros e técnicos de serviço social apontam a necessidade de aprofundamento de conhecimentos técnicos ao nível da prestação destes cuidados no contexto da hemodiálise, e essencialmente, ao nível do relacionamento com o doente e sua família, em situação de sofrimento.

Para a classe médica, subjacente nesta matéria, estão os critérios clínicos e humanos que envolvem esta grande decisão, uma vez que a assistência na doença crónica grave e irreversível vai sendo prestada através da terapêutica substitutiva, podendo conduzir a uma reflexão mais profunda em que se questiona a sua proficuidade para o doente.

No que concerne aos cuidadores informais, todos os profissionais foram unânimes ao salientar a importância do seu envolvimento na prestação de cuidados a uma pessoa idosa em hemodiálise. A formação/informação a leigos foi mencionada sob três perspectivas diferentes: a formação propriamente dita, mas sem recurso a conteúdos e programas estruturados, uma vez que esta levanta problemas ao nível de compatibilidade de horários e recursos; a criação de materiais de informação diversificados que atendam ao nível cultural e social das pessoas e a abrangência de outras áreas de suporte à doença, designadamente o serviço social e a dietista, para transmissão de conhecimentos não clínicos sobre o tratamento. O apoio e o contacto continuado, quer via telefone quer presencial, para responder a questões práticas do dia-a-dia, como aquelas relacionadas com a mobilidade e as técnicas de mobilização de uma pessoa dependente, foi também referido.

A associação cuidados paliativos *versus* IRCT, para os utentes entrevistados, revela da sua parte algum desconhecimento sobre o significado deste primeiro conceito e as suas implicações - a suspensão deste tratamento – pelo que poderemos dizer que é uma área a desenvolver no contexto da hemodiálise.

Conclui-se, assim, que os profissionais da área da hemodiálise têm vindo a desenvolver *per si*, em contexto laboral, competências mencionadas no estudo *Comprehensive analysis of emerging competences and economic activities in the European Union in the Health and Social Services Sector*, exprimindo, no entanto, a importância de aprofundar conhecimentos e competências, com recurso a uma formação que lhes permitam responder às novas necessidades e desafios, adequadas aos objectivos propostos pela estratégia Europa 2020.

VII. A POPULAÇÃO IDOSA EM 2020

O estudo prospectivo das necessidades da população em matéria de serviços sociais exige um olhar atento relativamente à evolução demográfica que se projecta para Portugal, tanto ao nível da intensidade do movimento populacional e da sua estruturação etária no médio e longo prazo, como no plano das alterações nas estruturas familiares que se vêm sentindo no nosso país.

No quadro de envelhecimento que se vive na generalidade da União Europeia e não só, as linhas de força da dinâmica população constituem uma dimensão essencial do contexto sobre o qual emergem novas expressões de necessidades sociais e se altera a matriz de pressões e respostas em que opera a política social, em especial nas áreas da saúde e segurança social.

VII.1 - PROJEÇÕES DEMOGRÁFICAS

Na ausência de fenómenos de grande magnitude de natureza ambiental, biológica ou social, (intempéries, pandemias ou guerras), as tendências demográficas são usualmente classificadas como tendências “*pesadas*”, i.e. como manifestações prolongadas no tempo, graduais e pouco influenciadas por episódios de curta duração.

Neste contexto, olhar para os desafios que se colocam a Portugal em virtude do processo de envelhecimento exige que se enquadre a dinâmica actual e a que se prevê até 2020, num quadro mais amplo proporcionado pelos exercícios de projecção demográfica actualmente disponíveis (principal fonte de informação para Portugal é o Instituto Nacional de Estatística).

Quantos somos e quantos seremos em 2020

Em 2009, Portugal tinha cerca de 10,6 milhões habitantes¹¹. Na UE27 representávamos cerca de 2,1 % da população total (2,7 % na UE15) e o 11.º país

¹¹ Os dados provisórios do Censos de 2011 corrigem em ligeira baixa a estimativa intercensitária, situando a população nos 10,555 milhões de habitantes.

com maior dimensão da população residente (9º na UE15). No seu todo, os dez países com mais população representavam mais de 82 % dos cidadãos da UE27 (94 % na UE15).

Considerando a dinâmica da UE27, em termos demográficos, Portugal deverá manter em 2020 a importância relativa e posição actuais. Sem prejuízo de um olhar mais atento nos pontos seguintes, as projecções populacionais do Instituto Nacional de Estatística (2010) e do Eurostat (2008) permitem definir um intervalo para as estimativas de população para 2020.

Figura 57 – Cenários para a população residente em Portugal no ano 2020

Portugal (milhões)	Cenário central	Cenário alto	Cenário baixo	Cenário sem migrações
INE: 2020	10,8	11,0	10,7	10,4
Eurostat 2020	11,1	-	-	8,1

Fonte: INE e EUROSTAT

Havendo consenso sobre a tendência de crescimento da população até 2020 nas projecções centrais de ambas as organizações, há diferenças quanto à incerteza internalizada nas projecções para 2020: o INE situa a amplitude de variabilidade assimétrica em 4,5 % da população do cenário central, i.e., admite que o valor possa ser 1,3 % superior (cenário alto) ou 3,2 % inferior (cenário sem migrações). O Eurostat apresenta para 2020 uma amplitude de 5,8 % da população do cenário central, enquanto que para o cenário sem migrações contempla um decréscimo acentuado face à população actual.

Neste contexto, privilegiando o exercício de projecção do INE, por motivos que se detalham posteriormente, em 2020, no cenário central, teremos mais cidadãos portugueses a residir em Portugal (+ 190 mil, aproximadamente).

Como enquadrámos demograficamente o passado recente e perspectivamos o futuro

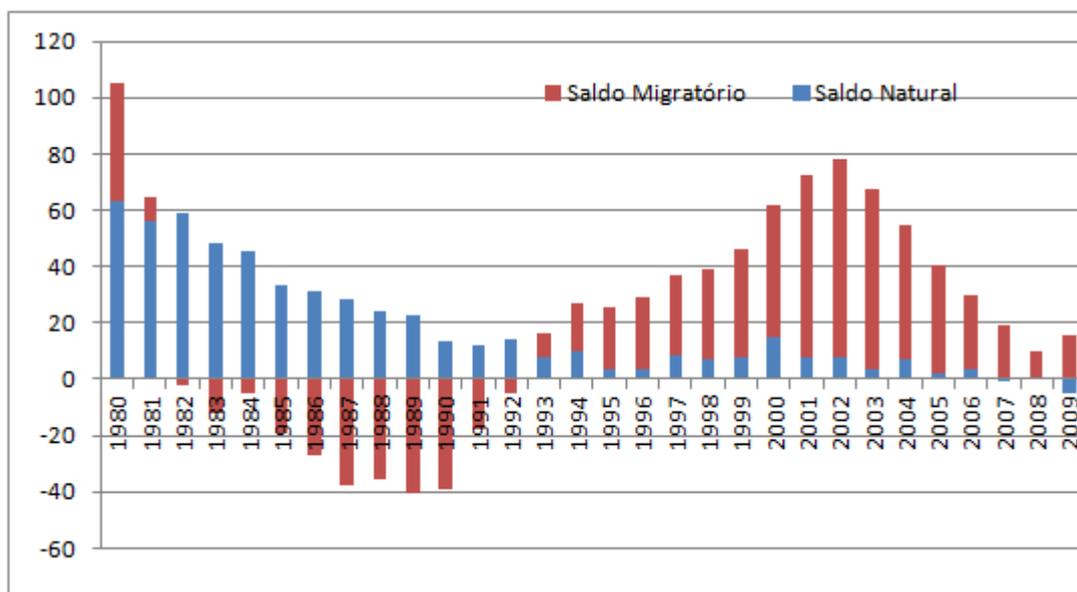
Previamente à análise das hipóteses subjacentes às projecções e à discussão dos seus efeitos nos domínios mais relevantes, nomeadamente no plano das necessidades futuras de serviços de saúde e de serviços sociais, importa constatar as tendências mais recentes do ponto de vista demográfico.

O ritmo de crescimento da população portuguesa tem vindo a decrescer continuamente desde 2002. O saldo natural¹² apresenta uma tendência decrescente nas últimas 5 décadas e desde 1995 que o saldo migratório explica mais de 80 % da variação da populacional em Portugal, atenuando os efeitos da queda da natalidade.

Não obstante, em 2007 Portugal registou o primeiro saldo natural negativo desde a epidemia de gripe pneumónica de 1918, tendo-se observado valores negativos expressivos no ano de 2009 (cerca de -4 900). Nesta trajectória, o impacto positivo das migrações para a promoção do crescimento populacional terá cada vez menos expressão em face do peso da dinâmica natural da população residente.

¹² Nascimentos menos óbitos registados num dado ano.

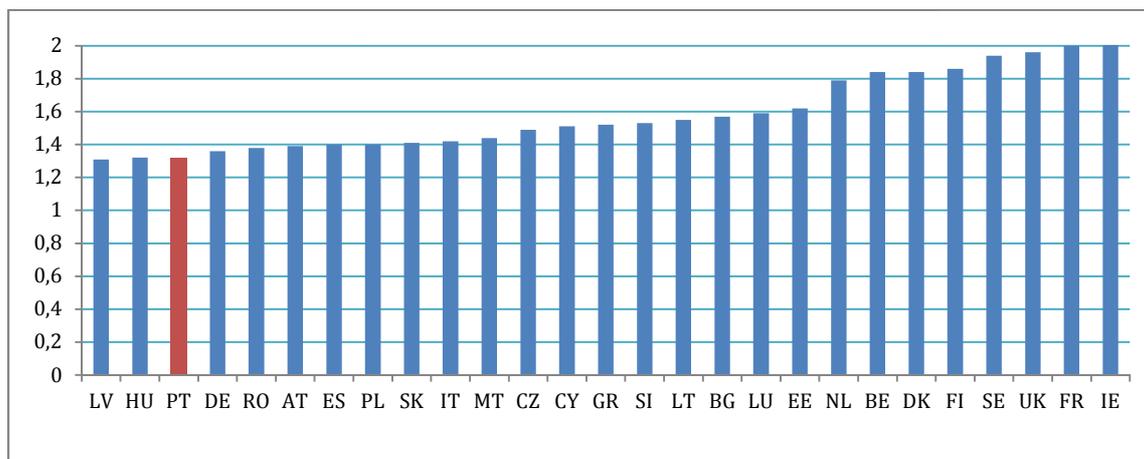
Figura 58 -Saldo Migratório e saldo natural



Fonte: INE, Estatísticas Demográficas

Outra nota de relevo prende-se com a dimensão e composição do saldo migratório. Neste domínio, de 2000 a 2008, observa-se uma queda do volume de imigração anual de 79 300 para 29 718 pessoas e um aumento dos registos da emigração anual de 10 660 para 20 357. A conjugação desta evolução nas migrações com a manutenção dos indicadores de fecundidade a níveis extremamente baixos, quer do ponto de vista histórico nacional, quer no plano de comparação europeia, revela-se um factor incontornável no modo como equacionamos o futuro.

Figura 59 – Índice Sintético de Fecundidade 2009



Fonte: EUROSTAT

No âmbito das hipóteses subjacentes aos cenários de projecção da população há que analisar que tendências assumimos manter e quais as mudanças que antevemos.

A construção das projecções demográficas baseia-se na formulação de hipóteses de evolução das seguintes variáveis chave:

- ✓ Índice Sintético de Fecundidade;
- ✓ Esperança Média de Vida;
- ✓ Saldo migratório

Nas mais recentes projecções demográficas¹³, o Instituto Nacional de Estatística construiu 4 cenários por via da conjugação de diferentes evoluções destas variáveis.

¹³ Publicadas em 2009, tendo por ano de base 2008, com projecções até 2060.

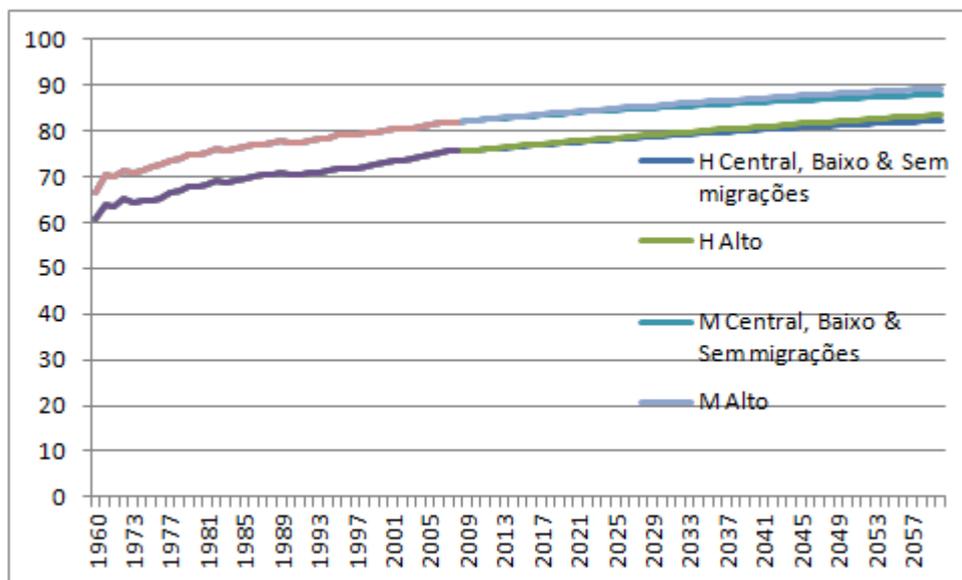
Figura 60 – Hipóteses subjacentes aos Cenários do INE

Cenários	Índice Sintético de Fecundidade		Esperança Média de Vida (anos)				Saldo Migratório		
	2008	2060	2008		2060		2008	2020	2060
			H	M	H	M			
Central	1,3	1,6	75,4	82,0	82,3	87,9	21 053	36 584	36 584
Baixo	1,3	1,3	75,4	82,0	82,3	87,9	19 330	17 623	17 623
Alto	1,3	1,8	75,4	82,0	83,5	89,4	22 778	55 547	55 547
Sem migrações	1,3	1,6	75,4	82,0	82,3	87,9	0	0	0

Fonte: INE

Da observação dos elementos gráficos que combinam os registos das últimas 4 ou 5 décadas com as trajetórias assumidas pelas hipóteses de projecção pode-se aferir que a assumpção relativa à Esperança Média de Vida à nascença constitui um prolongamento da tendência passada com uma ligeira desaceleração relativamente aos homens.

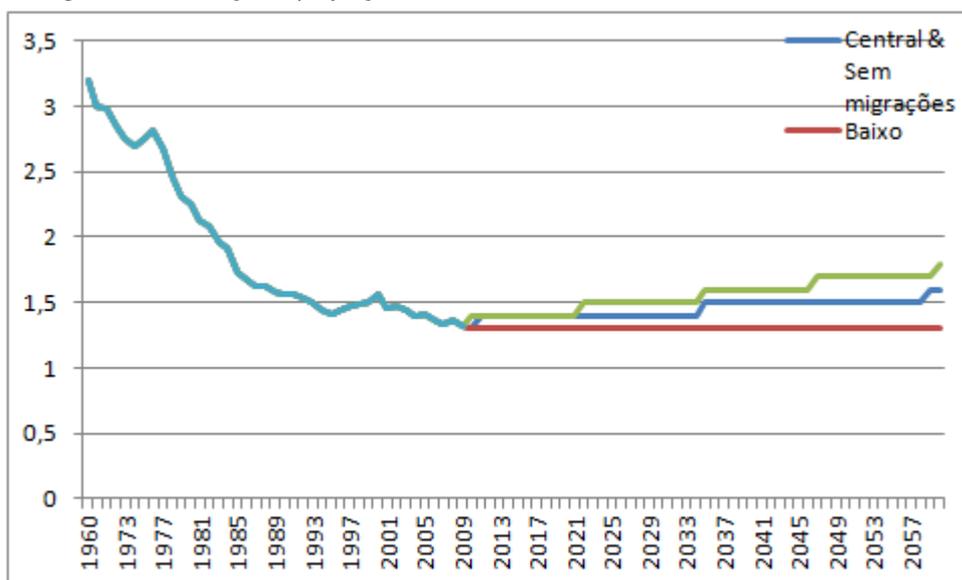
Figura 61 – Evolução e projecções da Esperança Média de Vida: 1960-2059



Fonte: INE

As trajectórias antecipadas para a fecundidade assumem que, na pior das hipóteses, o decréscimo findou e os baixos valores actuais permanecerão (cenário baixo) e que, na melhor das hipóteses, após um período de lenta recuperação, em 2060 atingiremos um patamar similar ao verificado em 1985, i.e. um nível de fecundidade de 1,8 filhos por mulher em idade fértil (cenário alto), próximo dos actualmente observáveis na Bélgica, Holanda ou Dinamarca.

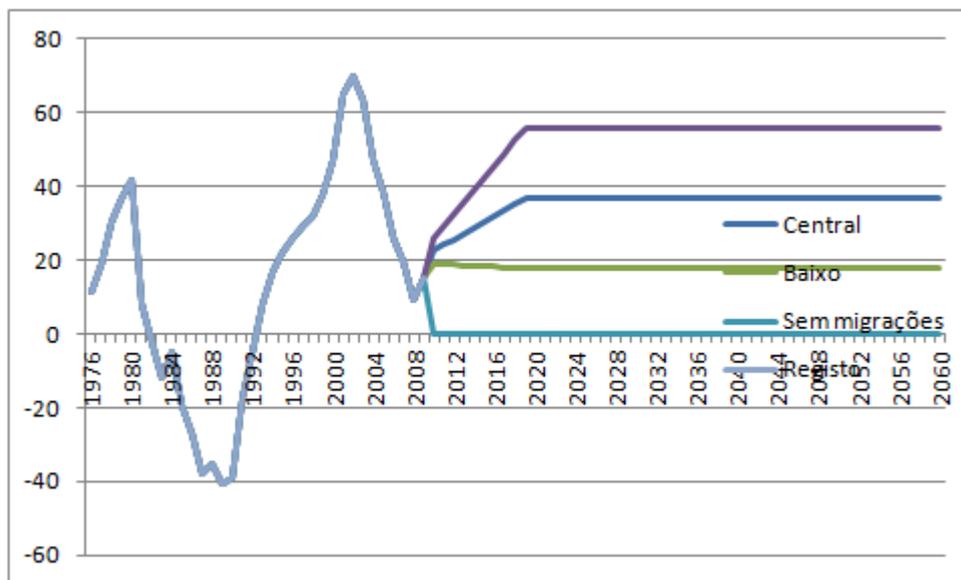
Figura 62 – Evolução e projecções do Índice Sintético de Fecundidade: 1960-2059



Fonte: INE

Por seu turno, a amplitude de trajectórias construídas para o saldo migratório ilustra o elevado grau de incerteza que se reconhece para esta variável.

Figura 63 – Evolução e projecções do Saldo Migratório: 1960-2059



Fonte: INE

O cenário sem migrações retrata uma dinâmica que apenas tem paralelo na história portuguesa se se analisar de forma conjunta o comportamento antagónico do saldo migratório do período 1976 a 1997, sendo o saldo líquido de apenas 8 000 pessoas nesses 22 anos. Deve-se salientar contudo que a cronologia de entradas e saídas de população interage com outras variáveis demográficas, nomeadamente com a estrutura etária e com a fecundidade. Por seu turno, o cenário alto prevê uma evolução que estabiliza num nível de acréscimo anual de cidadãos por via das migrações (55 500) que apenas tem paralelo na primeira metade da década passada, sendo o maior valor médio por quinquénio que se registou desde 1976. O cenário central apresenta um valor de maturidade próximo da média dos últimos 15 anos e o cenário baixo uma dimensão ligeiramente inferior a metade desse valor.

Apreciação qualitativa dos cenários

Do ponto de vista qualitativo, o cenário central tem dois riscos ao nível das assumpções de base. Em primeiro lugar, a perspectiva de recuperação da fertilidade poderá ser atenuada ou anulada pelas dinâmicas actuais no plano da migração da população jovem adulta, no comportamento do mercado de trabalho e na redefinição do papel da criança na sociedade e nas famílias. Em segundo lugar, as estimativas de crescimento do saldo migratório contrariam as tendências recentes e que se poderão fundamentar no baixo ritmo de crescimento da actividade económica portuguesa na

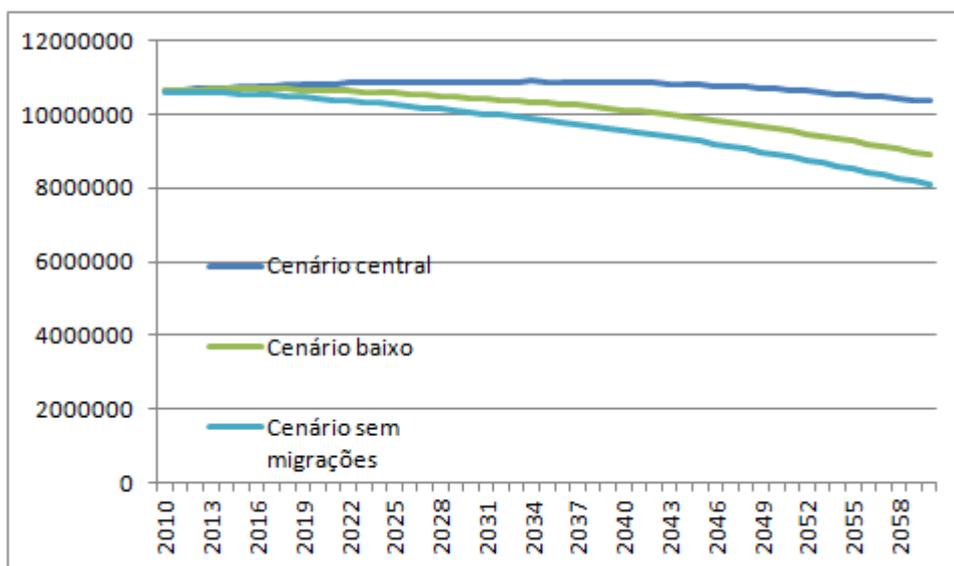
última década, com o conseqüente impacto nas necessidades de mão-de-obra e no aumento do desemprego, a redução dos apoios sociais e a maior dinâmica de crescimento económico que observamos em países que tipicamente foram origem de imigração, nomeadamente o Brasil.

Neste contexto, uma abordagem mais prudente dará especial atenção ao cenário baixo construído com base em hipóteses de relativa estabilização quer do índice sintético de fecundidade, quer do saldo migratório, assumindo como espaço de variação superior o cenário central e inferior o cenário sem migrações.

Trajectória para a população portuguesa até 2020

Tendo presente as trajectórias projectadas para população portuguesa nos períodos de referência de 2020 e 2060, um primeiro marco consiste no momento em que se perspectiva o início do declínio populacional. O cenário baixo situa esse marco no ano 2016, estimando que entre esse ano e 2020, Portugal perca cerca de 29 062 efectivos.

Figura 64 – Projecções da População Residente:2010-2060



Fonte: INE

No cenário central, perspectiva-se um aumento de 170 000 efectivos até 2020 e no cenário sem migrações projecta-se um declínio já em 2011, perspectivando até 2020 a perda de 171 000 efectivos.

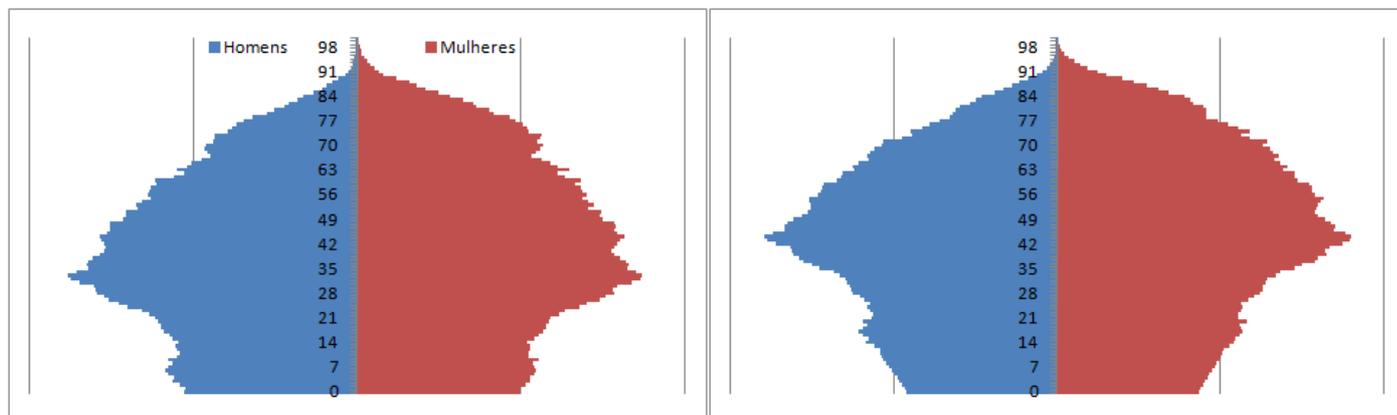
A estrutura etária que temos e a que teremos em 2020

O processo de envelhecimento tem profundas implicações na estrutura etária da população, que por sua vez, gera significativas alterações nas necessidades sociais e nas actividades económica e política.

A combinação do envelhecimento de topo, motivado pelo aumento da esperança média de vida, com o envelhecimento de base, suportado pela redução da fecundidade, gera uma dinâmica de aumento da idade média da população e da representatividade dos grupos etários mais elevados, cuja velocidade é, de uma forma mais ou menos limitada, mediada pelo comportamento das migrações.

O movimento populacional é composto de um conjunto complexo de interacções que se manifestam nas diversas gerações em coexistência num dado momento na sociedade. A comparação de pirâmides etárias em diferentes momentos ilustra algumas dessas características que assumem especial relevância de acordo com os papéis sociais que estão associados aos vários grupos etários.

Figura 65 – Pirâmides Etárias da População Residente, por Género: 2009 e 2020



Fonte: INE

Da análise nos dois extremos do período de referência, os anos 2009 e 2020, é possível inferir o aumento da idade média da população residente e o envelhecimento da população em idade activa. Estima-se que neste período a idade média da população aumentará cerca de 2,5 anos e que o número de pessoas idosas por cada 100 jovens cresça de 115 para 152 (cenário baixo).

No entanto, nesta etapa do envelhecimento populacional português os impactos ao nível da dependência do ponto de vista demográfico são relativamente moderados. Neste sentido, a relação entre os indivíduos em idade activa e os grupos etários tipicamente considerados dependentes (jovens e idosos) deteriora-se lentamente, uma vez que o crescimento do indicador de dependência dos idosos é parcialmente contrariado pelo decréscimo no índice de dependência dos jovens.

Devem salientar-se as projecções de evolução negativa da população em idade activa que variam entre -0,5 % (cenário central), -2 % (cenário baixo) e -4,5 % (cenário sem migrações). Por contraponto, o crescimento da população com 65 ou mais anos não varia significativamente nos vários cenários (18 % a 19 %).

Comportamento dos grupos mais relevantes até 2020

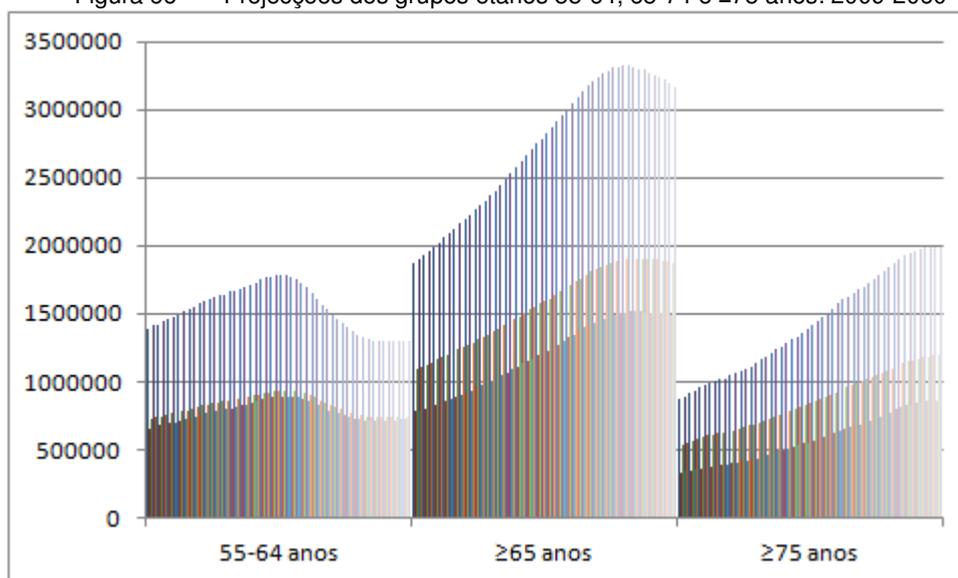
Em complemento com a análise dos grupos populacionais dos idosos e muito idosos, a investigação do comportamento do grupo de pessoas com idades compreendidas

entre os 55 e os 64 anos reveste-se de especial importância por se tratar de um grupo em idade activa onde vários factores estão em equação, nomeadamente:

- ✓ Proximidade com a idade estatutária de reforma;
- ✓ Subida da probabilidade de desemprego ou inactividade e menor empregabilidade;
- ✓ Maior probabilidade de necessidade de conciliar a actividade profissional com cuidados a ascendentes.

A título ilustrativo pode-se referir que no espaço de uma década este grupo particular estará praticamente todo reformado, o que não significará uma ruptura completa com o mercado de trabalho, uma vez que em Portugal os rendimentos do trabalho representam uma proporção significativa (22 %) dos rendimentos dos idosos. É igualmente nestas idade que a reforma por invalidez mais de manifesta e que a taxa de participação regista uma quebra muito acentuada.

Figura 66 – – Projecções dos grupos etários 55-64, 65-74 e ≥75 anos: 2009-2060



Fonte: INE

No horizonte 2020 e com base no cenário baixo todos os grupos etários crescem em número e proporção da população total e em idade activa. Em 2009 as pessoas com 55-64 anos representavam cerca de 18% da população em idade activa, passando para 21 % em 2020.

Figura 67 – Variação populacional dos grupos etários 55-64, 65-74 e ≥75 anos: 2009-2020

	55-64 anos	65-74 anos	≥75 anos
2009 a 2020	15%	19%	22%

Fonte: INE

De forma análoga, em 2009, por cada 100 pessoas em idade activa havia 26 idosos a população idosa. Os valores deste rácio crescem para 32 em 2020.

O envelhecimento em Portugal, na UE15 e na UE27 em 2009 e 2020

A comparação internacional de Portugal com a União Europeia a 15 e a 27 e com um conjunto de países seleccionado de acordo com os objectivos de definição de referências para os serviços sociais, permitirá situar a intensidade das mudanças que se abordaram nos pontos anteriores. No entanto, é necessário ter presente que este olhar comparativo se baseia nas projecções do Eurostat realizadas por referência ao ano de 2008, por motivos de coerência metodológica para o conjunto de países analisados, mas que prevê uma dinâmica algo distinta da projectada pelos exercícios prospectivos do Instituto Nacional de Estatística.

Ponto prévio à apreciação da situação actual e das trajectórias projectadas é a constatação das diferenças em termos da dimensão populacionais entre os países em comparação. A Holanda é o país com um número de cidadãos (16,5 milhões) mais próximo do registado em Portugal (10,6 milhões), seguindo-se a Espanha (46 milhões) e mais afastada a Alemanha (82,2 milhões).

Figura 68 – Indicadores Demográficos e de Dependência, 2009

	Portugal	Alemanha	Espanha	Holanda	UE15	UE27
	Índices					
Envelhecimento	115	150	112	85	113	110
Dep. Jovens	23	21	22	26	24	23
Dep. Idosos	26	31	24	22	27	26
Dep. Total	49	51	46	49	51	49
Longevidade	46	42	50	45	47	47
Susten. Potencial	4	3	4	5	4	4
	Distribuição pop.					
0-14 anos	15%	14%	15%	18%	16%	16%
15-64 anos	67%	66%	69%	67%	66%	67%
≥ 65 anos	18%	20%	17%	15%	18%	17%

Fonte: EUROSTAT

Do conjunto de países analisados na situação de base, i.e. em 2009, a Holanda destacava-se como o país mais jovem e a Alemanha como o país mais envelhecido. O peso relativo da população em idade activa varia relativamente (3 pontos percentuais), sendo a proporção de população idosa a que apresenta valores mais díspares, entre 15 % a 20 %. Apesar da proximidade na dimensão populacional, a situação da Holanda destaca-se de Portugal e de todos os demais países, uma vez que constitui o único país deste conjunto que apresenta um peso relativo das crianças e jovens superior ao dos idosos: em 2009 por cada 100 jovens tinha 85 idosos. Desde inícios da década passada que Portugal inverteu essa relação e que se traduz num índice de envelhecimento superior a 100. De acordo com a bateria de indicadores apresentados, o perfil de Portugal em 2009 é muito similar à média dos 27 países da União Europeia e está próximo da situação de Espanha, que concentra ligeiramente mais pessoas nos grupos em idade activa. Baseando a análise das trajectórias no mesmo conjunto de indicadores, o quadro seguinte apresenta a variação de 2009 a 2020, de forma a possibilitar a avaliação da força relativa das pressões demográficas no sentido do envelhecimento de forma comparativa.

Figura 69 – Alguns Indicadores Demográficos e de Dependência: 2020

	Portugal	Alemanha	Espanha	Holanda	UE15	UE27
	Índices					
Envelhecimento	139	181	117	126	132	131
Dep. Jovens	22	19	23	24	24	24
Dep. Idosos	31	35	27	31	32	31
Dep. Total	53	55	51	55	56	55
Longevidade	48	52	49	42	48	47
Susten. Potencial	3	3	4	3	3	3
	Distribuição pop.					
0-14 anos	14%	13%	16%	16%	16%	15%
15-64 anos	65%	65%	66%	65%	64%	65%
≥ 65 anos	20%	23%	18%	20%	20%	20%

Fonte: INE

Centrando a análise no período de referência até 2020 e conjugando os diversos factores retratados pela selecção de indicadores pode-se constatar que a Espanha é o país que regista menor pressão de envelhecimento, vendo aumentar o peso relativo dos jovens e observando o menor agravamento no índice de envelhecimento. Ainda assim, deve-se relevar a redução do peso relativo da população em idade activa com reflexo no índice de dependência total.

A evolução projectada para Portugal está relativamente próxima dos valores médios do conjunto dos 27 países da UE, com a diferença do comportamento do grupo das crianças e jovens. Neste período o nosso país vê reduzir o peso relativo da população jovem e da população em idade activa em níveis muito semelhantes aos registados pela Alemanha. A principal diferença da Alemanha revela-se no envelhecimento de topo com a subida de 10 pontos percentuais na proporção de pessoas muito idosas no grupo dos idosos.

VII. 2 - CENÁRIOS PARA A EVOLUÇÃO DAS ESTRUTURAS DOS AGREGADOS FAMILIARES

Os exercícios de projecção quantificada da evolução das famílias são bastante complexos e relativamente raros. Em 2003, o Eurostat apresentou um exercício de projecção dos agregados familiares, entre 1995 e 2025, com base em três cenários:

- ✓ Cenário individualista e de secularização (CIS): atomização dos agregados familiares e baixa fertilidade;
- ✓ Cenário familiarista (CF): desaceleração da redução da dimensão média das famílias e recuperação da fertilidade;
- ✓ Cenário base (CB): trajectória intermédia entre os dois cenários anteriores (média)

Este exercício foi realizado para cada país da União Europeia a quinze, calculando o número de pessoas em famílias institucionais e em quatro tipos de famílias clássicas, por sexo e idade: pessoas sós, pessoas a viver como casais, jovens a viver em casa dos pais e a viver noutros tipos de agregados.

O Anexo 9 apresenta uma breve análise da aderência da evolução cenarizada para 1995-2010 à evolução efectivamente observada. Nesse contexto, o cenário individualista e o cenário base constituem os pontos de partida para o exercício prospectivo que se desenvolve de seguida: ajustamento da evolução dos idosos a viver sós, em instituições sociais e em famílias com mais pessoas. Admitiu-se uma evolução linear das tendências inscritas naqueles dois cenários para o período 2010-2025 de modo a se obter o valor aproximado que se pode projectar para 2020.

VIII. AS CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE E PROTECÇÃO SOCIAL PARA RESPOSTA À SITUAÇÃO DOS IDOSOS

As necessidades da população idosa, em 2020, possuirão presumivelmente um núcleo comum às actuais, nomeadamente ao nível das necessidades básicas e de conforto, mas conterão igualmente todo um conjunto de novas necessidades induzidas pela evolução económica, social e tecnológica e dos papéis de cada pessoa e geração na sociedade.

Neste quadro, as sociedades actuais terão que se orientar prioritariamente num cenário em que *“Os ganhos de longevidade parecem ser acompanhados por uma situação epidemiológica implicando a prevalência de causas de morte associadas ao sistema circulatório e oncológicas...”* sendo que as correspondentes patologias se desenvolvem *“...de forma lenta, controlada pelos avanços curativos e paliativos da medicina, criando-se dependências e estados crónicos de doença que solicitam apoios individualizados de longa duração, numa escala inédita até há poucos anos”*¹⁴. A interligação e complementaridade entre os sistemas de saúde e protecção social deve, cada vez mais, ser perspectivada numa lógica de ciclo de vida devendo, desde logo, começar na fase pré-idosos e constituir-se como instrumento fundamental ao longo de todo o envelhecimento, incluindo o próprio envelhecimento activo.

O envelhecimento não deve alhear-se das condições para continuar a viver de forma autónoma o mais tempo possível, impondo uma acção integrada e complementar, o que pressupõe a existência de diversos instrumentos no domínio da saúde e do apoio social, sem esquecer a existência de profissionais com formação e competências adequadas, mas também a adequação dos serviços de saúde e protecção social e a optimização dos diversos instrumentos disponíveis pelo Estado e sociedade.

Actualmente, os sistemas de saúde e protecção social de apoio a idosos podem-se caracterizar e contextualizar por um conjunto de pontos fortes e oportunidades, pontos fracos e ameaças, sistematizados no quadro seguinte:

¹⁴ Ribeiro Mendes, Fernando (2011), *Segurança Social: o futuro hipotecado*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Figura 70 - Análise SWOT dos Sistemas de Saúde e Protecção Social

S – Pontos Fortes	O - Oportunidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existência de uma rede de serviços sociais recente, com enraizamento local e dinâmica de crescimento 2. Serviço Nacional de Saúde integrando um Plano Nacional de Saúde para o Idoso 3. Existência da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados 4. Aumento da esperança de vida 5. Natureza/ espírito solidário e de voluntariado 6. Tendência do maior apoio por serviços na base da família, o que requer menores recursos, nomeadamente públicos 7. Regulamentação adequada ao nível nacional e europeu 8. Área chave para o crescimento do emprego nos próximos anos 9. Existência de certificação de qualidade para os serviços de apoio social 10. Qualidade dos recursos humanos existentes 11. Existência de equipas multidisciplinares domiciliárias 12. Capacidade para traduzir as dimensões de proximidade e personalização do serviço; 13. Hábitos de trabalho em parceria em alguns segmentos; 14. Capacidade de dinamização de recursos privados 	<ol style="list-style-type: none"> 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 4. Reforço do voluntariado e do papel das ONG 5. Troca de boas práticas com vista à construção de parcerias para serviços sociais 6. Promoção das tecnologias de informação e comunicação para apoio a idosos 7. Estabelecimento de parcerias formais e informais entre o sector público e a sociedade civil (incluindo famílias) 8. Intervenção da população migrante no apoio domiciliário 9. Apostas e qualidade das equipas multidisciplinares 10. Desenvolvimento de acções de formação, no quadro da aprendizagem ao longo da vida, para os trabalhadores do sector social 11. Promoção de actividades não económicas que possibilitem o envelhecimento activo 12. Promoção da igualdade e justiça social no acesso aos serviços sociais 13. Existência de procuras não satisfeitas, tradicionais e novas que permitem a diferenciação e diversificação 14. Incremento da transferência de actividades e funções dos serviços públicos para a sociedade civil 15. Capacidade para utilizar modelos mistos de financiamento que reduzam a dependência do financiamento público 16. Linhas de financiamento europeu, no âmbito dos programas de coesão.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de políticas estratégicas e integradas para o envelhecimento da população 2. Falta de carreiras específicas no domínio da saúde direccionadas para a população idosa (ausência de médicos geriatras e outro pessoal) 3. 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; 4. Reduzido apoio domiciliário para tarefas diárias de apoio a idosos (higiene, limpeza, roupas, etc) 5. Listas de espera nos domínios de saúde e de apoio a idosos 6. Dificuldades na acessibilidade aos serviços 7. Unidades/camas de cuidados paliativos insuficientes 8. Possibilidade de existência de trabalho informal com baixa preparação profissional 9. Desigualdades entre população rural e população urbana no acesso a serviços, nomeadamente de saúde 10. Discrepância na referênciação entre diferentes níveis de cuidados 11. Forte rotatividade da mão-de-obra e escassez de ofertas de formação contínua 12. Falta de um programa de formação de recursos humanos (para além das <i>core-skills</i> é necessário competências de gestão, <i>soft-skills</i>) e de um programa integrado de crescimento adequado da rede de serviços sociais 13. Excessiva dependência dos apoios públicos e carência dos recursos dos utentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velocidade das mudanças demográficas (casos de elevada pressão da procura podem diminuir a qualidade dos serviços) 2. Desertificação, isolamento, dispersão populacional em zonas de grande envelhecimento 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. Impacto da crise económica originando falta de recursos financeiros públicos e privados 6. Falta de informação aos utentes, para a utilização das infra-estruturas existentes 7. Excesso de burocracia no acesso à utilização dos equipamentos sociais 8. Falta de formação para os “cuidadores” 9. Falta de actividades do sector social para pessoas mais qualificadas 10. Falta de intervenções ao nível da prevenção primária 11. Fraco apoio das famílias com origem em relações familiares degradadas 12. Fraca actividade fiscalizadora nos segmentos em que o acesso a profissões certificadas e a actividades são enquadradas por normas de funcionamento 13. Tendência progressiva para diminuição dos fundos comunitários
W – Pontos Fracos	T - Ameaças

Da análise relativa às quatro dimensões inseridas na matriz SWOT pode-se extrair um conjunto de factores positivos para o desenvolvimento dos dois sistemas, bem como ilustrar a existência de vários constrangimentos. Neste contexto, parece de salientar as capacidades de desenvolvimento que ambos os sistemas possuem tendo presente a existência de procuras não satisfeitas, sejam elas tradicionais ou não, o que poderá acarretar um crescimento em recursos humanos com qualificações adequadas ao segmento da população em causa.

É de salientar a tendência que se tem verificado no sentido do maior apoio ao idoso por parte do agregado familiar que se traduz numa diminuição de custos por parte dos poderes públicos mas que, dada a espectável alteração da estrutura tradicional da família, espera-se que venha exigir um reforço de parcerias entre o sector público e a sociedade civil. Igualmente, ligado aos cuidados com o idoso, por parte do agregado familiar, é de salientar a aposta na existência e qualidade das equipas mistas de saúde e serviços sociais no apoio domiciliário

Apesar de existirem factores críticos, nomeadamente ligados à previsível diminuição de apoios públicos, existe em contrapartida capacidade para encontrar alternativas de financiamento que dotem as entidades de uma maior autonomia e menor dependência, face aos poderes públicos essencialmente em termos financeiros.

Esta autonomia conseguir-se-á com a conjugação da lógica de funcionamento virada para o mercado com a lógica do funcionamento não lucrativo, sem contudo comprometer o seu desenvolvimento e permitindo dotar as entidades de uma imagem mais qualificada conforme experiências já adoptadas por entidades do sector não lucrativo.

Um dos principais pontos fracos referidos relaciona-se com a ausência de políticas estratégicas e integradas para o envelhecimento da população, aspecto cada vez mais importante perante a rapidez nas mudanças demográficas, com a consequente elevada pressão sobre a procura e eventual diminuição da qualidade dos serviços.

Outra questão relaciona-se com a falta de recursos humanos qualificados, essencialmente a falta de pessoal qualificado direccionado para a população idosa, de que são exemplos a não existência da especialidade geriátrica na carreira médica, assim como da falta de oportunidades quer para o desenvolvimento de carreiras nos serviços sociais de apoio a idosos, quer para o enquadramento no sector social de pessoas mais qualificadas. Ainda relacionado com a formação, os sectores tratados

neste trabalho apresentam carências de formação, nomeadamente formação contínua, sem esquecer as pessoas que prestam cuidados no seio da família, os chamados cuidadores, que deveriam ser alvo de oportunidades de acesso a acções de formação e informação.

No pressuposto do reforço das capacidades dos cuidadores, continuam a existir lacunas no apoio domiciliário para tarefas diárias de apoio aos idosos¹⁵.

A emergência de necessidades muito específicas de alterações estruturais – envelhecimento da população, alteração de estruturas familiares e respectivos papéis tradicionais, crescimento da pressão da vida urbana e falta de respostas estruturadas e integradas a todas as necessidades sociais – levarão à reorganização dos serviços de apoio social, bem como à operação dos conteúdos dos seus empregos essencialmente em termos de competências.

Não basta que o prestador detenha um aparelho tecnológico particular, boas instalações, técnicas mais ou menos sofisticadas, é fundamental que o prestador possua um conjunto de competências técnicas mas também relacionais. Coloca-se assim no centro das estratégias do sector a qualificação dos recursos humanos.

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 que a sociedade portuguesa ambiciona.

Outro ponto relevante é o da falta de articulação e de coordenação, não só entre os serviços de saúde e apoio social, mas também dentro dos próprios serviços. Esta situação origina situações de sobreposição de serviços ou de lacunas nas actividades a desenvolver. Estes aspectos levam por vezes a ocupações indevidas de vagas o que acarreta, por sua vez, uma diminuição apreciável da capacidade de resposta global.

¹⁵ A este propósito sugere-se a leitura do testemunho intitulado “*O empreendedorismo em cuidados continuados de saúde ao domicílio – relato de uma experiência*”, incluído em anexo.

Como nota de grande preocupação refira-se a actual crise económico-financeira que poderá ter fortes impactos nas várias componentes do sistema de apoio aos idosos.

IX. AS NECESSIDADES DE EMPREGO

Tal como se vem constatando, quer a nível europeu quer a nível nacional, o envelhecimento da população tem vindo a evoluir de forma significativa conforme se constata pelo cada vez maior peso da população com 65 e mais anos. Este fenómeno tem impactos em vários domínios nomeadamente nos serviços de saúde e nos serviços sociais e, com implicações de vária natureza, como no nível e na estrutura do emprego destes serviços pelo que, pela sua relevância, se impõe identificar quais as necessidades a médio prazo dos recursos humanos.

Neste contexto o presente estudo procura perspectivar para o ano horizonte de 2020 as necessidades de pessoal qualificado e respectivas competências que contribuam para garantir a saúde e o bem-estar da população idosa, numa óptica global de envelhecimento activo.

IX.1 - SUBSISTEMA DE SAÚDE

A base de trabalho utilizada para as projecções foi constituída, essencialmente, pelos dados do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros e Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. Deve salientar-se a existência de algumas discrepâncias entre as diferentes fontes e em certos casos trabalhou-se com anos de referência diferentes, não obstante a dimensão das diferenças não ser significativa.

Em termos metodológicos, seguiu-se de perto, incluindo a adopção de cenários para os médicos, o estudo da ACSS intitulado “*Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos*”, com data de Abril de 2009. Assim foram considerados dois cenários, correspondendo um à manutenção do número de médicos por 100 000 habitantes no SNS (232) - Cenário Baixo e um segundo cenário em que se considera que Portugal possa atingir o número de médicos por 100 000 habitantes idêntico ao rácio de cobertura verificado na Europa a 15, em 2005 (338) – Cenário Alto.

Em relação ao Cenário Baixo, o total de médicos foi calculado em função das projecções demográficas inseridas no capítulo VII.

Os cálculos para as restantes categorias de pessoal no SNS tiveram na base a relação dos médicos sobre cada uma das categorias existentes em 2009. Uma vez calculada esta relação, extrapolaram-se os valores para 2020, com pequenos ajustamentos em certas categorias em que foi considerada a tendência que se vem observando.

No referente ao Cenário Alto os cálculos partiram do rácio de médicos por 100 000 habitantes igual à média existente para os 15 Estados Membros da UE. Igualmente os cálculos para as restantes categorias profissionais do SNS foram efectuados mantendo as mesmas relações médicas/categorias profissionais, tal como no cenário anterior e igualmente com os ajustamentos já considerados.

Figura 71 - Necessidades em recursos humanos de Técnicos de saúde no SNS em 2020

	2009	2020 H. Baixa	2020 H. Alta
Médicos por 100 000 habitantes no SNS	232,1	232	338
Médicos por 100 000 habitantes	387,4	387	387
Total de médicos	38,9	39 474	39 474
Total de médicos no SNS	24,6	23 664	34 476
Total de enfermeiros	39 833	39 440	57 460
Total de técnicos superiores	3 926	3 944	2 652
Total de técnicos de diagnóstico e terapeuta	7 834	9 466	9 850
Total	76 193	76 514	104 438

Conforme referido em capítulos anteriores foi criada, em 1996, a Rede de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), inserida no SNS para dar resposta à situação resultante de 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.

De acordo com as previsões do relatório anteriormente citado sobre necessidades previsionais de médicos para 2020, a RNCCI necessita de 300 médicos pertencentes ao SNS (considerado cenário baixo no presente estudo), 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)

Figura 72 – Previsão das Necessidades de Recursos Humanos na RNCCI, em 2020 – Cenário Baixo

	2010			2020			
	Total	Estrutura (%)	Rácio ou.cat./médico	Total SNS	Total SNS	Total	Total não SNS
Médicos	588	7,6	1	189	300	934	634
Enfermeiros	2240	29,2	3,8	718	1140	3557	2417
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	210	623	413
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	60	174	114
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	90	264	174
Assistente social	225	2,9	0,4	76	120	355	235
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	90	288	198
Animador socio-cultural	136	1,8	0,2	38	60	215	155
Auxiliar de acção médica	2575	33,5	4,4	831	1 320	4 090	2 770
Outro perfil	1069	13,9	1,8	340	540	1 698	1 158
Total	7681	100,0	-	2 475	3 930	12 198	8 268

Tal como para o SNS trabalhou-se para o RNCCI com cenário alto para 2020, e seguindo a mesma metodologia que se adoptou para o cenário baixo, tendo apenas partido da hipótese de se manter a mesma relação entre o número de médicos projectado para o cenário alto no SNS e o número de médicos da RNCCI chegou-se aos valores apresentados no quadro abaixo.

Figura 73 – Previsão das Necessidades de Recursos Humanos na RNCCI, em 2020 – Cenário Alto

	2010			2020			
	Total	Estrutura (%)	Rácio ou.cat./médico	Total SNS	Total SNS	Total	Total não SNS
Médicos	588	7,6		189	437	1 361	924
Enfermeiros	2 240	29,2	3,8	718	1 679	5 229	3 550
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	295	920	625
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	82	250	168
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	127	400	273
Assistente social	225	2,9	0,4	76	168	520	352
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	133	415	282
Animador socio-cultural	136	1,8	0,2	38	104	324	220
Auxiliar de acção médica	2 575	33,5	4,4	831	1 927	6 000	4 073
Outro perfil	1 069	13,9	1,8	340	799	2 489	1 690
Total	7 681	100,0		2 475	5 751	17 908	12 157

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, 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.

Figura 74 – Técnicos de Saúde Necessários no SNS e na RNCCI, em 2020

	2009	2020	
		Cenário Baixo	Cenário Alto
Serviço Nacional de Saúde	76 193	76 514	104 438
<i>RNCCI no SNS</i>	2 475	3 930	5 751
Entidades Privadas da RNCCI	5 206	8 268	12 157
Total	81 399	84 782	116 595

O aumento previsto em recursos humanos para a RNCCI tem como pressuposto haver um aumento do número de camas nas tipologias actualmente mais carenciadas (cuidados paliativos e convalescença).

IX.2 - SUBSISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL

As projecções realizadas tiveram por base os dados da Carta Social do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, dados estatísticos da União das Misericórdias e Estatísticas Demográficas do INE. A metodologia utilizada identificou necessidades em profissionais para as principais respostas sociais, designadamente lares, centros de dia, apoio domiciliário e residências. Para cada uma destas respostas sociais, consideraram-se dois cenários que tiveram em conta o crescimento da população idosa:

Cenário baixo: manutenção das taxas de cobertura existentes em 2009, em cada valência;

Cenário alto: as taxas de cobertura tiveram em atenção a evolução verificada nos últimos 11 anos das respostas sociais, a redução das filas de espera de entrada nas mesmas, a diminuição do peso das respostas em instituição em relação ao reforço da capacidade em serviços de apoio domiciliário e centros de dia, na linha do que se vem observando nos países da UE.

A população de 65 e mais anos e respectivos grupos etários, corresponde à população apresentada anteriormente, correspondente a um cenário baixo de evolução da população residente até 2020.

Consideraram-se como utentes das respostas sociais os seguintes grupos alvo da população:

- Lar de idosos: população com 75 e mais anos;
- Serviço de apoio domiciliário: população com 65 e mais anos;
- Residências e Centros de dia: população com idades entre os 65 e 74 anos.

No que concerne às três últimas valências de acção social, para o cálculo da taxa de cobertura, não foram considerados os grupos de população que se encontram nas outras valências assim como a população activa com mais de 65 anos.

As projecções para 2020 das necessidades em recursos humanos para todas as valências de acção social tiveram em linha de conta o que se encontra definido para o número de utentes que deve existir em cada unidade e a respectiva dimensão e estrutura de pessoal (Anexo 4).

Na projecção dos recursos humanos necessários para 2020 teve-se em consideração os seguintes rácios de número de trabalhadores por grupo de utentes que seguem de perto a regulamentação existente:

- Lar de idosos: 21 funcionários por lar de 40 utentes;
- Serviço de apoio domiciliário: 12,5 funcionários para um grupo de 40 utentes;
- Centro de dia/ centro de convívio: 6 funcionários para um grupo de 60 utentes;
- Residência: 15 trabalhadores para grupos de 30 utentes.

Figura 75– Previsão das Necessidades de Recursos Humanos nos Serviços de Apoio Social em 2020

	2009	2020	
		Cenário BAIXO	Cenário ALTO
Lar de idosos	37 233	42 189	53 298
<i>taxa de cobertura</i>	7,6 %	7,6 %	12,0 %
Serviço de apoio Domiciliário	30 187	30 525	58937
<i>taxa de cobertura</i>	6,0%	7,2 %	12,0 %
Centro de Dia/ Centro de Convívio	11522	12366	13584
<i>taxa de cobertura</i>	13,6 %	13,6 %	15,0 %
Residência	2364	3 016	7545
<i>taxa de cobertura</i>	0,8 %	0,8 %	2,0 %
TOTAL	81306	87966	133364

Tendo em conta a metodologia utilizada constata-se um crescimento do emprego para 2020 em qualquer dos cenários. Contudo, o crescimento do emprego no primeiro cenário será de 8,1 %, correspondendo à criação de cerca de 600 postos de trabalho/ano, enquanto no segundo cenário se observa um crescimento de 64 %, ou seja, criação de 4 700 postos de trabalho/ano.

IX.3 - EVOLUÇÃO DO EMPREGO TOTAL

Tendo em conta as premissas que deram lugar às projecções realizadas, para os Subsistemas de Saúde e de Protecção Social no domínio de apoio a idosos, tanto para o cenário Baixo como para o cenário Alto, constata-se que o volume de emprego aumenta em qualquer dos casos.

Em qualquer dos cenários observa-se um crescimento do emprego entre 2009 e 2020, sendo de 6,2 %, cerca de 900 novos postos de trabalho por ano, no cenário baixo e de 53,6 %, aproximadamente 7 900 postos de trabalho a criar por ano, no cenário alto.

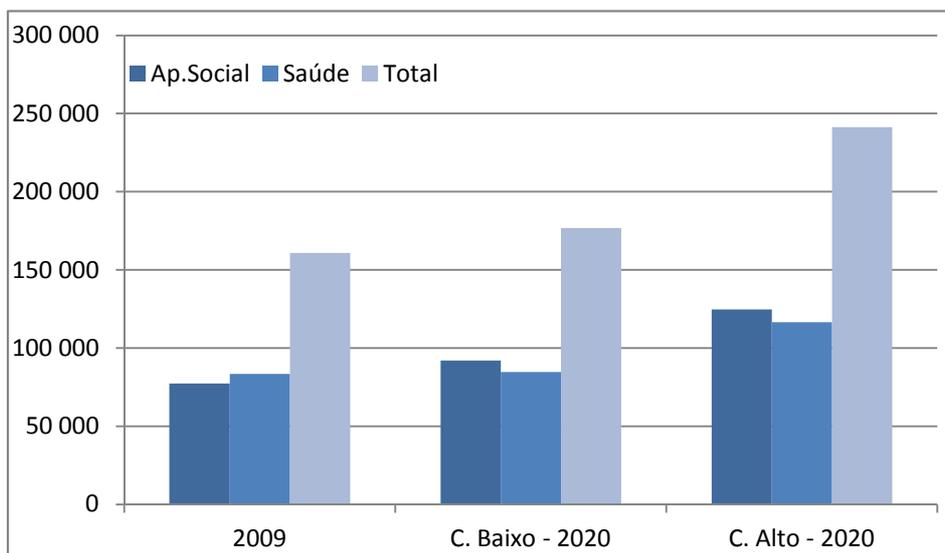
Salienta-se, contudo, que a dimensão do crescimento do emprego é bastante diferente para os dois cenários, bem como o comportamento do emprego no sector social que é

diferente do observado no da saúde nomeadamente no cenário Baixo (ver quadro e gráfico seguintes).

Figura 76 – Previsão das Necessidades Totais de Recursos Humanos - 2020

	2009	2020-H1	2020-H2
Saúde	81 399	84 782	116 595
Apoio Social	81 306	84 966	133 364
Total	162 705	172 748	249 959

Figura 77 – Evolução dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde e Sociais – 2009-2020



Importa chamar a atenção para o facto de os resultados a que se chegou relativos às previsões das necessidades em recursos humanos, nos subsistemas em análise, estão em consonância com os trabalhos desenvolvidos ao nível da UE, sobretudo em termos de tendência. É claro que Portugal, sendo um país em que o peso do sector da saúde e dos serviços sociais representa em termos de emprego cerca de 6 % do total do emprego e a média europeia elevar-se a 10 %, apresenta potencialidades de gerar postos de trabalho nestes domínios. A relevância deve ser posta mais no sentido da tendência do que nos valores quantitativos apresentados uma vez que se trata de matéria de previsão a médio prazo onde os enquadramentos globais podem ser determinantes.