

ESTUDO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS SENIORES EM PORTUGAL



2008 | RELATÓRIO FINAL

Este estudo foi encomendado e financiado pela
Fundação Aga Khan Portugal



Este documento não reflecte as opiniões da Fundação Aga Khan Portugal. Quaisquer interpretações ou opiniões manifestadas neste Relatório são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Ficha Técnica

Título: "Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal"

Autoria: CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG - Boston Consulting Group

Todos os direitos reservados. Reprodução admitida, mediante autorização prévia e referência à fonte de informação.

AGRADECIMENTOS

Os autores do documento que aqui se apresenta agradecem aos que, directa e indirectamente, participaram na realização do “Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal”, todos os contributos que foram sendo prestados e a oportunidade de, com estes, desenvolver uma relação frutuosa de intercâmbio de conhecimentos.

Gostaríamos de relevar o acompanhamento, empenhado e motivador, da Fundação Aga Khan Portugal e da Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, nos diversos debates e fóruns de discussão em que participaram.

Uma menção particular para as diversas instituições do Estado, do Terceiro Sector e do sector privado que aceitaram partilhar connosco informações, reflexões e ideias acerca de um tema que importa a todos nós.

Agradecemos também a todos os seniores que, de forma anónima, acederam a partilhar com a equipa as suas experiências de vida, permitindo - através das diferentes histórias, percursos e perfis - avaliar as suas necessidades e expectativas, compreender melhor os seus anseios e desejos.

INTRODUÇÃO

Este estudo, financiado pela Fundação Aga Khan Portugal, foi encomendado ao consórcio composto pelo **CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, Lda** e pela **BCG - Boston Consulting Group**. Tem como objectivo central promover o conhecimento das tendências e necessidades da população sénior em Portugal. Entenda-se por “população sénior” os “indivíduos que têm 55 ou mais anos de idade”, constituindo esta a população-alvo do estudo. Contudo, ao longo do relatório é frequentemente usada a expressão “população idosa”, relativa aos indivíduos com 65 ou mais anos, tal como estabelecido pelo Instituto Nacional de Estatística. Com efeito, as designações “sénior” e “idoso”, ainda que simultaneamente referidas, são relativas a universos populacionais distintos.

O estudo foi realizado entre Setembro de 2007 e Abril de 2008 por uma equipa de 15 investigadores/consultores, tendo como coordenador principal e responsável pela equipa do CEDRU, o Dr. Carlos Ferreira; o responsável pela equipa da BCG, o Dr. Nuno Monteiro; e os seguintes consultores estrangeiros: Anthony Warnes do SISA - Sheffield Institute for Studies on Ageing / University of Sheffield, Allan Williams do ISET - The Institute for the Study of European Transformation e Klaus Friedrich do Institut für Geographie / Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	I
PARTE I	
O MERCADO SÉNIOR EM PORTUGAL	1
MÓDULO 1	
ANÁLISE DA PROCURA	2
1. Megatendências recentes e futuras	2
1.1. Contextualização do envelhecimento populacional	2
1.2. Uma visão global do bem-estar: complexidade e dimensões	3
1.3. Dinâmicas de envelhecimento: do global ao local	5
2. Segmentação da população sénior em Portugal	17
2.1. Perfil socio-demográfico (os resultados do inquérito e o recenseamento de 2001)	17
2.2. Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM)	23
2.3. Análise dos principais sub-grupos da população sénior	27
3. Análise das necessidades, problemas e dificuldades dos seniores em Portugal	57
3.1. Saúde	57
3.2. Acção Social	64
3.3. Redes de Sociabilização	72
3.4. Habitação	77
3.5. Tempos livres	82
3.6. Percepção global das principais necessidades	87
4. Síntese	90
MÓDULO 2	
ANÁLISE DA OFERTA	92
1. O papel dos diferentes intervenientes na prestação de serviços à população sénior portuguesa: abordagem sistémica	92
1.1. Sector de cuidados a idosos: dimensão actual e perspectivas de crescimento	92
1.2. O papel do Estado na prestação de serviços à população sénior	106
1.3. O Terceiro Sector	120
1.4. O papel do sector privado	149
1.5. O papel da família na prestação de cuidados a seniores	161
2. Síntese	167
MÓDULO 3	
AValiação DE MERCADO	169
1. Cenários de evolução da procura em Portugal	169
2. Cenários de evolução da oferta	171
3. Síntese	178
PARTE II	
APRENDIZAGEM SUSTENTADA EM BOAS PRÁTICAS	179
MÓDULO 4	
ANÁLISE DE CASOS DE ESTUDO BEM SUCEDIDOS A NÍVEL INTERNACIONAL	180
1. Necessidades e prioridades dos serviços seleccionados	180
1.1. Necessidades e preferências da população idosa no que trata ao auxílio quotidiano	180
1.2. Preferências e necessidades dos idosos no que concerne ao alojamento com assistência e serviços pessoais	186
1.3. Necessidade de avaliação global e monitorização constante das condições dos idosos com múltiplas doenças crónicas	194

1.4. Prestação de cuidados a idosos que sofrem de demência/senilidade: modelos psicossociais e médicos.....	200
2. Síntese	208
MÓDULO 5.....	
DESCRIÇÃO DE POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL PARA IDOSOS	209
1. O desenvolvimento de serviços para idosos: uma visão a longo prazo.....	209
2. O desenvolvimento de serviços e programas de protecção social para idosos no Reino Unido.....	210
3. O desenvolvimento de serviços para idosos no Japão	212
4. Lições do Japão, Reino Unido e outros países.....	214
5. Os papéis do Estado na promoção de serviços humanitários para idosos	218
6. Um enquadramento internacional para o desenvolvimento de programas e políticas para idosos: o Plano de Acção Internacional de Madrid para o Envelhecimento (MIPAA).....	219
7. Síntese	224
PARTE III.....	
O MERCADO INTERNACIONAL.....	227
MÓDULO 6.....	
ANÁLISE DO MERCADO SÉNIOR NOS PAÍSES SELECCIONADOS	228
1. O Reino Unido e a reforma em Portugal	229
1.1. Introdução.....	229
1.2. O contexto do Reino Unido.....	229
1.3. Britânicos reformados em Portugal.....	236
1.4. Qualidade de vida dos residentes britânicos seniores	242
1.5. Mudança para Portugal	244
1.6. Trajectórias futuras	246
2. Estudo de mercado sobre idosos alemães em Portugal	253
2.1. Introdução.....	253
2.2. Portugal no contexto europeu de regimes migratórios.....	253
2.3. A comunidade alemã em Portugal - contando os incontáveis	255
2.4. Idosos alemães no estrangeiro: perfil, atitudes e necessidades - aprendendo com Maiorca.....	258
2.5. Preferências alemãs na escolha de propriedades residenciais em Portugal.....	263
3. Síntese	266
MÓDULO 7.....	
O PAPEL DAS EMPRESAS MULTINACIONAIS.....	268
1. Papel do sector privado	268
2. Estudo do papel do sector privado em países seleccionados.....	271
2.1. Caso de Estudo em Espanha - promoção do sector privado para expandir rapidamente a oferta de cuidados a idosos.....	271
2.2. Reino Unido - promover o sector privado para racionalizar custos de estadias de longa duração nos hospitais	282
2.3. O caso dos Países Nórdicos - promoção do papel do sector privado para obter custo-eficiência. O Caso Sueco.....	291
3. Síntese	297
REFERÊNCIAS	300
ANEXOS	314

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. População mundial segundo os grupos etários, 1950-2050 (N.º).....	6
Figura 2. População com 60 ou mais anos, no mundo e regiões em função do nível de desenvolvimento, 1950-2050 (%).....	6
Figura 3. Idade mediana em 2005, variante média (anos).....	7
Figura 4. Idade mediana em 2050, variante média (anos).....	7
Figura 5. Índices de dependência de idosos e crianças, em países em desenvolvimento, 1950-2050.....	8
Figura 6. Índices de dependência de idosos e crianças, em países desenvolvidos, 1950-2050.....	8
Figura 7. Dimensão e distribuição da população mundial com 60 ou mais anos por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 e 2050 (N.º).....	8
Figura 8. Período de tempo necessário para que a população com 65 ou mais anos aumente de 7 para 14% e de 14 para 21%, países seleccionados.....	9
Figura 9. Proporção de mulheres entre as pessoas com 40-59, 60+, 80+ e 100+ anos, no mundo, 2007 (%).....	9
Figura 10. Proporção da população com 60 ou mais anos que vive sozinha, por região e por género, 2005 (%).....	10
Figura 11. Distribuição da população com 60 ou mais anos, por grupos etários, no mundo, 1950-2050 (%).....	10
Figura 12. População com 80 ou mais anos, no mundo, 1950-2050 (%).....	10
Figura 13. Proporção da população com 65 ou mais anos, em 2000 (% do total da população).....	11
Figura 14. População europeia, segundo os grupos etários, 1950-2050 (N.º).....	12
Figura 15. Pirâmide etária europeia em 1950, 2000 e 2050 (%).....	12
Figura 16. Proporção de população jovem (<15 anos) e idosa (>65 anos), 1960-2050 (%).....	13
Figura 17. Classificação do país por percentagem de população com 60 ou mais anos, 2007.....	13
Figura 18. Classificação do país, por índice de envelhecimento, 2007.....	13
Figura 19. População com 65 ou mais anos na União Europeia (EU-15), 2002 (% do total da população).....	14
Figura 20. Pirâmide etária em Portugal, 1960-2000.....	14
Figura 21. Pirâmide etária da população portuguesa em 1950, 2000 e 2050 (%).....	15
Figura 22. Variante média por grupo etário, 1950-2050 (%).....	15
Figura 23. População com mais de 65 anos, por municípios, 2001 (%).....	16
Figura 24. População com mais de 85 anos, por municípios, 2001 (%).....	16
Figura 25. Índice de dependência de idosos, por municípios, 2001 (%).....	16
Figura 26. Índice de envelhecimento, por municípios, 2001 (%).....	16
Figura 27. População estrangeira residente em Portugal Continental, 2001 (N.º).....	50
Figura 28. Panorâmica Geral da situação de Portugal, segundo o Mipex - Índex de Políticas de Integração de Imigrantes, 2006-2007 (%).....	51
Figura 29. Top 10, segundo o Mipex - Índex de Políticas de Integração de Imigrantes, 2006-2007 (%).....	51
Figura 30. Índices de pobreza segundo o rendimento segundo a tipologia de agregado doméstico privado, Portugal, 2000 (%).....	55
Figura 31. Proporção de reformados no escalão de baixos rendimentos (resto da população do país = 100).....	55
Figura 32. Índices de pobreza segundo o rendimento, Portugal e NUTS II, 2000 (%).....	57
Figura 33. Principais tipologias de necessidades ao nível dos cuidados pessoais, 2007 (%).....	87
Figura 34. Principais tipologias de necessidades ao nível das tarefas domésticas, 2007 (%).....	88
Figura 35. Principais tipologias de necessidades ao nível da saúde, 2007 (%).....	88
Figura 36. Principais tipologias de necessidades ao nível da habitação, 2007 (%).....	89
Figura 37. Principais tipologias de necessidades ao nível da mobilidade, 2007 (%).....	89
Figura 38. Principais tipologias de necessidades ao nível do lazer, 2007 (%).....	90
Figura 39. Principais tipologias de necessidades da população sénior, 2007 (%).....	90
Figura 40. Despesas públicas e privadas em cuidados de longa duração a idosos, 2000 (% do PIB).....	92
Figura 41. Comparação dos agregados familiares de pessoas com 65 ou mais anos em países desenvolvidos e em desenvolvimento (%).....	93
Figura 42. Resposta lar residencial à questão “onde quer viver quando for idoso?” (%).....	93

Figura 43. Grau de penetração de serviços de cuidados a idosos em países seleccionados.....	94
Figura 44. Evolução do número de equipamentos sociais, no Continente, 1991-2006 (N.º).....	95
Figura 45. Capacidade em lares de idosos, 2005 (N.º de lugares).....	99
Figura 46. Taxa de ocupação em lares de idosos, 2005 (%).....	100
Figura 47. Capacidade em centros de dia, 2005 (N.º).....	101
Figura 48. Rácio população com 65 ou mais anos de idade / Capacidade (Lugares) dos centros de dia, 2005.....	102
Figura 49. Capacidade do serviço de apoio domiciliário, 2005 (N.º de lugares).....	103
Figura 50. Total de equipamentos sociais para seniores, 2005 (N.º).....	104
Figura 51. Evolução da capacidade de serviços de cuidados a idosos em Portugal, 2002-2006.....	105
Figura 52. Principais prestadores de cuidados, 2002 (%).....	106
Figura 53. Consumidores alvo dos principais prestadores de cuidados a idosos.....	106
Figura 54. Estruturação do Terceiro Sector, em Portugal.....	122
Figura 55. Instituições Particulares de Solidariedade Social, 2007 (N.º).....	123
Figura 56. Universidades Seniores, 2007 (N.º).....	124
Figura 57. Padrão de estabelecimentos das Santas Casas da Misericórdia, em Portugal, 2008.....	127
Figura 58. Respostas sociais para idosos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2007.....	129
Figura 59. Rede de serviços sociais para a população sénior da Cruz Vermelha Portuguesa, 2008 (N.º de beneficiários).....	138
Figura 60. Voluntários como uma parte da mão-de-obra da organização de sociedade civil (%).....	143
Figura 61. Bancos locais de voluntariado, em Portugal.....	144
Figura 62. Voluntariado por tipos de beneficiários, 2002.....	145
Figura 63. Importância do sector privado nos serviços de cuidados a idosos, 2006 (%).....	150
Figura 64. Estudo sobre Solar de São Gião (aberto em 1995).....	152
Figura 65. Estudo sobre Casa Minha (aberta em 2005).....	152
Figura 66. Presença geográfica do sector privado, 2007 (%).....	153
Figura 67. Custo médio mensal dos centros privados de cuidados residenciais por distrito, 2006 (€).....	153
Figura 68. Preço mensal estimado de break even de cuidados residenciais, 2007 (€).....	154
Figura 69. Prestadores privados com licença para cuidados domiciliários, 2007.....	155
Figura 70. Estudo sobre Futuro Feliz em Família.....	156
Figura 71. Estudo sobre Home Instead.....	156
Figura 72. Investimento dos principais grupos privados na prestação de serviços de cuidados a idosos (€).....	157
Figura 73. Monchique Wellness Resort e Spa.....	159
Figura 74. Presença geográfica dos operadores de grande escala, 2006.....	159
Figura 75. Montepio Residências e Serviços.....	160
Figura 76. Projecções da evolução da população com 65 ou mais anos, 2005-2050 (N.º).....	169
Figura 77. Projecções da evolução do PIB per capita, 2005-2030 (€).....	170
Figura 78. Planos públicos de expansão da capacidade residencial dos grandes operadores privados, 2007 (N.º).....	171
Figura 79. Cenários de potencial evolução da oferta.....	172
Figura 80. Clientes alvo dos principais prestadores de cuidados a idosos.....	173
Figura 81. Impacto dos potenciais cenários de evolução sobre o papel dos principais prestadores de cuidados a idosos.....	174
Figura 82. Probabilidade de potenciais cenários de evolução de oferta, a curto prazo.....	174
Figura 83. Probabilidade de cenários de potencial evolução da oferta, a longo prazo.....	176
Figura 84. Impacto da assistência intermédia da Evercare nos internamentos hospitalares.....	198
Figura 85. Emigração do Reino Unido de cidadãos britânicos, 1966-2005, (N.º).....	230
Figura 86. Distribuição etária dos emigrantes britânicos, 1975-2004 (%).....	230
Figura 87. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países, 1995-2005 (N.º).....	232
Figura 88. População actual e futura no Reino Unido, 1991-2031 (N.º).....	248
Figura 89. Estrutura populacional actual e futura no Reino Unido, 1971-2031 (%).....	248
Figura 90. Migrações de cidadãos alemães entre Alemanha e Portugal, 1960-2006.....	254

Figura 91. Migrantes seniores alemães entre Portugal e Alemanha, 1983-1986 e 2003-2006 (%).....	255
Figura 92. Residentes alemães registados em Portugal, 1991-2005 (N.º).....	256
Figura 93. Distribuição espacial dos residentes alemães registados em Portugal, 2005 (N.º).....	257
Figura 94. Estrutura etária dos residentes alemães registados em Portugal, 1991-2005 (N.º).....	258
Figura 95. Estrutura etária da estimativa de residentes alemães em Maiorca, 2001 (N.º).....	259
Figura 96. População sénior na Alemanha, 2006-2030 (N.º).....	263
Figura 97. Preferências regionais dos alemães interessados na compra de uma habitação no estrangeiro (%).....	264
Figura 98. Preferências regionais de alemães interessados em adquirir uma habitação para lazer no estrangeiro (%).....	265
Figura 99. Estimativa das propriedades alemãs no Mediterrâneo (N.º).....	266
Figura 100. Os 10 principais prestadores globais de cuidados a idosos, por número de camas, 2005 (N.º).....	269
Figura 101. Perfis dos 5 principais operadores.....	269
Figura 102. Recente evolução de capacidade de cuidados domiciliários e residenciais, 1999-2006 (N.º).....	272
Figura 103. Recente evolução da cobertura dos cuidados domiciliários e residenciais, 1999-2006 (%).....	272
Figura 104. Peso do sector privado nos cuidados residenciais, 2006 (N.º).....	273
Figura 105. Recente evolução do peso da capacidade com financiamento governamental, 1999-2006 (%).....	273
Figura 106. Custos médios mensais pagos pelo Governo Local aos operadores privados, 2006 (€).....	274
Figura 107. Capacidade de cuidados residenciais por operador, 2006 (N.º).....	274
Figura 108. Comparação da capacidade média de cuidados residenciais: principais operadores vs média nacional, 2006 (N.º).....	274
Figura 109. Planos de crescimento orgânico da BalleSol no negócio de cuidados residenciais, 2007-2009 (N.º).....	275
Figura 110. Planos de crescimento orgânico do Grupo SAR no negócio de cuidados residenciais, 2007-2009 (N.º).....	275
Figura 111. Impacto da aquisição da Euroresidencias pela Sanitas Residencial (N.º).....	276
Figura 112. Posicionamento alternativo dos principais operadores de cuidados a idosos.....	276
Figura 113. Residências assistidas Adorea.....	277
Figura 114. Preços médios de quartos individuais em centros residenciais privados localizados em Madrid, 2006 (€).....	278
Figura 115. Centros residenciais Adavir.....	279
Figura 116. Resort Santa Pola Life.....	281
Figura 117. Evolução recente da capacidade de serviço de assistência telefónica, 1999-2006 (N.º).....	282
Figura 118. Recente evolução de cuidados residenciais e domiciliários, 2002-2006 e 2004-2006 (N.º).....	282
Figura 119. Evolução de idosos com 85 ou mais anos de idade, 1999-2004 (N.º).....	283
Figura 120. Recente evolução de receitas no negócio de cuidados residenciais, 2002-2006 (€).....	284
Figura 121. Recente evolução do negócio de cuidados domiciliários, 2002-2006 (€).....	284
Figura 122. Quota de destinatários de cuidados residenciais financiados ou co-financiados publicamente, 2006 (%).....	285
Figura 123. Evolução recente da capacidade dos serviços da Southern Cross, 2004-2006 (N.º).....	286
Figura 124. Aquisições recentes efectuadas pela Southern Cross, 2004-2007 (N.º).....	286
Figura 125. Evolução recente da capacidade da habitação assistida, 2002-2006 (N.º).....	289
Figura 126. Cuidados especializados prestados pela Southern Cross.....	291
Figura 127. Despesa pública com cuidados a idosos a longo prazo como percentagem do PIB, 2000 (%).....	292
Figura 128. Quota de cuidados a idosos, a longo prazo, financiado pelo Governo (%).....	292
Figura 129. Percentagem de população com mais de 65 anos a beneficiar de cuidados (%).....	292
Figura 130. Evolução da cobertura de cuidados domiciliários nos países nórdicos, 1980-2000 (%).....	293
Figura 131. Evolução dos beneficiários de cuidados a idosos na Suécia, 1990-2005 (%).....	293
Figura 132. Evolução da quota de idosos a receber serviços privados do sector privado, 1993-2001 (%).....	294
Figura 133. Fontes de ajuda a idosos dependentes, com idades entre os 75-84 anos (%).....	295
Figura 134. Prestação privada de cuidados a idosos com financiamento público, 1993-2003 (%).....	295
Figura 135. Principais operadores nórdicos.....	296

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Os principais agentes na prestação e desenvolvimento de serviços sociais dirigidos aos idosos.....	5
Quadro 2. Perfil dos inquiridos, 2007.....	17
Quadro 3. População residente com mais de 55 anos segundo o género, 2007 (%).....	18
Quadro 4. Inquiridos com nacionalidade portuguesa, por região, 2007 (%).....	18
Quadro 5. Inquiridos com nacionalidade estrangeira, por região, 2007 (%).....	18
Quadro 6. Situação dos inquiridos perante o trabalho, 2007.....	19
Quadro 7. Níveis de instrução da amostra, 2007 (%).....	19
Quadro 8. Situação perante o trabalho em função do nível de instrução, 2007 (%).....	19
Quadro 9. Situação na profissão, 2007.....	20
Quadro 10. Indivíduos do agregado familiar (em %), segundo as receitas mensais do agregado (euros), 2007.....	20
Quadro 11. Algumas características da população idosa (65 ou mais anos) total e dos 10% mais pobres, Portugal, 2000 (%).....	21
Quadro 12. Estrutura das receitas médias líquidas anuais por adulto equivalente, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000 (%).....	21
Quadro 13. Rendimento do trabalho, pensões e prestações sociais, 2007 (%).....	21
Quadro 14. Meios de transporte, 2007.....	22
Quadro 15. Tipologia do agregado familiar, 2007 (%).....	22
Quadro 16. Seniores com idosos a cargo, segundo a idade, 2007 (%).....	22
Quadro 17. Religião praticada, 2007.....	23
Quadro 18. Contexto habitacional, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	28
Quadro 19. Perfil económico, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	29
Quadro 20. Dinâmicas familiares, segundo os grupos etários, 2007.....	29
Quadro 21. Apoios de que beneficia, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	30
Quadro 22. Estado de saúde, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	30
Quadro 23. Ocupação dos tempos livres, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	31
Quadro 24. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo os grupos etários, 2007 (%).....	32
Quadro 25. Contexto habitacional, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	32
Quadro 26. Perfil económico, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	33
Quadro 27. Dinâmicas familiares, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	33
Quadro 28. Apoios de que beneficia, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	34
Quadro 29. Estado de saúde, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	34
Quadro 30. Ocupação dos tempos livres, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	35
Quadro 31. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%).....	35
Quadro 32. Contexto habitacional, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	36
Quadro 33. Perfil económico, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	37
Quadro 34. Dinâmicas familiares, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	37
Quadro 35. Apoios de que beneficia, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	38
Quadro 36. Estado de saúde, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	38
Quadro 37. Ocupação dos tempos livres, segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	39
Quadro 38. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a composição do agregado, 2007 (%).....	40
Quadro 39. Contexto habitacional, segundo o género, 2007 (%).....	40
Quadro 40. Perfil económico, segundo o género, 2007 (%).....	41
Quadro 41. Dinâmicas familiares, segundo o género, 2007 (%).....	41
Quadro 42. Apoios de que beneficia, segundo o género, 2007 (%).....	42
Quadro 43. Estado de saúde, segundo o género, 2007 (%).....	42
Quadro 44. Ocupação dos tempos livres, segundo o género, 2007 (%).....	42
Quadro 45. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo o género, 2007 (%).....	43

Quadro 46. Contexto habitacional, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	44
Quadro 47. Perfil económico, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	44
Quadro 48. Dinâmicas familiares, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	44
Quadro 49. Apoios de que beneficia, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	45
Quadro 50. Estado de saúde, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	45
Quadro 51. Ocupação dos tempos livres, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	46
Quadro 52. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007.....	46
Quadro 53. Matriz avaliativa de síntese da situação de cada segmento da população sénior no que trata a múltiplos factores	47
Quadro 54. Existência de doença, segundo o sexo e os grupos etários, 2007 (%).....	58
Quadro 55. Avaliação do estado de saúde, segundo o sexo, os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)	59
Quadro 56. Avaliação do estado de saúde, segundo os níveis de instrução da população sénior, 2007 (%).....	60
Quadro 57. Avaliação do estado de saúde, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	60
Quadro 58. Utilização dos cuidados de saúde primários, segundo o sexo e os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	61
Quadro 59. Utilização dos cuidados de saúde primários segundo a estrutura das receitas mensais totais (€), 2007 (%).....	61
Quadro 60. Frequência de utilização dos cuidados de saúde primários, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	62
Quadro 61. Motivo de utilização dos cuidados de saúde primários, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	62
Quadro 62. Utilização dos cuidados de saúde diferenciados, segundo o sexo e os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	63
Quadro 63. Utilização dos cuidados de saúde diferenciados segundo a estrutura das receitas mensais totais (€), 2007 (%)... 64	64
Quadro 64. Frequência de utilização dos cuidados de saúde diferenciados, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	64
Quadro 65. Utilização de respostas sociais para idosos, 2007 (%).....	65
Quadro 66. Utilização da resposta social apoio domiciliário, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	66
Quadro 67. Utilização da resposta social apoio domiciliário, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	66
Quadro 68. Utilização da resposta social apoio domiciliário, por nível de instrução, 2007 (%).....	67
Quadro 69. Utilização da resposta social centro de convívio, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	68
Quadro 70. Utilização da resposta social centro de convívio, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	68
Quadro 71. Utilização da resposta social centro de dia, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%) 69	69
Quadro 72. Utilização da resposta social centro de dia, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	70
Quadro 73. Utilização da resposta social lar de idosos, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%) 71	71
Quadro 74. Utilização da resposta social lar de idosos, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	71
Quadro 75. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	73
Quadro 76. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo o sexo, 2007 (%).....	74
Quadro 77. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	74
Quadro 78. Tipologia do agregado familiar da população sénior, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).. 75	75
Quadro 79. Frequência do contacto dos seniores com os filhos e netos, por sexo, 2007 (%).....	76
Quadro 80. Regime de ocupação do alojamento, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	78
Quadro 81. Regime de ocupação do alojamento, segundo o sexo, 2007 (%).....	78
Quadro 82. Estrutura das receitas mensais totais, segundo o sexo, 2007 (%).....	79
Quadro 83. Regime de ocupação do alojamento, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	79
Quadro 84. Tipo de habitação, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	80
Quadro 85. Estado de conservação do alojamento, segundo os grupos etários, 2007 (%).....	81
Quadro 86. Estado de conservação do alojamento, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%).....	81
Quadro 87. Infra-estruturas de que o alojamento dispõe, 2007 (%).....	81

Quadro 88. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	82
Quadro 89. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, por nível de instrução, 2007 (%).....	83
Quadro 90. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, segundo o rendimento, 2007 (%).....	83
Quadro 91. Actividades de ocupação dos tempos livres dos seniores realizadas diariamente, segundo o sexo, 2007 (%).....	84
Quadro 92. Hábitos de viajar entre a população sénior, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	85
Quadro 93. Grau de Associativismo dos seniores por sexo e grupos etários, 2007 (%).....	86
Quadro 94. Grau de Associativismo dos seniores, por Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	86
Quadro 95. Deslocação ao local de culto, segundo o sexo, 2007 (%).....	86
Quadro 96. Análise dos pontos e fracos da intervenção do Estado relativamente aos idosos.....	107
Quadro 97. Montante financeiro que o Instituto de Segurança Social afecta às Instituições Privadas de Solidariedade Social, 2007.....	125
Quadro 98. Estatísticas globais relativas às respostas sociais nas Santas Casas da Misericórdia, 2005 (N.º).....	126
Quadro 99. Custos médios por utente/mês, de acordo com o grau de autonomia/dependência, por resposta social, 2005 (€).	128
Quadro 100. Voluntariado sénior por escalão de rendimento, 2007 (%).....	146
Quadro 101. Voluntariado sénior por prática religiosa, 2007 (%).....	146
Quadro 102. Voluntariado sénior por grupo etário, 2007 (%).....	147
Quadro 103. Freguesias afectas às três instituições, no âmbito do Programa Mais Voluntariado, Menos Solidão.....	148
Quadro 104. Respostas obtidas por prestador de cuidados a seniores, segundo os diferentes tipos de ajudas e apoios, em Portugal, 2007 (N.º).....	163
Quadro 105. Apoios/ajudas prestados pela família, segundo o tipo e as Tipologias das Áreas Urbanas, 2007 (%).....	164
Quadro 106. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função do sexo do beneficiário, 2007 (%).....	164
Quadro 107. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função do grupo etário do beneficiário, 2007 (%).....	165
Quadro 108. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função da nacionalidade do beneficiário, 2007 (%).....	166
Quadro 109. Perfil do serviço: apoio, adaptação e tecnologias de assistência.....	182
Quadro 110. Definições de teleassistência e telemedicina.....	183
Quadro 111. Perfil do serviço de sistemas de alojamento assistido.....	188
Quadro 112. Idosos que residem em habitações com assistência, Austrália, 2003.....	191
Quadro 113. Desenvolvimentos na assistência comunitária para idosos, Austrália, 2001-2007.....	192
Quadro 114. Perfil do serviço: prestação de serviços de avaliação global e intensa monitorização de múltiplas doenças crónicas efectuadas no contexto de cuidados intermédios, geridos por enfermeiros.....	195
Quadro 115. As duas principais abordagens para o desenvolvimento e prestação de cuidados a pessoas com demência.....	201
Quadro 116. Respostas organizacionais à necessidade de melhorias nos cuidados a pessoas com demência.....	204
Quadro 117. Características gerais de 1.689 residências comunitárias no Japão, 2003.....	207
Quadro 118. Inovações ao nível de políticas e serviços para os idosos no Reino Unido posteriores a 1945.....	211
Quadro 119. Inovações na política e serviços para idosos no Japão.....	213
Quadro 120. Sequências características no desenvolvimento de serviços para idosos.....	215
Quadro 121. Intervenções do Governo no desenvolvimento e prestação de serviços humanos.....	218
Quadro 122. Principais contrastes entre os dois planos de acção internacionais sobre envelhecimento.....	221
Quadro 123. O Plano Internacional de Acção de Madrid sobre Envelhecimento.....	221
Quadro 124. Estimativa de britânicos a viver no estrangeiro, ranking dos 20 destinos mais procurados, 2006 (N.º).....	231
Quadro 125. Razões que levam a considerar a emigração do Reino Unido, 2006 (%).....	232
Quadro 126. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países, 1981-1999.....	233
Quadro 127. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países: classificação dos 20 primeiros países, 2006 (N.º).....	233

<i>Quadro 128. Pensões britânicas pagas no estrangeiro: alterações de % 1995-2005, para a classificação dos 20 primeiros países, 1995/1996 (%).....</i>	<i>234</i>
<i>Quadro 129. Razões expressas para a residência em quatro regiões Mediterrânicas (%).....</i>	<i>236</i>
<i>Quadro 130. Distribuição de segundas habitações de indivíduos britânicos, 2003-2005 (%).....</i>	<i>236</i>
<i>Quadro 131. Perfil etário dos britânicos residentes em Portugal, 2001-2005 (%).....</i>	<i>238</i>
<i>Quadro 132. Britânicos em Portugal por distrito, 2001-2005 (N.º).....</i>	<i>239</i>
<i>Quadro 133. Razões mais importantes na escolha de um país de destino, finais da década de 90 (%).....</i>	<i>240</i>
<i>Quadro 134. Mudanças de residência no Algarve, 1998 (%).....</i>	<i>241</i>
<i>Quadro 135. Manutenção de segundas habitações no Reino Unido, pesquisa realizada no Algarve, final dos anos 90.....</i>	<i>241</i>
<i>Quadro 136. Britânicos com seguro de saúde privado, finais da década de 90 (%).....</i>	<i>243</i>
<i>Quadro 137. Top 10 dos destinos estrangeiros mais publicitados nos três maiores sites imobiliários na Internet (N.º).....</i>	<i>245</i>
<i>Quadro 138. Locais preferenciais dos pensionistas britânicos para viver fora do Reino Unido (%).....</i>	<i>247</i>
<i>Quadro 139. Intenções de aquisição de imóveis no estrangeiro: países de destino (%).....</i>	<i>249</i>
<i>Quadro 140. Voos directos de Faro para aeroportos no Reino Unido, Novembro 2007.....</i>	<i>250</i>
<i>Quadro 141. Permanecer: respostas condicionadas dos britânicos residentes no Algarve nos finais dos anos 90 (%).....</i>	<i>251</i>
<i>Quadro 142. Avaliação do número real da população alemã em Portugal.....</i>	<i>256</i>
<i>Quadro 143. Avaliação dos números reais da população sénior alemã (55+) em Portugal.....</i>	<i>258</i>
<i>Quadro 144. Tipo de alojamento dos indivíduos alemães a viver em Maiorca e características dos seus ocupantes.....</i>	<i>260</i>

ACRÓNIMOS

ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACP	Análise de Componentes Principais
ADIV	Associação para o Desenvolvimento e Investigação de Viseu
ADL	Actividades do Quotidiano
AFCM	Análise Factorial de Correspondências Múltiplas
AIHW	Instituto Australiano da Saúde e Acção Social
ALIP	Plataforma de Inovação da Vida Assistida
AMI	Assistência Médica Internacional
AMU	Áreas Medianamente Urbanas
APNs	Enfermeiras de Cuidados Primários Avançados
APR	Áreas Predominantemente Rurais
APU	Áreas Predominantemente Urbanas
BCG	Boston Consulting Group
CACP	Pacote de Apoio aos Idosos da Comunidade
CAD	Centro de Apoio para Pessoas Dependentes / Centro de Recurso Multidisciplinares
CAPEX	Despesas de Capital
CCRC	Comunidade para Reformados com Cuidados Continuados
CE	Comunidade Europeia
CEE	Comunidade Económica Europeia
CGA	Avaliação Geriátrica Global
CLAS	Conselho Local de Acção Social
CMHC	Canada Mortgage and Housing Corporation
CNPV	Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado
COPD	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
CSF	Comissões Sociais de Freguesia
CSI	Complemento Solidário para Idosos
DEEP	Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento
DGEPE	Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DPP	Departamento de Prospectiva e Planeamento
DWP	Departamento do Trabalho e das Pensões
EACH	Extended Aged Care at Home
EAP	População Economicamente Activa (PEA)
ECR	Equipas de Coordenação Regional
EHIC	Cartão Europeu de Seguro de Saúde
EIPDA	Escola Intercultural das Profissões e do Desporto da Amadora
ESEV	Escola Superior de Educação de Viseu
ESF	Fundação Europeia de Ciência
EUA	Estados Unidos da América
FORHUM	Formação de Recursos Humanos
FTE	Equivalente a Tempo Inteiro
GH	Residências Comunitárias
GNR	Guarda Nacional Republicana
IADLs	Actividades Instrumentais da Vida Diária
IARN	Instituto de Apoio a Retorno de Nacionais
IAS	Índice de Apoio Social
ICS	Instituto de Ciências Sociais
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
INATEL	Instituto Nacional de Aproveitamento dos Tempos Livres
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Instituto de Turismo de Portugal
IPPR	Instituto de Pesquisa de Políticas Públicas
IPS	Inquérito sobre o Transporte Internacional de Passageiros
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRM	Migrações Internacionais de Reforma
ISCED	Classificação Internacional Standard da Educação
ISSET	Institute for the Study of European Transformation
ISS	Instituto de Segurança Social
JMRS	José de Mello Residências e Serviços
LBS	Landesbausparkassen
MdM	Médicos do Mundo
MIPAA	Madrid International Plan of Action on Ageing

MIPEX	Índice de Avaliação das Políticas de Integração de Imigrantes
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
NSF	Plano Nacional de Serviços
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatístico
NYSE	Bolsa de Nova Iorque
OE	Observatório do Envelhecimento
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OEFP	Observatório do Emprego e Formação Profissional
OI	Observatório da Imigração
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PADE	Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros
PAIES	Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PARES	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PCAAC	Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados
PCHI	Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
PER	Programa Especial de Realojamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIDDAC	Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PNAI	Plano Nacional de Acção para a Inclusão
PPP	Parcerias Público-Privadas
PROGRIDE	Programa para a Inclusão e Desenvolvimento
PSP	Polícia de Segurança Pública
PT	Portugal Telecom
QREN	Quadro de Referência Estratégico Nacional
QUALYS	Anos de Vida Isentos de Incapacidade
RMG	Rendimento Mínimo Garantido
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI	Rendimento Social de Inserção
RUTIS	Rede das Universidades da Terceira Idade
SAAP	Programa de Assistência para Alojamento Apoiado
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SEF	Serviço de Estrangeiro e Fronteiras
SISA	Sheffield Institute for Studies on Ageing
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STA	Serviço de Telealarme
TAB	Banco de Assistência Técnica
TAU	Tipologia das Áreas Urbanas
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TIDE	Trim Initiative for Development and Enterprise
TSB	Technology Strategy Board
UE	União Europeia
UMP	União das Misericórdias Portuguesas

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente documento constitui o Relatório Final do projecto de investigação intitulado “Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal”, desenvolvido pelas empresas CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano - e BCG - The Boston Consulting Group, para a Fundação Aga Khan Portugal.

OBJECTIVOS

- ▶ O objectivo global do estudo é o de conhecer as necessidades da população com mais de 55 anos residente em Portugal.

- ▶ Para tal foram considerados três grandes objectivos específicos:

Parte I. Avaliar o mercado sénior em Portugal na óptica da procura e oferta de serviços de natureza social de apoio à população neste segmento etário;

Parte II. Conhecer políticas, estratégias e intervenções dirigidas aos seniores a nível internacional, que possam constituir referenciais de actuação à escala nacional, a partir de medidas e/ou projectos que configurem práticas bem sucedidas com potencial efeito disseminador;

Parte III. Compreender o mercado internacional, designadamente quanto ao fenómeno das migrações internacionais de reforma - e seu impacto em Portugal - bem como o papel desempenhado por empresas multinacionais presentes no sector da prestação de serviços para os seniores.

DESCRIÇÃO

PARTE I. O MERCADO SÉNIOR EM PORTUGAL

ANÁLISE DA PROCURA

- ▶ O fenómeno do envelhecimento demográfico é extensível a praticamente todas as regiões do mundo e as projecções avançam com um efectivo total de idosos que, em 2050, se estima serem cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial. De acordo com tais projecções, em 2045, o número de pessoas com 60 ou mais anos irá mesmo ultrapassar, pela primeira vez, o número de pessoas com 15 anos ou menos.
- ▶ A partir da segunda metade do século XX, a história da demografia europeia ficou marcada por um paulatino envelhecimento populacional, resultante de uma transição para um padrão demográfico pautado por baixas taxas de fecundidade e mortalidade e subsequente aumento da esperança média de vida.
- ▶ O envelhecimento populacional apresenta algumas características relevantes: crescente feminização, progressiva solidão e isolamento, e “super-envelhecimento”, associado ao aumento considerável dos grupos mais idosos.
- ▶ Tal como o registo demográfico a nível mundial, também a população portuguesa tem evidenciado um assinalável envelhecimento. No decurso das últimas quatro décadas, a proporção de população idosa cresceu de 8% em 1960, para 16,4% em 2000. O fenómeno do envelhecimento da população portuguesa é uma tendência que se irá manter durante as próximas décadas, estimando-se que em 2050 represente já quase 1/3 do efectivo da população nacional.

- ▶ A transformação operada na estrutura etária da população portuguesa tem-se processado a ritmo acelerado, de tal forma que, na actualidade, Portugal surge já entre os países mais envelhecidos a nível mundial (10º em percentagem de idosos e 14º no índice de envelhecimento).
- ▶ Ao nível nacional, este fenómeno apresenta disparidades regionais, resultante de diferentes comportamentos, nomeadamente, ao nível da fecundidade e dos fluxos migratórios. Com efeito, nas últimas décadas as Regiões Centro e Alentejo têm-se confrontado com elevados índices de envelhecimento populacional, em muito associados ao forte êxodo de populações jovens e em idade activa.
- ▶ De acordo com os apuramentos do questionário efectuado a 1.324 indivíduos com 55 ou mais anos, o perfil da população sénior em Portugal caracteriza-se por: preponderância do estado civil de casado (63%); do grupo etário entre os 65 e os 74 anos (38%), de baixos níveis de instrução (61% tem o 1º ciclo do ensino básico) e rendimento; condição de reformado (77%) e sem actividade.
- ▶ A análise das necessidades específicas da população sénior imigrante residente em Portugal, confronta-se com a curta história de Portugal como país de imigração, com as características do processo imigratório (efectuado maioritariamente por jovens em idade activa), e com uma forte concentração espacial na Área Metropolitana de Lisboa, que explicam a importância residual deste segmento no conjunto da população sénior. Destaque-se o facto da população sénior imigrante residente em Portugal deparar-se com necessidades, em muito transversais à população sénior de nacionalidade portuguesa, sendo outras específicas da sua condição de imigrante. As áreas de intervenção prioritárias, para a promoção de uma maior inclusão social e envelhecimento activo dos seniores imigrantes são a saúde, o mercado de trabalho, a habitação e a justiça e cidadania.
- ▶ De acordo com estudos recentes, a população idosa é o grupo populacional mais afectado pela pobreza, sendo essa condição mais acentuada em agregados domésticos com idoso(s). Segundo estatísticas governamentais, cerca de 30% da população idosa vive em situação de pobreza em Portugal, embora nos últimos anos se tenham registado progressos assinaláveis (decreceu de 38% em 1995 para 28% em 2005, segundo o *Eurostat*).
- ▶ O fenómeno da pobreza entre os idosos encontra-se disseminado pelo território nacional, incidindo de forma mais relevante nos territórios rurais, pobres e envelhecidos e nas principais aglomerações urbanas do país (ora em bairros de barracas, clandestinos e sociais ora em bairros antigos/históricos nos centros das cidades).
- ▶ A análise global das principais necessidades que afectam a população sénior em Portugal (resultante do questionário realizado no âmbito deste estudo) indica que é ao nível da habitação que se registam as maiores necessidades, designadamente, ao nível de obras de conservação e reparação. Contudo, outras necessidades assumem também um destaque que não se pode negligenciar, e que são, por ordem decrescente de importância, as seguintes tipologias de necessidades: as tarefas domésticas, em particular, no que trata à limpeza da habitação; o lazer, designadamente, a falta de espaços de sociabilização; no domínio da mobilidade e, por fim, as necessidades ao nível dos cuidados pessoais (com particular destaque para os cuidados de higiene) e com a mesma importância ao nível da saúde, as necessidades em termos de acessibilidade, quer de tempo quer geográfica.
- ▶ Embora a população com 55 ou mais anos apresente no seu conjunto uma multiplicidade de vulnerabilidades e necessidades, existem segmentos particularmente mais vulneráveis, que importa identificar e conhecer. Com efeito, identificaram-se ao nível nacional, cinco segmentos da população sénior que concentram em si mesmos inúmeras fragilidades, que lhes conferem uma maior vulnerabilidade. Tratam-se dos seniores “mais idosos” (com 85 ou mais anos de idade), “os mais

pobres” (que auferem mensalmente receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€, vivendo portanto abaixo do limiar da pobreza), “os que vivem sozinhos” (a tipologia de agregado familiar de “seniores sós”), as “mulheres” e, por fim, “os que vivem em Áreas Predominantemente Urbanas”. A concentração de vulnerabilidades ao nível da habitação, perfil económico, relações intrafamiliares, dependência de ajudas, estado de saúde, ocupação dos tempos livres e utilização dos equipamentos, conferem a cada um destes segmentos necessidades específicas.

ANÁLISE DA OFERTA

- ▶ Nos anos mais recentes tem-se registado um crescimento acentuado da oferta de cuidados e serviços à população sénior por parte de prestadores formais e informais. Esta é a consequência não só do acentuado envelhecimento demográfico, mas em particular, do menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos seus ascendentes, revelando estas maior disponibilidade para assegurar os encargos financeiros dos serviços prestados por terceiros.
- ▶ No contexto europeu, Portugal enquadra-se entre os países onde os valores familiares assumem ainda notável importância, o que fundamenta a existência de menores taxas de penetração da indústria dos serviços e cuidados aos seniores, não obstante o crescimento significativo registado nos últimos anos. Com efeito, o sector público é responsável por cerca de 80% da oferta de cuidados e serviços. O Estado, em articulação com as organizações não lucrativas, responde sobretudo às populações mais carenciadas, sendo a resposta ao segmento com maior capacidade financeira dada pelos operadores do sector privado. Este facto resulta numa lacuna no mercado em termos de serviços para idosos com rendimentos médios e médios-baixos.
- ▶ Recentemente têm-se registado reformas relevantes na protecção social assegurada não apenas Estado, marcadas pela crise da sustentabilidade do sistema de segurança social e crescente valorização do princípio da justiça social, como também pela Administração Local. Esta concertação de transformações tem tido importantes impactes nas respostas sociais prestadas à população sénior, o que se tem traduzido num reforço e consolidação da rede de equipamentos e serviços e respostas prestadas, assim como na sua crescente diversificação. No âmbito do papel desempenhado pela Administração Central, destacam-se inúmeros Programas e Projectos desenvolvidos de impacte muito significativo. A título exemplificativo salienta-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma intervenção multidimensional de carácter integrado, que permite uma resposta mais eficaz a todos aqueles que carecem simultaneamente de cuidados de saúde e de cuidados sociais. Concomitantemente, importará destacar o Rendimento Social de Inserção, uma vez que atendendo às suas características inovadoras, acaba por se constituir como uma nova política social. O Projecto Cidades Amigas do Idoso constitui-se igualmente como bastante inovador, na medida em que procura intervir no âmbito das determinantes de saúde, em detrimento de uma intervenção focada no estado de saúde, como tem sido usual nos Programas e Projectos na área da saúde. Saliente-se ainda como mais valia deste Projecto o facto de estar suportado em metodologias de auscultação da população-alvo.
- ▶ Portugal evidencia uma longa tradição do Terceiro Sector na prestação de cuidados e serviços à população sénior, que abrange uma vasta diversidade de instituições, entre as quais se destacam as de natureza religiosa, tais como as Misericórdias e os Centros Sociais e Paroquiais. A oferta proporcionada pelo Terceiro Sector caracteriza-se ainda por uma concentração nas áreas mais densamente povoadas, por uma fraca capacidade financeira das instituições e por intervenções sectoriais circunscritas, limitadas essencialmente à acção social, saúde e lazer.
- ▶ As Instituições Particulares de Solidariedade Social assumem um papel crucial no Terceiro Sector em Portugal. No entanto, as suas actividades continuam a ser financeiramente dependente dos apoios do

Estado. A comprová-lo, verifica-se em que 2007, do montante afecto pelo Instituto de Segurança Social às Instituições Particulares de Solidariedade Social, consideráveis montantes financeiros são canalizados para Instituições Particulares de Solidariedade Social que se destinam à prestação de apoio a idosos: 39,5% no âmbito da gestão corrente; 31,9% no que trata a Programas; 100% nos subsídios eventuais e 16% em Programas/Projectos.

- O voluntariado tem registado um crescimento muito significativo e, embora se tratando de uma dinâmica recente em Portugal, assume já grande importância no sector não lucrativo. Em 2005, estimava-se que seria exercido por cerca de 1.6 milhões de indivíduos. É nas instituições de natureza religiosa que o voluntariado (sobretudo o de execução) tem uma presença mais significativa. Verifica-se uma associação considerável entre o perfil socio-económico e a prática de voluntariado, constatando-se que quanto maior a capacidade económica individual/familiar, mais tempo é passível de afectar a tarefas não obrigatórias nem essenciais, como o voluntariado.
- O sector privado - englobando operadores formais e informais - ainda desempenha um papel menor na prestação de serviços de cuidado aos idosos:
 - Menos de 20% da capacidade existente de serviços chave de cuidados aos idosos - cuidados de dia, cuidados residenciais e domiciliários - é controlado pelo sector privado;
 - Estima-se que o sector informal, que está direccionado para os cuidados domiciliários, seja o principal prestador privado, em grande medida, assegurado por mulheres imigrantes, sem formação para o efeito;
 - O sector formal, que está centrado nos cuidados residenciais, é dominado pelos operadores de pequena escala.
- Quatro factores principais explicam o papel menor do sector formal na prestação de serviços de cuidados a idosos:
 - A existência de serviços de cuidados a idosos muito mais baratos prestados pelo sector informal (por exemplo, serviços prestados por imigrantes) que permite igualmente aos idosos permanecer em casa mais tempo;
 - O papel central das Misericórdias e dos Centros Sociais e Paroquiais que, através do seu estatuto de IPSS, asseguram a prestação de serviços de cuidados a idosos financiados pelo Governo e direccionados a idosos de rendimentos baixos;
 - Os elevados custos operacionais associados à prestação de serviços de cuidados a idosos, que torna difícil ao sector privado prestar serviços a preços acessíveis ao segmento de rendimento baixo (por exemplo, os custos mensais de cuidados residenciais por idoso são em média ~850€);
 - Escassez de Programas Governamentais que co-financiem o investimento e/ou os custos operacionais relacionados com a prestação de serviços de cuidados a idosos para idosos de rendimento médio e alto.
- Os operadores de grande escala ainda têm uma participação mínima no sector de cuidados a idosos:
 - Apenas 4 grandes operadores prestam actualmente serviços de cuidados a idosos (José Mello Residências e Serviços, Espírito Santo Saúde, *Carlton Life* e Montepio Residências e Serviços);
 - A capacidade dos serviços de cuidados residenciais dos grandes operadores representa menos de 1% da capacidade privada e está actualmente limitada à região de Lisboa. Os cuidados domiciliários dos grandes operadores são prestados principalmente nas regiões de Lisboa e Porto;

- Em geral, os operadores de grande escala começaram por prestar cuidados domiciliários de cariz clínico e passaram, mais tarde, para a oferta de cuidados residenciais.
- ▶ É pouco provável que a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos aumente drasticamente no futuro próximo:
 - Os elevados encargos financeiros do sector de cuidados a idosos estão a dissuadir os operadores de pequena escala de alargarem o negócio;
 - Apesar de alguns grandes operadores (por exemplo, Montepio Residências e Serviços) estarem a planear expandir ou entrar no negócio, não se espera que o peso dos grandes operadores aumente significativamente nos próximos anos.
- ▶ O papel da família enquanto entidade prestadora de cuidados aos mais velhos tem sofrido significativas transformações nos últimos anos, associadas às progressivas alterações das estruturas, dinâmicas familiares e padrões de vida, fomentando assim uma gradual substituição dessa função por outras entidades formais e informais. Contudo, os cuidados intrafamiliares da família solidária continuam inscritos nos valores culturais da sociedade portuguesa, permanecendo esta ainda como o principal prestador de cuidados e serviços a seniores. É unânime a importância que se deve atribuir à permanência do idoso no seu ambiente familiar e/ou em contacto próximo e frequente com estes para um efectivo envelhecimento activo, mais harmonioso e com impactes positivos na percepção dos seniores (sobretudo dos mais fragilizados) quanto ao seu estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida.
- ▶ No que concerne os cuidados aos idosos, a ênfase deve estar nas relações inter-geracionais, que têm um papel-chave em ambas as gerações, pois contribuem consideravelmente não apenas para um envelhecimento activo, mas também para o processo de aprendizagem da camada mais jovem.
- ▶ As qualificações em termos de serviços de cuidados a idosos têm vindo a ser reconhecidas como essenciais, sobretudo no que diz respeito aos cuidadores familiares, voluntários e todos aqueles prestadores de cuidados do sector não-lucrativo, cujo papel é crucial, mas que na maioria das vezes não oferece as condições mínimas de qualidade.

AVALIAÇÃO DE MERCADO

- ▶ Espera-se que a procura de serviços pagos de cuidados a idosos cresça no futuro impulsionada por quatro principais factores:
 - Envelhecimento da população e subsequente aumento de peso da população idosa;
 - Mudanças nas dinâmicas familiares, nomeadamente o aumento dos níveis de emprego das mulheres, o aumento da idade média de reforma, a predominância gradual de famílias mais pequenas e os empregos mais exigentes em termos de horas;
 - Mudanças culturais, nomeadamente a abertura das gerações mais novas, como futuros idosos e prestadores de cuidados familiares, aos serviços de cuidados a idosos (preconceito reduzido relativamente a serviços pagos para idosos);
 - Crescimento económico, que leva ao aumento do rendimento dos idosos e das famílias e torna os serviços de cuidados a idosos acessíveis aos mais idosos.
- ▶ É pouco provável que a incidência de dependência na população idosa reduza significativamente. O aumento dos anos de vida tem sido acompanhado por uma melhoria nos estados de saúde durante um maior período de tempo. No entanto, embora haja mais pessoas consideradas saudáveis com

idades avançadas, o número das pessoas idosas com elevada incidência de dependência irá aumentar.

- ▶ Em termos qualitativos e, à medida que o nível de educação e de rendimento dos idosos aumenta, estima-se que haja uma maior exigência em termos de qualidade dos serviços (por exemplo, cuidados especiais, pessoal qualificado, maior frequência dos cuidados).
- ▶ Não se espera que o sector privado, as Organizações Não Governamentais e o sector informal ditem a evolução da oferta de cuidados:
 - Provavelmente, o sector privado não alargará os serviços destinados a idosos de rendimento elevado nem desenvolverá os serviços para segmentos de rendimentos baixos devido ao elevado investimento e custos operacionais do sector;
 - As Organizações Não Governamentais continuarão a ter um papel menor no sector de cuidados a idosos, uma vez que as Organizações Não Governamentais a operar em Portugal não anunciaram expansão de capacidade e não está projectada a entrada de novas Organizações Não Governamentais;
 - Historicamente, o sector informal desenvolve-se em resposta aos desequilíbrios entre oferta e procura.
- ▶ A evolução da oferta de cuidados a idosos irá ser determinada pela direcção das políticas públicas em duas áreas:
 - Cobertura de serviços com financiamento público;
 - Formação de quatro cenários de evolução: 1) “continuidade”; 2) “assistência social”; 3) “privatização” e 4) “privatização e expansão”.
- ▶ A curto prazo o cenário mais provável é o de “continuidade”.
 - O aumento da cobertura de serviços de cuidados a idosos é pouco provável:
 - A prioridade dos próximos anos é o investimento em equipamentos sociais para cuidados infantis;
 - A erradicação da pobreza é a prioridade da política na área dos idosos nos próximos anos;
 - O actual Governo considera que a família tem obrigação de assegurar os cuidados aos idosos.
 - A privatização do sector é pouco provável:
 - O governo continua a confiar nas Instituições Particulares de Solidariedade Social para alargar a sua capacidade de prestação de serviços de cuidados a idosos;
 - A privatização de outros serviços de cuidados (nomeadamente saúde) está a progredir lentamente;
- ▶ A longo prazo, os cenários “privatização” ou “privatização e expansão” parecem ser os mais prováveis:
 - Seguindo a tendência europeia de cuidados a idosos e a tendência portuguesa em outros serviços públicos, o envolvimento dos operadores privados nos serviços de cuidados a idosos deverá crescer;

- Um aumento na cobertura de cuidados públicos a idosos pode ocorrer à medida que o peso dos idosos como eleitores aumenta e uma vez que não implica um investimento demasiado elevado ou custos continuados (nomeadamente na forma de cuidados domiciliários). No entanto, o orçamento da segurança social poderá ser pressionado nos próximos anos. Nas políticas mais recentes, Portugal não tem avançado de forma contínua para se tornar num Estado mais social, à semelhança dos países da Europa do Norte.

PARTE II. APRENDIZAGEM SUSTENTADA EM BOAS PRÁTICAS

ANÁLISE DE CASOS DE ESTUDO BEM SUCEDIDOS A NÍVEL INTERNACIONAL

- ▶ Embora os serviços de acção social e de saúde sejam específicos dos valores, costumes e história de cada país, é possível, entre aqueles que apresentam níveis de desenvolvimento económico similar, identificar semelhanças de percurso. A trajectória comum evidencia que, numa fase inicial os Governos atendem prioritariamente às situações de maior privação entre a população idosa, introduzindo medidas de incremento do rendimento e de melhoria das condições de habitação para, numa fase posterior, evoluírem para medidas que assegurem cuidados/serviços mais diferenciados e de nível não elementar (por exemplo, acesso a medicação).
- ▶ No século XXI, as necessidades não satisfeitas da população idosa nos países mais desenvolvidos que recebem maior destaque incluem questões associadas à participação social, a preocupações com a segurança pessoal (por exemplo, solidão, mobilidade), cuidados a idosos com demência, assim como cuidados a idosos mais fragilizados portadores de múltiplas limitações crónicas. Estas transformações geram amplas oportunidades em todos os sectores da sociedade e da economia no âmbito da prestação de cuidados a serviços a idosos.
- ▶ Alguns exemplos de sucesso de serviços direccionados para os idosos:
 - As Tecnologias de Assistência estão a ser activamente promovidas por muitos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Acredita-se que podem promover simultaneamente a saúde e o bem-estar, retardar o aumento das despesas de saúde e que terão efeitos de estimulação ao nível económico e de emprego. A tecnologia de assistência que tem vindo a ser mais adoptada é a *Telecare*, sendo que a “Linha de Assistência ao Idoso” na Irlanda é um dos exemplos de sucesso. Uma avaliação feita ao serviço concluiu que a “Linha de Assistência ao Idoso” contribuiu significativamente para a melhoria da saúde e do bem-estar dos idosos na Irlanda a custos relativamente baixos. O serviço é gerido por idosos e para idosos, o que evidencia o valor da comunicação entre pares (O’Shea, 2006).
 - Para os idosos com limitações de Actividades Instrumentais da Vida Diária, a alternativa a permanecerem nas suas casas com a ajuda de cuidadores informais, cuidadores pagos ou com tecnologia de assistência é mudarem-se para alojamentos mais “apoiados”. Estes alojamentos são uma espécie de habitação “comunitária”, que pode ir desde um pequeno bloco de quatro ou seis apartamentos até extensas comunidades de reformados com milhares de residentes. Este tipo de “habitação assistida” tem tido muito sucesso na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos. Os esquemas vão desde a habitação de qualidade superior, que é inteiramente financiada pelos seus moradores, através de habitação sem fins lucrativos gerida por organizações religiosas (tais como as *United Methodist Homes* nos Estados Unidos da América), até a esquemas de “habitação social” para grupos desfavorecidos e vulneráveis - incluindo idosos - que é construída através do financiamento público dos custos de capital. O desenvolvimento dos Serviços Geriátricos dos últimos dez anos na Austrália é um caso de estudo particularmente elucidativo. De acordo com o parecer publicado relativo ao Programa, “o objectivo dos serviços de apoio geriátrico australiano tem sido o fornecimento de um quadro coeso de qualidade superior e

serviços eficazes em termos de custos, dirigidos aos idosos mais debilitados e aos seus cuidadores”.

- Há um pequeno número de pessoas - a maioria em idade já avançada - com múltiplas doenças incapacitantes e limitações mais graves no que concerne as Actividades da Vida Diária (tanto as instrumentais como as físicas) - comumente designadas por múltiplas doenças crónicas. Tanto os prestadores de cuidados do sector privado (seguradoras do sector dos cuidados de saúde e organizações de gestão de saúde nos Estados Unidos da América), como os sistemas nacionais de saúde geridos pelo Estado, têm demonstrado um interesse crescente nas duas últimas décadas por “esquemas de cuidados intermédios”. São equipas pluridisciplinares, geridas por enfermeiros, e constituídas por clínicos e profissionais de cuidados de saúde, que se ocupam sobretudo de pacientes de alto risco e que se centram em objectivos específicos. O modelo *Evercare* de cuidados intermédios do Reino Unido é um caso interessante. De acordo com uma avaliação que foi realizada, os projectos-piloto da *Evercare* permitiram o fornecimento de apoio para uma política de promoção dos cuidados primários de prevenção para idosos vulneráveis em risco de serem hospitalizados e com problemas graves de saúde. O projecto forneceu um estímulo ao desenvolvimento de novos modelos de cuidados de saúde e a reapreciação de alguns aspectos já existentes da prática de prestação de cuidados primários.
- A prestação de cuidados a idosos que sofrem de demência: os indivíduos que sofrem de demência moderada ou grave requerem uma supervisão intensiva, assim como apoio e cuidados. Existem dois modelos de cuidados relativamente a pacientes com demência: os modelos biomédico e psicossocial. São por vezes apresentados como sendo antagónicos ou alternativos, mas é também reconhecido que ambos têm papéis complementares e que ambos são necessários. Todos aqueles que estão envolvidos nos cuidados a pessoas com demência reconhecem que têm um objectivo em comum, que é o de expandir e melhorar o tratamento, os cuidados e o apoio tanto aos pacientes como às suas famílias e que isto requer a expansão e a melhoria dos cuidados médicos e sociais. Os cuidados terminais prestados a idosos são agora reconhecidos como sendo um grave problema no Japão. Desde os finais dos anos 80 tem havido um rápido desenvolvimento de residências comunitárias para pessoas que sofrem de demência no Japão. Uma residência comunitária é uma infra-estrutura pequena, de moldes domésticos, financiada por seguros públicos. A lei estipula que cada residência comunitária deve fornecer cuidados domiciliários especializados com apoio mútuo para os idosos com demência. Deste modo, assume os papéis de instituição e de lar, com base nos modelos biomédico e psicossocial. O método ajuda a estimular e activar as funções vitais dos pacientes, trazendo-os para a realidade o que pode eventualmente levá-los a ganhar uma atitude mais positiva e uma maior auto-estima. O modelo tem vindo a prosperar rapidamente nos últimos anos e tem sido entusiasticamente adoptado por organizações com e sem fins lucrativos e por instituições médicas e não médicas.

DESCRIÇÃO DE POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL PARA IDOSOS

- No que diz respeito às políticas internacionais e à legislação do estatuto do idoso, várias generalizações podem ser feitas não só através da experiência do Japão e do Reino Unido, mas também de muitos outros. A primeira intervenção é invariavelmente a de fornecer benefícios ou pensões limitadas mediante a verificação de recursos, com o objectivo de reduzir a indigência entre os idosos de idade muito avançada, particularmente entre viúvas. A história mostra que a fase seguinte é a de estabelecer as regras básicas de protecção social e um acesso mais universal aos cuidados de saúde com base nas necessidades. É também evidente que os serviços hospitalares de agudos tendem a atrair o investimento anterior, seguido do estabelecimento de uma rede abrangente

de centros de saúde para cuidados primários (incluindo as clínicas rurais). Após estes serviços terem sido estabelecidos, deve virar-se a atenção para o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde domiciliários que são prestados aos idosos com limitações de mobilidade.

- ▶ O Reino Unido, os Estados Unidos da América, o Canadá, a França e a Austrália têm-se debruçado sobre a complicada questão da prevenção de baixos padrões de cuidados, negligência e abuso que ocorrem na prestação de cuidados domiciliários e de longa duração. Tem havido um grande esforço por parte dos Governos para regularizar e definir padrões de qualidade de modo a prevenir estes problemas, mas na maioria das vezes, sem sucesso. As dificuldades contínuas decorrentes da manutenção de padrões superiores em termos de cuidados em estabelecimentos residenciais e em alas hospitalares reflecte as fraquezas da prestação de serviços sociais e de saúde aos idosos: têm pouco prestígio e atraem investimentos mínimos e muitas vezes são alvo de cortes de financiamento. A especialidade médica menos escolhida pelos estudantes de medicina é a geriatria (a cirurgia é mais prestigiante); o posto de trabalho menos desejado pelos enfermeiros estagiários é nos lares de idosos (o mais popular é fazer parte de uma equipa pediátrica de cuidados intensivos); a maioria dos assistentes sociais prefere trabalhar na área da protecção de menores ou com pessoas com dificuldades de aprendizagem. O problema é mundialmente reconhecido. Só pode ser combatido através de mudanças ao nível da educação e formação médica, de enfermagem e de assistência social. Qualquer país que procure uma melhoria radical no que concerne a prestação de cuidados aos seus idosos, deve introduzir mudanças prévias e paralelas na educação profissional e angariar incentivos financeiros e de prestígio, de forma a incentivar o trabalho com pessoas idosas e debilitadas.
- ▶ Nas sociedades mais carenciadas, antes do Estado assumir a responsabilidade pelos financiamentos e pela gestão dos serviços de acção social, os membros da família são prestadores-chave ao nível do alojamento, rendimento e apoio instrumental a idosos com capacidades reduzidas. Pelo contrário, nos países com padrões de vida superiores e com uma considerável assistência social estatal, os idosos não dependem da ajuda familiar no que trata à habitação e rendimento. No entanto, a geração mais próxima e os familiares descendentes são prestadores dominantes de apoio emocional e de cuidados pessoais e íntimos a idosos com limitações funcionais (embora não de cuidados médicos ou de enfermagem). O que acontece nos países mais ricos, é que as fronteiras e os papéis complementares dos cuidadores formais e informais tornam-se numa arena de política pública contenciosa e de fiscalidade importante. Os debates políticos revestem-se de ideologias opostas no que diz respeito ao papel normativo da família de prestar cuidados aos seus membros mais frágeis. As propostas para melhorar os serviços de acção social para os idosos através de novos serviços pessoais e sociais devem incluir novas formas de apoio aos cuidadores informais.
- ▶ A Organização das Nações Unidas tem vindo a promover activamente abordagens construtivas de políticas nacionais relativas ao envelhecimento da população, cujo objectivo é melhorar os serviços de acção social e de saúde para os idosos. O Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento estabelece uma tipologia do leque de necessidades dos idosos e relaciona-as com os tipos de programas e serviços direccionados para estas necessidades. O Plano propõe acções para a sua implementação e acompanhamento num país e especifica que os Governos devem assumir a responsabilidade primária de implementar as suas recomendações ao nível nacional, enquanto sublinha a necessidade de uma parceria efectiva entre Governos, a sociedade civil e o sector privado.

PARTE III. O MERCADO INTERNACIONAL

ANÁLISE DO MERCADO SÉNIOR NOS PAÍSES SELECIONADOS

- ▶ As migrações internacionais de reforma e a sua concentração geográfica em destinos/países como Portugal constituem um factor relevante para uma cabal leitura da procura por serviços sociais de apoio à população idosa, dado que o quantitativo que estes representam e a sua especificidade fazem destes residentes um segmento com solicitações/necessidades singulares face aos demais seniores.
- ▶ Portugal constitui um destino relevante de migrações internacionais de reforma, cujos fluxos são maioritariamente provenientes de países da Europa Central, sobretudo do Reino Unido e Alemanha. Presentemente, as estimativas sugerem um total de 49.000 cidadãos britânicos e cerca de 50.000 cidadãos alemães a viver em Portugal. A maioria tem mais de 50 anos. De acordo com estimativas de britânicos a viver no estrangeiro, em 2006, do Instituto de Pesquisa de Políticas Públicas, Portugal encontra-se em 18º no *ranking* dos 20 destinos mais procurados pelos cidadãos britânicos. Esta realidade tende a acentuar-se no futuro face a um aumento da mobilidade e a uma crescente atractividade do país para residência temporária ou definitiva de população estrangeira em situação de pós-actividade.
- ▶ Os fluxos de migrantes seniores para Portugal estão predominantemente associados a motivações de carácter climático, razão pela qual estes se concentram sobretudo em regiões de clima mais ameno como o Algarve, a Costa do Estoril ou a Madeira.
- ▶ A avaliação da experiência de integração deste segmento de população idosa no país/região de acolhimento, sendo globalmente positiva, revela porém alguns aspectos que constituem necessidades, de entre as quais se destaca o acesso aos cuidados de saúde.
- ▶ Sendo Portugal um destino recente de migrações internacionais de reforma, apenas agora se começa a verificar a transição destes contingentes para idades mais avançadas e de maior fragilidade. Dado que uma proporção significativa (cerca de 1/3) opta por permanecer no país durante essa etapa do ciclo de vida, tal deverá ter repercussões ao nível da prestação de cuidados médicos, sociais e pessoais e serviços de saúde ao nível geriátrico no futuro - tanto para os que têm recursos pessoais consideráveis como para aqueles com menos recursos e relativamente empobrecidos. Contudo, alguns segmentos de grupo apresentam-se mais vulneráveis. Os factores de risco surgem quando estes indivíduos permanecem no país de acolhimento, não possuem residência no país de origem, apresentam fracos conhecimentos linguísticos, têm baixos rendimentos, não possuem um seguro de saúde privado, residem em zonas periféricas ou em vizinhanças instáveis, apresentam fracos contactos sociais e não possuem relações com os seus parentes. Contudo, três aspectos podem ser delineados como sendo os três factores de risco mais relevantes quando os idosos a viver no estrangeiro se deparam com problemas relacionados com a idade: primeiro, viver numa cultura e sociedade estrangeira; segundo, não terem possibilidade de aceder ao sistema de apoio social alemão na mesma medida que os seus conterrâneos que residem no país natal, e em terceiro lugar, as motivações orientadas para um estilo de vida cómodo aquando da mudança para o país de destino.

O PAPEL DAS EMPRESAS MULTINACIONAIS

- ▶ O papel do sector privado como prestador de serviços de cuidados a idosos varia de país para país. Como exemplo, enquanto na Suécia apenas 15% dos serviços de cuidados a idosos são prestados pelo sector privado, no Reino Unido o sector privado é responsável pela prestação de mais de 70% desses serviços.

- ▶ A política pública parece ser um dos catalisadores chave no desenvolvimento do sector privado, uma vez que tem impacto sobre:
 - A disponibilidade de serviços públicos, nomeadamente o equilíbrio entre procura e oferta ao nível nacional e regional;
 - A qualidade e âmbito dos serviços com financiamento público, assim como a frequência da prestação dos serviços e o nível de qualificação do pessoal;
 - Os incentivos à iniciativa privada, nomeadamente benefícios fiscais, esquemas de financiamento ou co-financiamento do investimento inicial ou dos serviços que os operadores privados prestam, e condições de crédito preferenciais.
 - Os incentivos aos consumidores, nomeadamente a concessão de benefícios fiscais na compra ou comparticipação de serviços de cuidados a idosos podem ser dados como exemplos.
- ▶ Os aspectos económicos parecem influenciar, igualmente, a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos, nomeadamente o nível de rendimento do idoso (nomeadamente pensões e complementos às pensões) e das respectivas famílias (condicionado pelo rendimento médio e taxas de desemprego).
- ▶ Na maioria dos países, o sector privado permanece fragmentado. No entanto existem excepções. Nos países nórdicos, onde o desenvolvimento dos operadores privados tinha como objectivo aumentar a eficiência e a eficácia do sector, este é mais concentrado. Actualmente, os principais operadores estão a gerar a consolidação do sector a nível mundial, através de planos agressivos de crescimento inorgânico.
- ▶ Em 2005, os 5 principais operadores mundiais eram dos Estados Unidos da América e tinham capacidades nos cuidados residenciais que iam das 32.500 às 51.000 camas. Até então, o maior operador europeu era a *Southern Cross*, uma empresa britânica que oferecia cerca de 30.000 camas.
- ▶ Devido às elevadas necessidades de financiamento do sector, a maior parte dos operadores estão cotados em Bolsa e têm empresas de serviços financeiros (por exemplo, fundos de investimento e empresas de *private equity*) como os principais accionistas. Os principais operadores de cuidados a idosos são geralmente específicos do país e têm os cuidados residenciais como negócio principal. No entanto, alguns operadores têm já uma presença internacional. Tal é o caso da *Sunrise Senior Living*, que opera nos Estados Unidos da América, mas também no Canadá, Reino Unido e Alemanha.

PARTE I

O MERCADO SÉNIOR EM PORTUGAL

MÓDULO 1

ANÁLISE DA PROCURA

1. Megatendências recentes e futuras

1.1. Contextualização do envelhecimento populacional

O fenómeno do envelhecimento demográfico é extensível a praticamente todas as regiões do mundo e as projecções avançam com um efectivo total de idosos que, em 2050, se estima serem cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial. De acordo com tais projecções, em 2045, o número de pessoas com 60 ou mais anos irá mesmo ultrapassar, pela primeira vez, o número de pessoas com 15 anos ou menos.

A geração *baby-boomer*, que vem modelando de forma peculiar as estruturas demográficas da maioria dos países desenvolvidos, constitui o essencial dos contingentes de idosos para as próximas quatro décadas, e começa agora a ingressar em escalões que recaem na definição de sénior. Até ao final do primeiro quartel deste novo século a esmagadora maioria dos nascidos no surto natalício do pós-guerra estará a viver a sua velhice e assim, em 2025-2030, a manterem-se as tendências da natalidade e mortalidade, a pirâmide etária estará plenamente invertida, tomando forma um novo e substancial aumento absoluto e relativo da população idosa.

Se ao longo da segunda metade do século XX, a história da demografia europeia ficará associada à afirmação do processo de envelhecimento, num registo em crescendo de importância absoluta e relativa, assim como à sua generalização, em larga escala, à totalidade do território europeu e mesmo mundial, o século XXI deverá atender ao significado, perfil, protagonismo e necessidades de uma população idosa em profundas transformações.

Diversos estudos já realizados com incidência sobre a população idosa são consensuais quanto à necessidade de se considerar este grupo etário como uma unidade compósita, de natureza heterogénea, com desfasamentos cada vez mais marcantes entre os “jovens” idosos e os “muito” idosos, que alguns autores designam de “quarta idade”.

As questões chave no processo de envelhecimento são:

- ▶ As alterações demográficas;
- ▶ A transição do sénior de uma fase activa para uma fase mais debilitada no percurso da vida. De que forma é que as necessidades e os recursos mudam? Em particular, tendo em conta as proporções crescentes de população idosa debilitada;
- ▶ De que forma são estas necessidades afectadas por: alterações demográficas, alterações sociais, a maneira como as pessoas esperam viver a sua vida mais activamente e independentemente à medida que envelhecem biologicamente, e outros motivos, tais como o facto das famílias estarem mais dispersas em termos geográficos;
- ▶ De que forma estão a mudar os recursos em termos de rendimento disponível (do Estado, de subsídios de emprego e de outras fontes), de riqueza disponível (se possuem casas ou outros bens), os níveis e tipos de prestação de serviços por parte do Estado, crescente prestação de serviços de voluntariado, a emergência de novos tipos de habitação (por exemplo, os abrigos), mudanças na forma como os cuidados sociais e de saúde são prestados;

- ▶ De que forma é ampliada a escala destes desafios por: a) crescente proporção de idosos na população e b) crescente mobilidade geográfica da população tanto dentro Portugal como em termos de migração internacional, levando à concentração de idosos em determinados locais e regiões;
- ▶ Até que ponto as necessidades e os recursos dos estádios avançados do ciclo de vida dependem do rendimento, sexo, anterior mobilidade, redes sociais, localização geográfica (sobretudo o urbano *versus* o rural);
- ▶ O que influencia as pessoas a mudarem-se numa idade avançada - à escala local, regional ou internacional - como resposta às mudanças nas suas necessidades e recursos;
- ▶ De que forma estão a responder os indivíduos à longevidade e às mudanças nas necessidades/recursos? Será tentando trabalhar durante um maior período de tempo? E quais são as características desse trabalho - durante uma parte do dia ou a tempo inteiro, mudando de estatuto ou de sector;
- ▶ Que tipo de apoio é prestado pelas famílias, quer vivam na proximidade ou longe? Este apoio pode ser financeiro, emocional ou ao nível da prestação de cuidados;
- ▶ De que forma as novas tecnologias influenciam os recursos - por exemplo, no que diz respeito a tomar medidas de apoio para idosos mais debilitados, de modo a que estes permaneçam nas suas casas, ou em termos de internet ou de serviços e informação ligados à Internet.

1.2. Uma visão global do bem-estar: complexidade e dimensões

O bem-estar geral da população é sobretudo resultado dos seus recursos materiais, estados físicos de saúde e bem-estar mental. Cada um destes parâmetros apresenta-se bastante complexo:

Os *recursos materiais* referem-se não apenas ao rendimento actual (e ao respectivo padrão de vida que possibilita), mas também a poupanças, bens, títulos de pensão e perspectiva de estabilidade económica. Na maioria dos países ricos do mundo, a propriedade de bens imobiliários tem crescido substancialmente durante a segunda metade do século XX, tendo passado de menos de 1/5 dos agregados a deterem a sua casa em 1950, para uma clara maioria na actualidade. Esta mudança reflecte a afluência crescente e forte promoção por parte de muitos governos do princípio de “democracia dos cidadãos proprietários”, sendo esta uma política que é fortemente apoiada pela grande maioria da população. Significa igualmente que durante as próximas décadas, uma grande parte da população idosa irá possuir “habitação equitativa”, que poderá ser “cobiçada” pelos filhos e pela família mais alargada, mas que representa um recurso a que os idosos poderão recorrer para aumentar o seu bem estar actual. Em vários países é já evidente que as despesas privadas estão a aumentar em proporção aos gastos totais do bem-estar.

Os *estados físicos de saúde* melhoraram significativamente nos países mais ricos, no decurso do último século, tal como indicam os aumentos da esperança média de vida e a substancial quebra da mortalidade infantil. Esta “transição epidemiológica” resulta essencialmente de dois factores distintos, sendo que as suas respectivas contribuições permanecem controversas e não podem ser determinadas com precisão. Em primeiro lugar, as melhorias multifacetadas nos padrões de vida, da alimentação e higiene pessoal, à exposição a agentes patogénicos, toxinas e acidentes no trabalho e no ambiente; e em segundo lugar, os rápidos avanços no sector das ciências biomédicas e no desenvolvimento de múltiplas terapias de tratamento - por outras palavras, mais e melhores cuidados de saúde.

Relativamente às mudanças temporais no *bem-estar mental* da população, existe pouco conhecimento e compreensão do fenómeno, em parte devido à escassez de informação e porque as tendências são contraditórias. A distribuição global de “satisfação na vida” ou mesmo de “felicidade” pode não ter mudado

substancialmente ao longo dos séculos, tal como o admitem eminentes economistas especialistas em bem-estar e analistas de saúde pública (Layard, 2006; Marmot, 2004). Da mesma forma, a prevalência de depressões clínicas, de ansiedade e de outros distúrbios emocionais e psicoses, não têm seguido tendências consistentes ao longo dos tempos. Podem ser relativamente constantes de sociedade para sociedade, ou podem flutuar devido a um sentimento nacional de pessimismo ou optimismo, tal como aquele que é gerado pelas guerras, pela garantia de paz, pela ocupação estrangeira e pela rapidez na mudança social e ocupacional. A única tendência temporal clara é a de que a prevalência de distúrbios cognitivos em idade avançada aumentou, o que está associado a danos irreversíveis do sistema nervoso e cerebral (psico-motor), que são claramente sintomas de várias demências e da doença de Parkinson.

Os principais tipos de serviços de acção social

O âmbito das intervenções públicas na acção social vai desde o apoio ao nível do rendimento, através da prestação de serviços de saúde e assistência social, assim como o apoio aos cuidadores familiares, até ao fornecimento de “habitação social”. Esta análise centra-se no que geralmente se designa por serviços sociais: ou seja, o fornecimento de aconselhamento, de cuidados, de apoio e tratamento, incluindo tudo o que implica o alojamento. Resumindo, a análise centra-se, sobretudo, em três tipos de serviços de acção social ou intervenções:

- Alojamento, incluindo habitação especializada e habitação ajustada com cuidados específicos;
- Serviços de cuidados pessoais;
- Serviços de saúde: cuidados primários, serviços comunitários de saúde, serviços hospitalares.

A economia mista da prestação de serviços sociais contemporânea

A prestação de serviços sociais não é exclusiva de nenhuma agência ou sector da economia, em nenhum país ocidental. Até mesmo nos Estados Unidos da América (EUA), que tem um sistema “privado” de cuidados de saúde, o Governo Federal é o principal promotor de educação, formação clínica e pesquisa biomédica, e contribui de forma substancial para as despesas de saúde da população idosa e daqueles cujos rendimentos são muito baixos, através da *Medicare* e da *Medicaid* (ver <http://www.medicare.gov/> e <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>), respectivamente. Adicionalmente, o Governo Federal dos EUA disponibiliza programas de subvenção em capital para a construção de hospitais e outros recursos médicos (como por exemplo, em áreas rurais e carenciadas ou que sofreram desastres naturais).

Portanto, até nos Estados Unidos a oferta e, sobretudo, o desenvolvimento de programas inovadores de cuidados de saúde, de apoio social e de habitação social, surgem através de variados esforços por parte de muitos sectores. Tal como em todos os países da OCDE, inúmeras agências e organizações (individuais, empresas, organizações e agências) estão envolvidas na promoção (ou abrandamento) da acção social através do fornecimento e desenvolvimento de serviços sociais. Convém clarificar os respectivos papéis dos principais grupos de agentes.

O **Quadro 1** sintetiza os papéis de cada um dos principais grupos de agentes na prestação e desenvolvimento de serviços sociais. Existem obviamente inúmeras inter-dependências entre os actores centrais. Muitos dos avanços no domínio da acção social são inicialmente orientados por um dos grupos de agentes, mas para que as iniciativas se tornem duradouras e alargadas, requerem a aprovação ou o apoio prático de outros grupos. Serão referidas outras complementaridades e inter-dependências nas secções seguintes, centradas em tipos específicos de serviços.

Quadro 1. Os principais agentes na prestação e desenvolvimento de serviços sociais dirigidos aos idosos

Agentes	Papéis	Métodos
1. Governo Central	Regulamentação dos profissionais e das organizações prestadoras de serviços. Planeamento nacional, ou seja, estabelecer as prioridades do desenvolvimento da acção social. Disponibilizar fundos para demonstrações e provas e, a longo prazo, financiar prestações sociais.	Legislar para criar agências de regulamentação (incluindo inspecção e encerramento) e poderes, que podem ser devolvidos no total ou em parte a escalões mais baixos do Governo, a organismos profissionais ou a agências independentes. Formar comissões de inquéritos para chegar a um consenso relativamente a novas prioridades, tecnicamente exequíveis e financeiramente acessíveis. Promover objectivos prioritários através de subvenções, subsídios e, menos frequentemente, detenção de bens e gestão por parte do Estado.
2. Agentes do Governo Local e do Estado	Papéis <i>top-down</i> (do Governo Central para o Local) Papéis <i>bottom-up</i> (do Governo Local para o Central)	Criação de agências para implementação de políticas do Governo Central, adaptadas às circunstâncias locais. Sintetizar as prioridades da acção social das populações locais, negócios e organizações sem fins lucrativos, e influenciar o Governo a tomar medidas de resposta.
3. Profissionais e as suas associações, como por exemplo, sociedades médicas, federações de proprietários de casas de saúde.	Prestar tratamento adequado e competente, cuidados e apoio. Auto-regulamentação dos padrões profissionais.	Definir programas de estudo e requisitos de acreditação básicos, técnicos e actualizados. Estabelecer padrões de competência e procedimentos de controlo de qualidade, de modo a identificar a incompetência e a negligência.
4. Empresas com fins lucrativos	Fornecer bens e serviços sociais, desde a habitação à cirurgia. Criar novos serviços, comprovando a sua rentabilidade.	Criar sistemas eficientes para fornecer bens e serviços fiáveis, efectivos e adequados. Para serviços pouco rentáveis de valor social comprovado, determinar a responsabilidade com o sector público e as organizações sem fins lucrativos para estabelecer um sistema de prestação eficiente.
5. Organizações sem fins lucrativos, incluindo organizações religiosas e de caridade	Desenvolver serviços que respondam a necessidades não satisfeitas (lacunas). Desafiar a falta de eficiência e de ética na prestação de serviços sociais. Através da sua capacidade empreendedora e defesa de interesses, melhorar o leque e qualidade da prestação de serviços.	Através de projectos inovadores, comprovar que as lacunas podem ser preenchidas e as obliquidades podem ser removidas. Angariar fundos filantrópicos, esforço profissional e contribuições altruístas. Persuadir as empresas com fins lucrativos a apostar em áreas novas. Persuadir os Governos a legislar ou adoptar novas prioridades, através de regulamentação ou de financiamento.
6. Consumidores, ou a população	Revelar as prioridades da acção social da população através das opções de gastos e selecção de serviços, e de comentários avaliativos e manifestação de necessidades e aspirações.	Dar um <i>feedback</i> a prestadores de serviços já existentes, através dos canais políticos e dos media. Comprovar, através de decisões em matéria de despesas, a procura de produtos e serviços específicos, como por exemplo, habitação especializada; veículos motorizados de deslocação, medicamentos disponíveis (sem receita médica).
7. Cientistas e investigadores.	Desenvolver novos produtos e serviços, tais como produtos farmacêuticos, próteses (por exemplo, ancas artificiais) e tecnologia de assistência.	Procura de programas científicos e tecnológicos. Persuadir os filantropos e as entidades públicas a apoiar novas prioridades.

1.3. Dinâmicas de envelhecimento: do global ao local

O processo de envelhecimento é um fenómeno mundial que está a promover profundas alterações na estrutura actual e futura da população de todos os países. A magnitude desta alteração exige uma

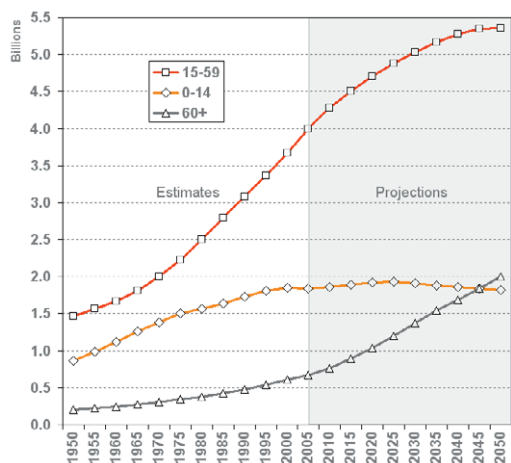
“transição demográfica”, tendo como forças motrizes a esperança média de vida crescente e a redução da fecundidade. A transição demográfica é um processo sequencial de três fases:

- Fase 1: rejuvenescimento da população, devido ao aumento das taxas de sobrevivência dos grupos etários mais novos;
- Fase 2: declínio das taxas de fecundidade, o que reduz a proporção de grupos etários mais novos enquanto que, simultaneamente, a maior parte dos recém-nascidos da Fase 1 transita para os grupos etários adultos em idade activa;
- Fase 3: devido à contínua redução das taxas de fecundidade e mortalidade, a proporção de crianças e grupos etários adultos diminui, enquanto que a esperança média de vida amplia a parte superior da pirâmide etária.

Internacional

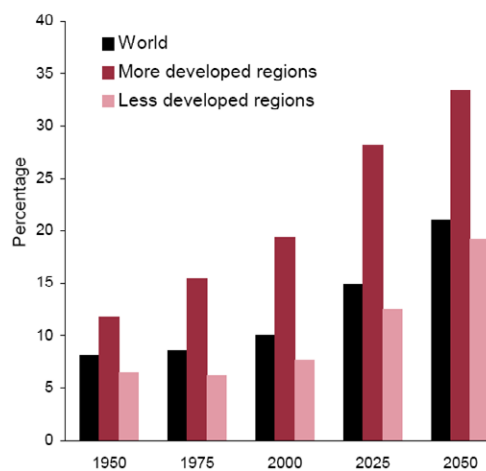
Os estudos demográficos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 (“Projeções da População Mundial, revisão de 2006”) confirmam que a população mundial está a sofrer transformações decisivas, marcadas por uma clara transição de um regime de elevadas taxas de mortalidade e fecundidade para um período de baixas taxas de mortalidade e de natalidade. Esta tendência demográfica é largamente responsável pelo rápido crescimento da população mundial que teve lugar nos últimos anos, mas é simultaneamente o principal motivo do desaceleramento deste crescimento a médio prazo, tendo em conta as mudanças na estrutura etária a ela associada (redução/estagnação da população jovem e um forte aumento dos grupos etários mais velhos) (*Figura 1*).

Figura 1. População mundial segundo os grupos etários, 1950-2050 (N.º)



Fonte: Projeções da População Mundial, revisão de 2006, Divisão de População das Nações Unidas.

Figura 2. População com 60 ou mais anos, no mundo e regiões em função do nível de desenvolvimento, 1950-2050 (%)



Fonte: Envelhecimento da População Mundial 1950-2050, Nações Unidas, 2002.

Espera-se que em 2050, tanto as regiões desenvolvidas como as que estão em desenvolvimento envelheçam significativamente (*Figura 2*). Actualmente, o grosso da população situa-se na faixa etária entre os 30 e os 50 anos nos países desenvolvidos e entre os 0 e os 20 anos nos países em desenvolvimento. Em 2050 estima-se uma mudança na faixa etária entre os 50 e os 70 anos nos países desenvolvidos e na faixa etária entre os 15 e os 35 anos nos países em desenvolvimento.

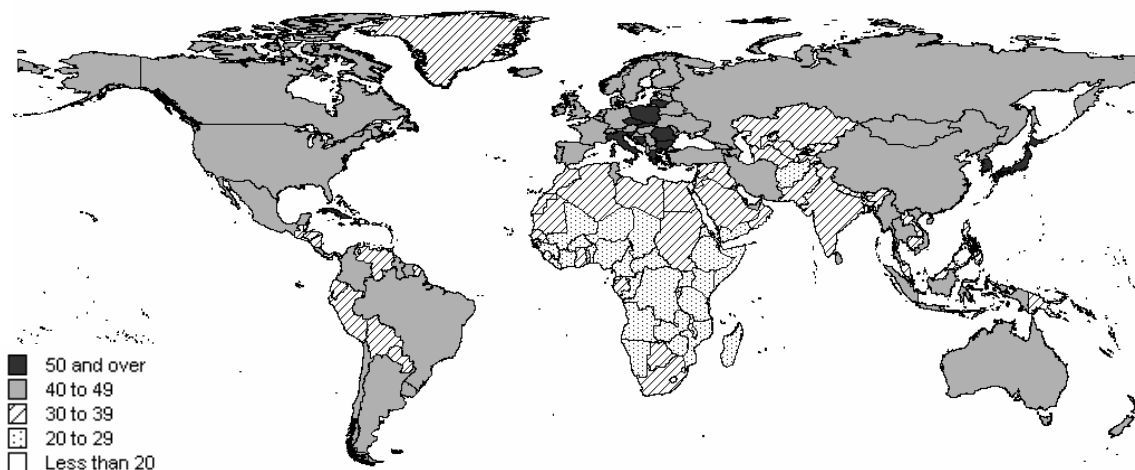
Existem dois factores demográficos cruciais que estão a accionar o envelhecimento da população - o aumento da esperança de vida e o declínio das taxas de fecundidade. A tendência geral é que, por todo o mundo, as pessoas estão a viver mais tempo (*Figuras 3 e 4*). A esperança de vida tem vindo a crescer gradualmente em todos os continentes ao longo dos últimos 50 anos. Este facto levou a um aumento na esperança global de vida de 47 para 65 anos. Em 2050, os peritos prevêem que a esperança de vida chegue aos 80 anos (exceptuando o caso de África). O aumento da esperança de vida tornou os centenários o grupo etário com o crescimento mais rápido desde 1970. Nos últimos 50 anos, este grupo etário aumentou 40% e chegou às 265.000 pessoas.

Figura 3. Idade mediana em 2005, variante média (anos)



Fonte: Projectões da População Mundial, revisão de 2006, Divisão de População das Nações Unidas.

Figura 4. Idade mediana em 2050, variante média (anos)



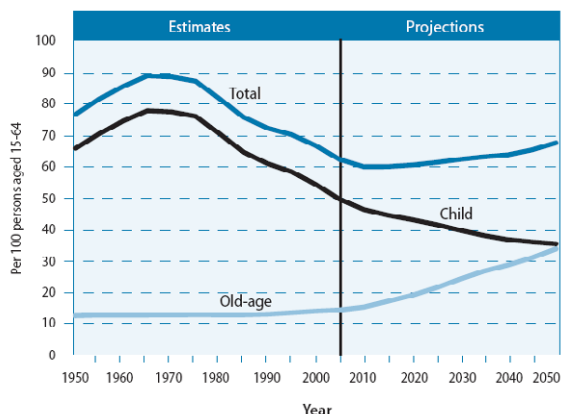
Fonte: Projectões da População Mundial, revisão de 2006, Divisão de População das Nações Unidas.

Devido às estruturas demográficas relativamente jovens nos países em desenvolvimento, o índice de dependência total mundial tem vindo a diminuir, não só por causa da redução da dependência dos jovens (taxas de fecundidade mais baixas), mas também por causa do recente impulso na população adulta. No entanto, esta tendência irá parar no futuro próximo (dentro de uma década) e depois regredirá à medida

que os adultos forem passando para os grupos etários mais velhos (*Figura 5*). Dentro de 50 anos, o índice de dependência de idosos nos países menos desenvolvidos irá subir de 8,2 para 21,8.

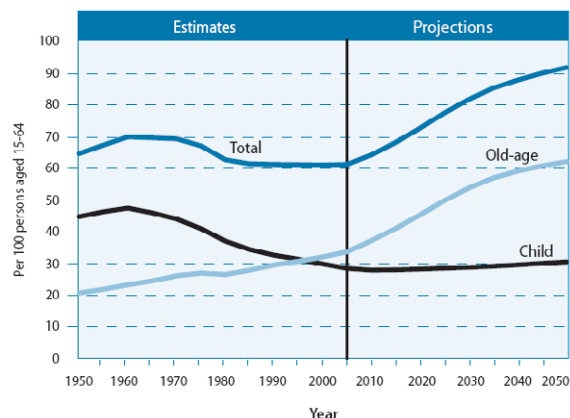
Nos países desenvolvidos, os índices de dependência total estarão numa tendência ascendente durante as próximas décadas, devido ao crescimento da população idosa (*Figura 6*.) O índice de dependência de idosos nos países desenvolvidos irá passar de 21,2 em 2000 para 46,5 em 2050.

Figura 5. Índices de dependência de idosos e crianças, em países em desenvolvimento, 1950-2050



Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

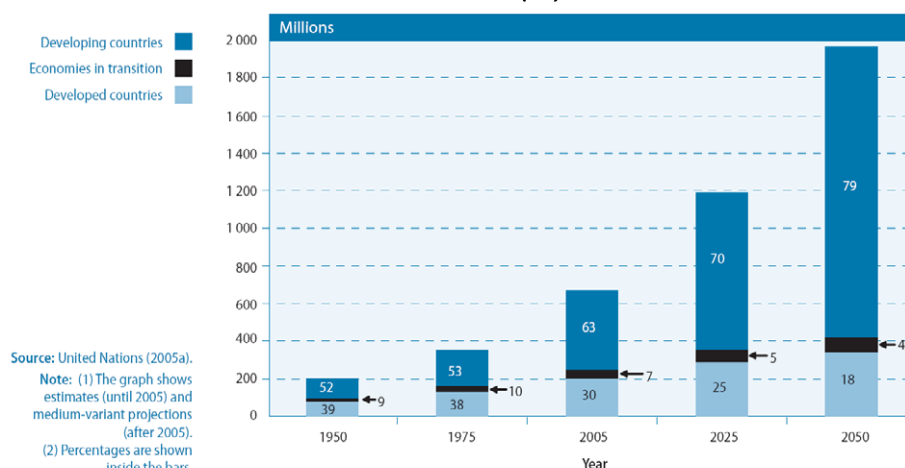
Figura 6. Índices de dependência de idosos e crianças, em países desenvolvidos, 1950-2050



Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

Embora a maior parte dos países em desenvolvimento estejam na Fase 2 da transição demográfica, é necessário ter em conta a questão quantitativa: a maioria da população mundial vive nestes países e a sua vitalidade demográfica irá reforçar estes números (1.6 biliões de pessoas com 60 ou mais anos, em 2050) (*Figura 7*) em áreas como a Ásia Oriental/Pacífico e a América Latina/Caraíbas, a transição demográfica está a ter lugar de uma forma bastante rápida (rápida redução da fecundidade).

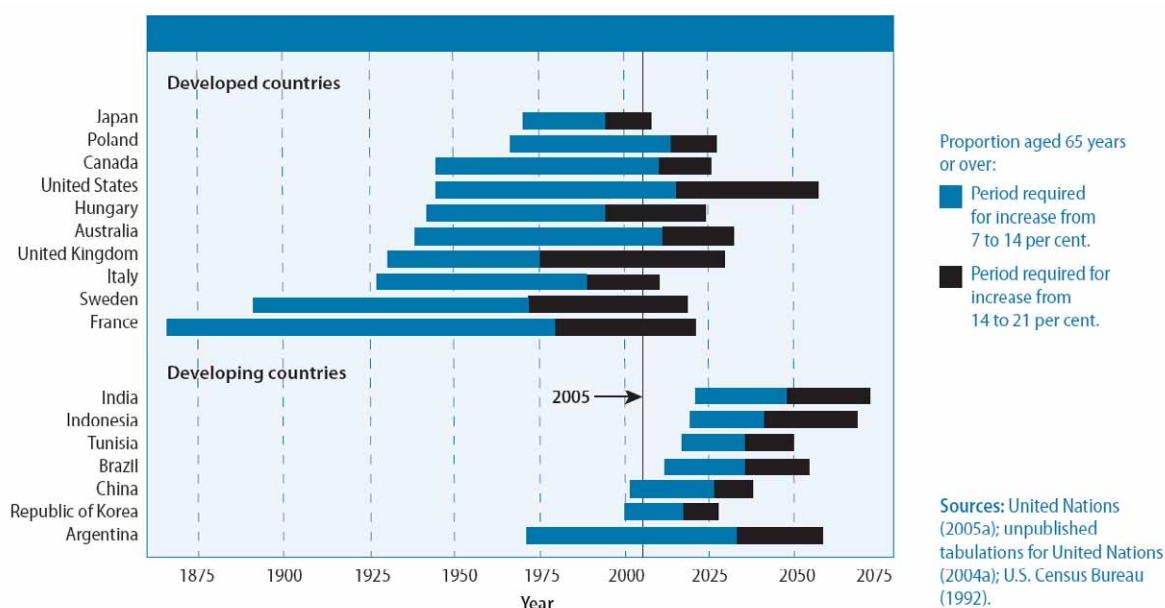
Figura 7. Dimensão e distribuição da população mundial com 60 ou mais anos por grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 e 2050 (N.º)



Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

A combinação destas duas realidades será responsável por um processo de envelhecimento ainda mais rápido do que foi alguma vez sentido pelos países desenvolvidos, no decurso das últimas décadas (*Figura 7*). Em 2050, 4 em cada 5 indivíduos da população mundial com mais de 60 anos irá residir num país desenvolvido.

Figura 8. Período de tempo necessário para que a população com 65 ou mais anos aumente de 7 para 14% e de 14 para 21%, países seleccionados

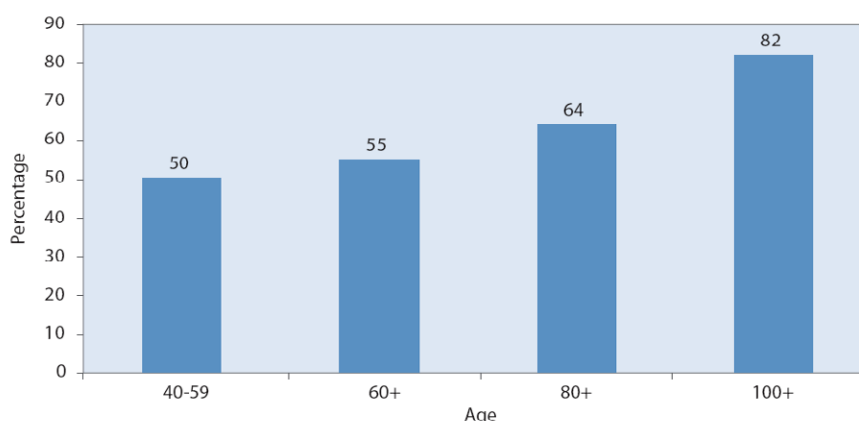


Fonte: World Economic and Social Survey, Nações Unidas, 2007.

Consequentemente, de acordo com as projecções demográficas da ONU para os próximos anos em 2045, o número de idosos no mundo (pessoas com mais de 60 anos) irá pela primeira vez ultrapassar o número de pessoas jovens (pessoas com menos de 15 anos), resultado da redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida.

De uma perspectiva global para uma análise mais minuciosa, constata-se que o envelhecimento é um processo desequilibrado no que concerne ao género. A esperança média de vida feminina é mais alta que a masculina e, portanto, à medida que vamos subindo na pirâmide etária, o número e proporção de mulheres cresce e excede significativamente a dos homens (*Figura 9*).

Figura 9. Proporção de mulheres entre as pessoas com 40-59, 60+, 80+ e 100+ anos, no mundo, 2007 (%)

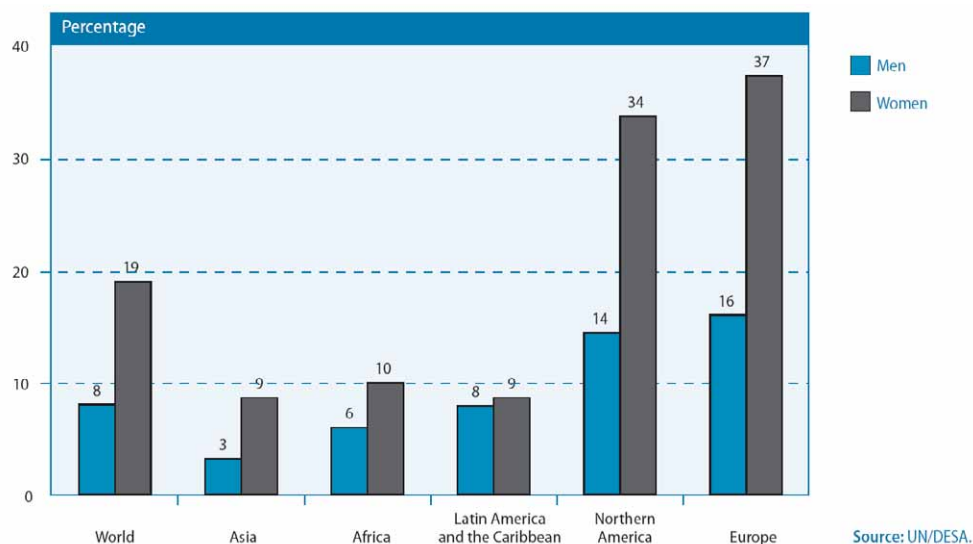


Fonte: World Population Ageing 1950-2050, Nações Unidas, 2007.

A solidão e o isolamento entre a população idosa são uma realidade com incidência sobretudo nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, os idosos ainda podem contar com a família e com a comunidade. No entanto, o aumento da proporção de idosos que sofrem de solidão irá ocorrer tanto nos

países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Relativamente a estes últimos, devido a mudanças demográficas e tendências sociais (por exemplo, a participação das mulheres no mundo do trabalho), esta situação irá gerar desafios ainda mais dramáticos, porque os serviços formais não estão preparados para dar apoio aos idosos isolados (*Figura 10*).

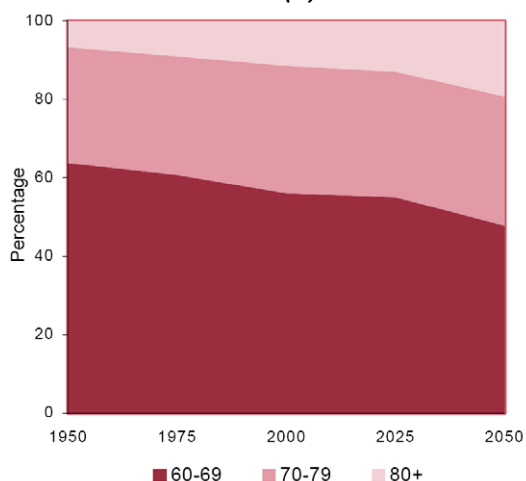
Figura 10. Proporção da população com 60 ou mais anos que vive sozinha, por região e por género, 2005 (%)



Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

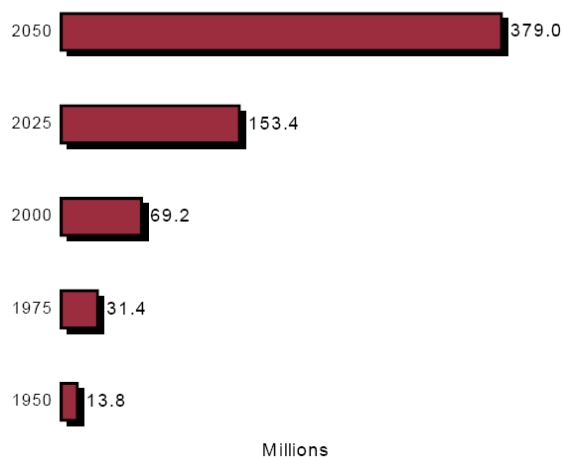
Analisando o processo de envelhecimento com mais detalhe, é necessário salientar o facto de que a população mais velha está igualmente a envelhecer: o grupo dos 80 anos ou mais é o segmento que tem crescido mais rapidamente e, em 2050, o seu peso no total da população com 60 ou mais anos irá atingir 20%, com 379 milhões de indivíduos na chamada “quarta idade” (*Figura 11 e 12*).

Figura 11. Distribuição da população com 60 ou mais anos, por grupos etários, no mundo, 1950-2050 (%)



Fonte: *World Population Ageing 1950-2050*, Nações Unidas, 2002.

Figura 12. População com 80 ou mais anos, no mundo, 1950-2050 (%)



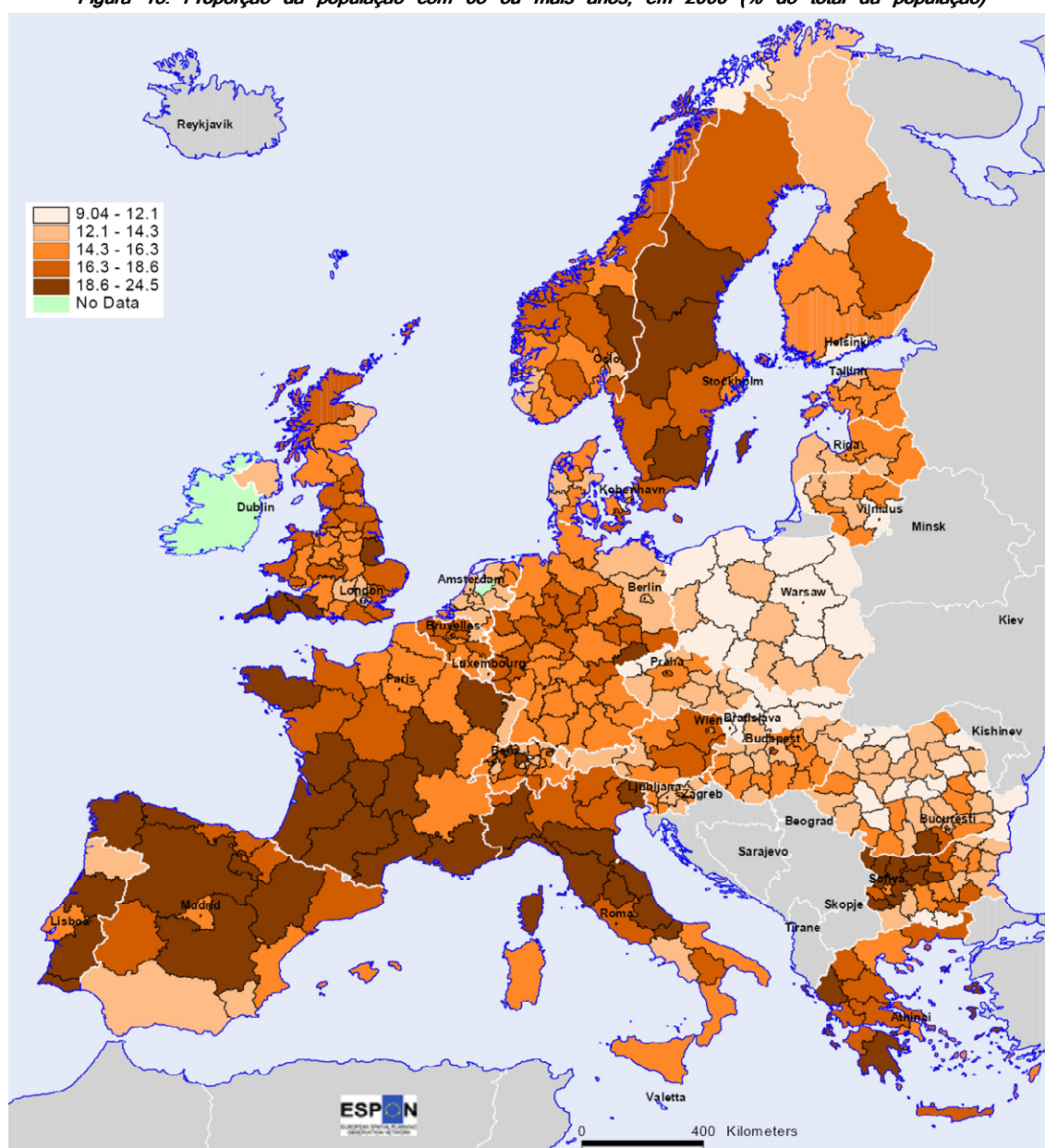
Fonte: *World Population Ageing 1950-2050*, Nações Unidas, 2002.

Ao longo da segunda metade do século XX, as taxas de mortalidade de vários países europeus têm vindo a aproximar-se, enquanto que a esperança média de vida tem crescido de forma mais paulatina: entre

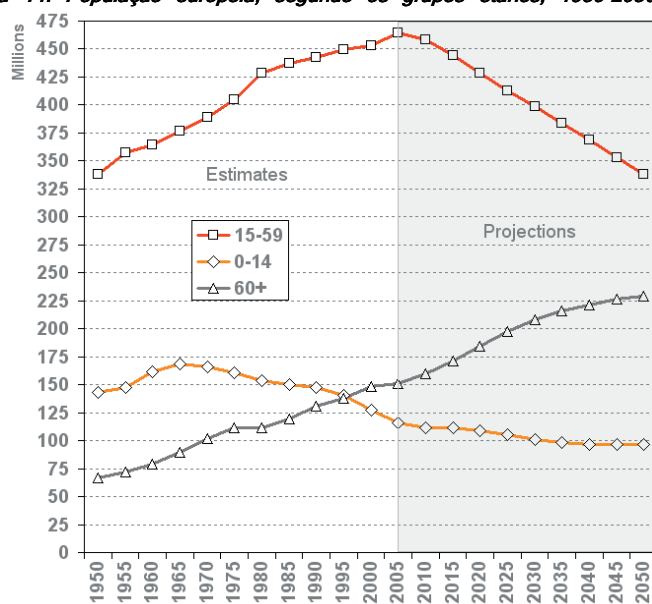
1950 e 1980, a subida nos países da OCDE foi em média de 8,5 anos a mais para as mulheres e 5,9 para os homens. Nos anos 80 e 90, a dinâmica corrente tornou possível o aumento da esperança média de vida para mais uns anos. É necessário referir que a população idosa europeia não está apenas a expandir-se em termos do seu número efectivo, mas também pelo facto de que vivem mais tempo. Nos primeiros anos do século XXI, a longevidade das novas gerações de seniores (chegando aos 60 anos de idade) atinge 18 ou 25 anos de esperança de vida, dependendo do sexo (masculino ou feminino).

Centrando-se na análise do contingente Europeu, esta realidade torna-se ainda mais aguda (**Figura 13**), na medida em que a população idosa tem vindo a ultrapassar a população mais jovem desde 1995, e espera-se que em 2050 a população com mais de 60 anos venha a duplicar a população com menos de 15 anos (**Figura 14**). Efectivamente, segundo as projecções da ONU, apenas os grupos etários que estão no topo da estrutura etária europeia irão crescer nas próximas décadas.

Figura 13. Proporção da população com 65 ou mais anos, em 2000 (% do total da população)

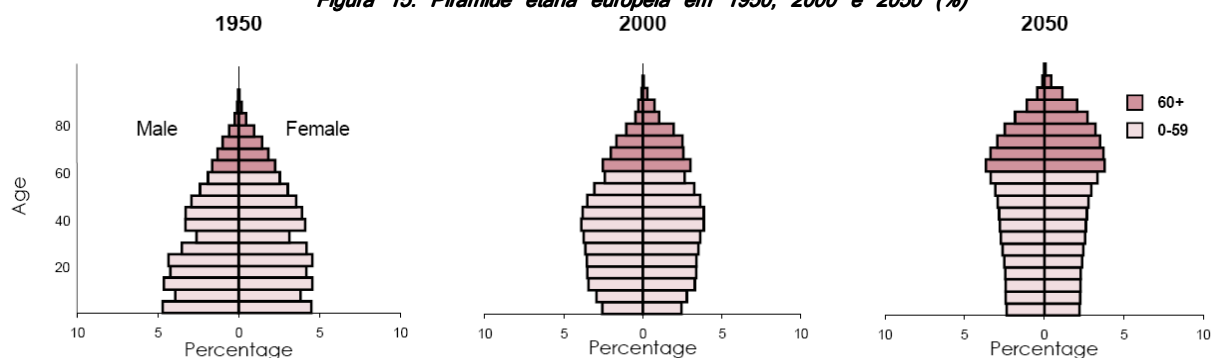


Fonte: EUROSTAT.

Figura 14. População europeia, segundo os grupos etários, 1950-2050 (N.º)

Fonte: Projectões da População Mundial, revisão de 2006, Divisão de População das Nações Unidas.

A análise comparativa das estruturas etárias em 1950 e em 2000 para a União Europeia (EU) demonstra o estrangulamento desta estrutura, simultaneamente corroída na base e alargada no topo da pirâmide etária (*Figura 15*). A progressão dos *baby-boomers* nesta estrutura também se destaca: em 1950 ainda estavam na base da pirâmide; em 2000 surgem em plena idade adulta. Ao longo das próximas quatro décadas, esta geração irá essencialmente abranger os contingentes dos seniores europeus (Ferreira, 2007).

Figura 15. Pirâmide etária europeia em 1950, 2000 e 2050 (%)

Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

No que concerne ao segmento “muito idoso”, as projecções indicam uma evolução ainda mais acentuada, o que conduzirá ao seu crescente peso no número efectivo total de idosos. O peso deste sub-grupo será maior à medida que o progresso na redução da taxa de mortalidade nos grupos etários mais avançados se torna mais significativo, o que tem sido confirmado ao longo dos últimos anos.

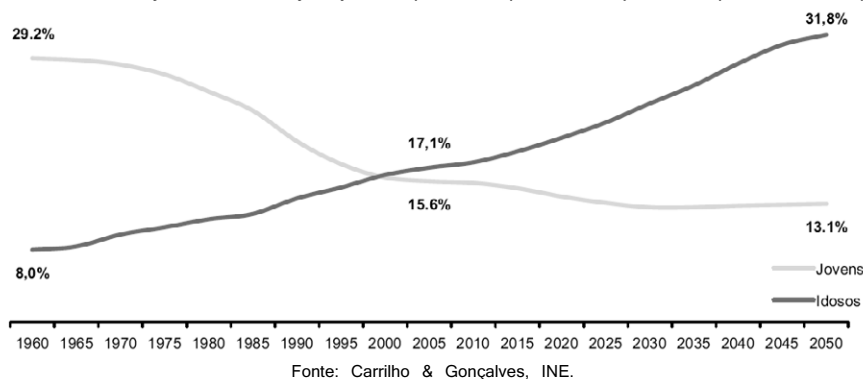
Nacional

À semelhança do que se constata a nível mundial, também a sociedade portuguesa tem registado um acentuado envelhecimento demográfico. No decurso das últimas quatro décadas, a população idosa cresceu em Portugal de forma inquestionável, tendo passado de 8,0% da população em 1960 para 16,4% em

2000, enquanto que a população jovem registou a tendência evolutiva contrária, uma vez que decresceu de 29,1% em 1960 para 16,0% em 2000.

Este fenómeno etário da população portuguesa tem-se revelado não só consistente a partir dos anos 60, mas tem sido também um processo em crescimento: no cenário mediano das projecções demográficas do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população envelhecida irá duplicar a sua proporção no total da população entre 2000 e 2050, atingindo os quase 32% (*Figura 16*).

Figura 16. Proporção de população jovem (<15 anos) e idosa (>65 anos), 1960-2050 (%)



O rápido envelhecimento demográfico que ocorreu nos últimos anos colocou Portugal entre os países mais envelhecidos do mundo: está em 10º lugar na proporção de população com 60 anos ou mais (*Figura 17*); em 14º lugar no índice de envelhecimento (população mais velha *versus* mais jovem) (*Figura 18*). No contexto da UE, está na 7ª posição no *ranking* de países mais envelhecidos (*Figura 19*).

Figura 17. Classificação do país por percentagem de população com 60 ou mais anos, 2007

Country	60 or over	Rank
Japan	27.9	1
Italy	26.4	2
Germany	25.3	3
Sweden	24.1	4
Greece	23.4	5
Austria	23.3	6
Bulgaria	22.9	7
Belgium	22.9	8
Latvia	22.8	9
Portugal	22.8	10

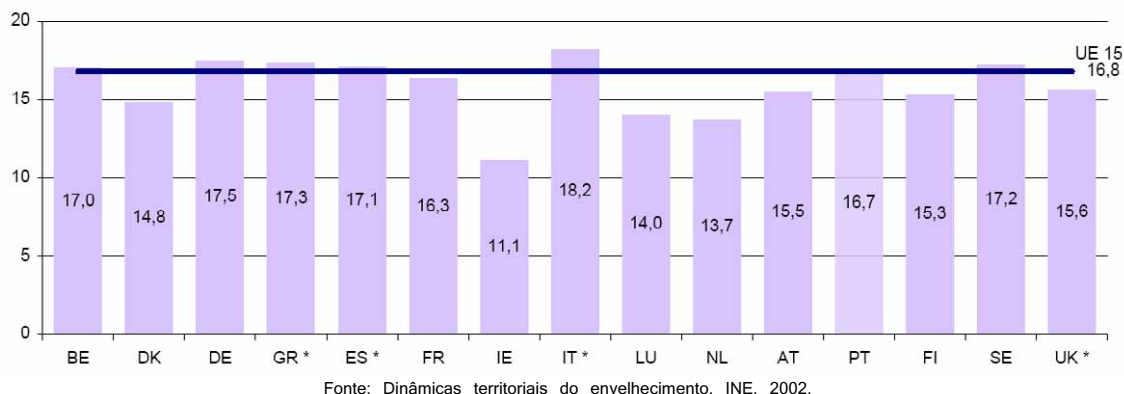
Fonte: *World Population Ageing 1950-2050*, Nações Unidas, 2007.

Figura 18. Classificação do país, por índice de envelhecimento, 2007

Country	Ageing index	Rank
Japan	201.0	1
Italy	189.8	2
Germany	182.3	3
Bulgaria	172.5	4
Greece	166.0	5
Latvia	164.4	6
Austria	156.1	7
Slovenia	155.9	8
Czech Republic	150.7	9
Croatia	150.0	10
Ukraine	149.5	11
Spain	149.2	12
Estonia	148.3	13
Portugal	144.3	14

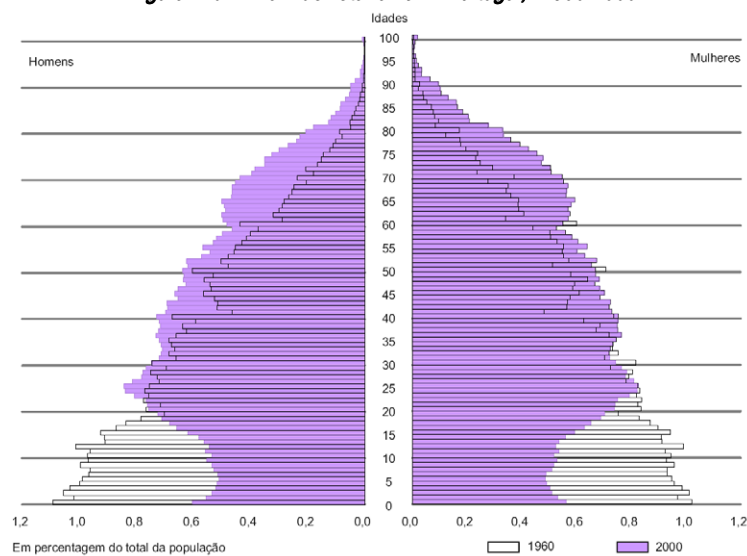
Fonte: *World Population Ageing 1950-2050*, Nações Unidas, 2007.

Figura 19. População com 65 ou mais anos na União Europeia (EU-15), 2002 (% do total da população)



A evolução etária da população residente no período decorrido entre o Censos de 1960 e o de 2001 foi marcada pelo envelhecimento simultâneo no topo e na base da estrutura etária (duplo envelhecimento) (*Figura 20*). Esta combinação levou a que, pela primeira vez, o índice de envelhecimento tenha suplantado 100, isto é, a entrada para o 2º milénio foi marcada pela existência em Portugal de mais pessoas idosas do que jovens.

Figura 20. Pirâmide etária em Portugal, 1960-2000



Em Portugal, o crescimento da população entre 1991 e 2001 deveu-se sobretudo à imigração (estima-se que o fenómeno imigratório seja responsável por cerca de 80% deste crescimento) e menos ao equilíbrio natural. A persistência desta dinâmica diferenciada entre o equilíbrio natural e o saldo migratório pode traduzir-se pelo número crescente de pessoas estrangeiras a viver em Portugal, o que actualmente representa aproximadamente 4% do total da população (cerca de 400.000 pessoas). Para tal, muito contribuiu a criação de um Espaço Europeu para livre circulação de cidadãos, o que encorajou as viagens internacionais não necessariamente relacionadas com trabalho.

O espectável aumento da esperança média de vida e a manutenção de baixos níveis de fecundidade (já abaixo do limite mínimo para renovação geracional: 2006 - 1,4) nos próximos anos, não irá compensar a possibilidade de continuar a gerar saldos migratórios positivos, o que já se encontra reflectido nas projecções demográficas elaboradas pelo INE, para o horizonte de 2050.

Estas projecções revelam uma redução significativa da população ($\frac{1}{4}$ da população pode desaparecer em 50 anos) e um acentuado e alarmante duplo envelhecimento da população portuguesa: mais idosos (os índices de dependência de idosos irão subir de 23,1 em 2000 para 53,5 em 2050) e menos jovens (o índice de dependência de jovens irá subir de 24,4 em 2000 para 25,8 em 2050) (*Figura 21*).

Figura 21. Pirâmide etária da população portuguesa em 1950, 2000 e 2050 (%)

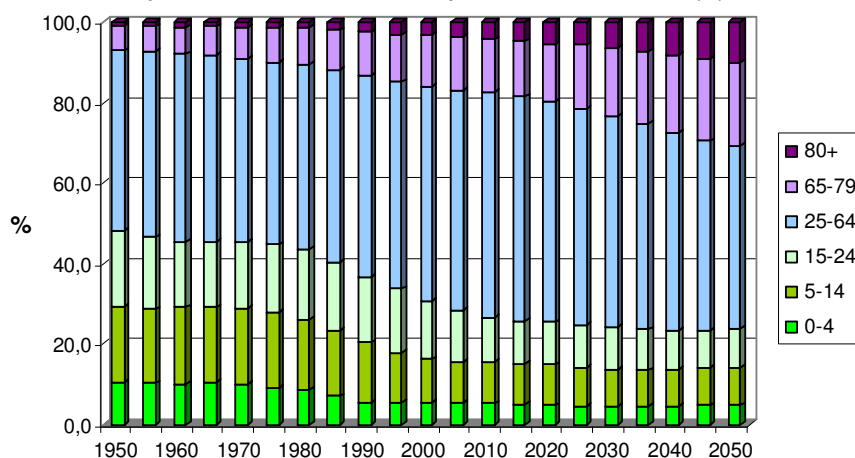


Fonte: *World Economic and Social Survey*, Nações Unidas, 2007.

Uma das características mais marcantes deste envelhecimento demográfico é a discrepância em termos de género, sendo que as mulheres estão gradualmente a ser o grupo mais representativo relativamente à progressão de idade: em 2001, a taxa de homens na população com mais de 65 anos era de 72/100, um número que desce para 46/100 quando se restringe a contagem a indivíduos com mais de 85 anos. Esta diferença tende a diminuir à medida que a esperança média de vida entre homens e mulheres se aproxima.

A taxa de crescimento da população idosa e muito idosa é bastante mais elevada que a dos restantes grupos etários, quer seja no período retrospectivo, quer seja no período de projecção (*Figura 22*): a população idosa (com 65 anos ou mais) possui uma média significativamente superior à média da taxa de crescimento (2,1%); porém, o grupo etário com 85 anos ou mais apresenta a taxa de crescimento mais rápida (quase 3% da média anual); enquanto que a população jovem (com 15 anos ou mais), evidencia uma diminuição de -0,9%, média anual.

Figura 22. Variante média por grupo etário, 1950-2050 (%)

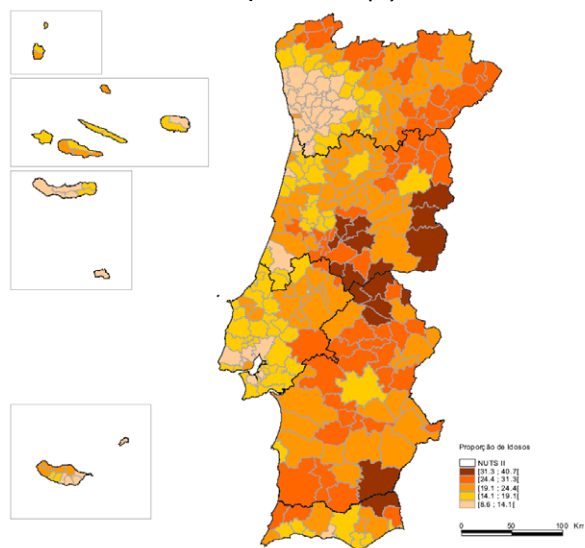


Fonte: INE, Censo Geral da População (1960-2001) e projecções para a população residente (2010-2050).

O aumento da esperança média de vida e o consequente acréscimo da longevidade da população portuguesa, juntamente com taxas de fecundidade reduzidas e incremento dos fluxos emigratórios, serão responsáveis pela quebra do quantitativo populacional que se irá verificar em Portugal nos próximos anos e por uma intensificação do fenómeno de envelhecimento da população em todas as regiões portuguesas (incluindo as Regiões Autónomas).

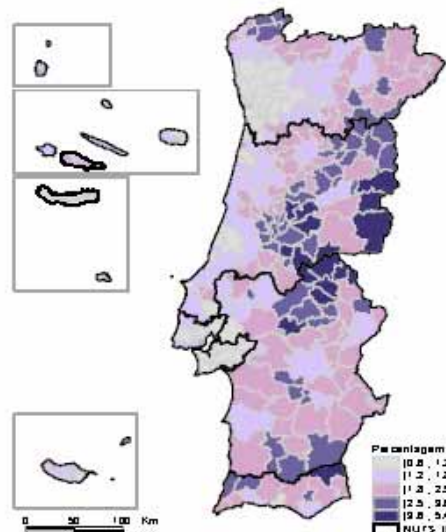
Mosaico regional do envelhecimento em Portugal

Figura 23. População com mais de 65 anos, por municípios, 2001 (%)



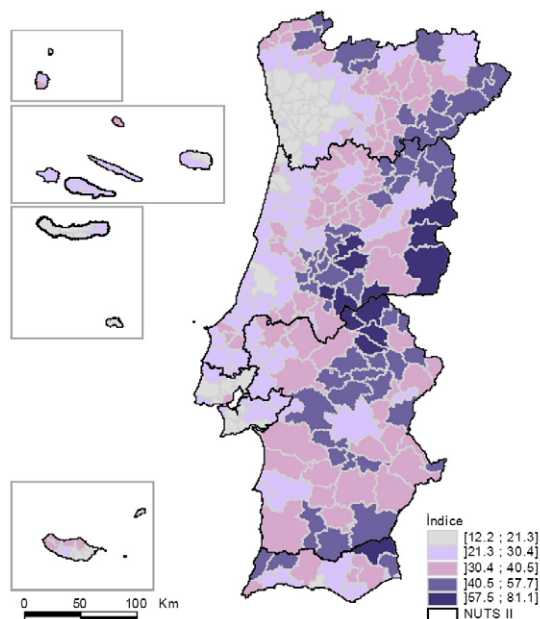
Fonte: O Envelhecimento em Portugal, INE, 2002.

Figura 24. População com mais de 85 anos, por municípios, 2001 (%)



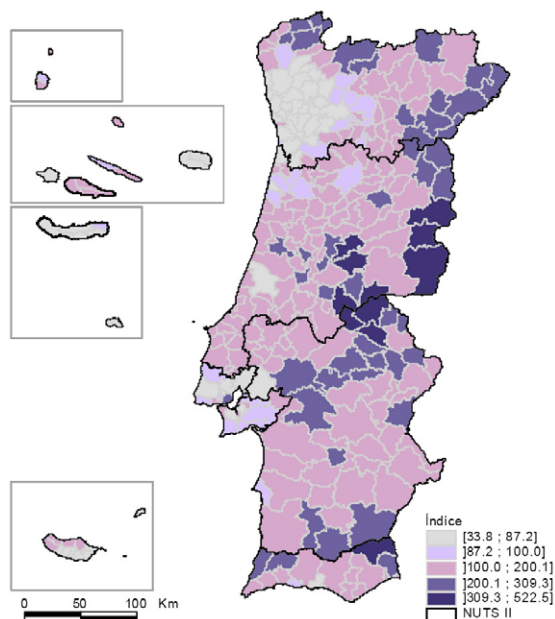
Fonte: Dinâmicas territoriais do envelhecimento, INE, 2002.

Figura 25. Índice de dependência de idosos, por municípios, 2001 (%)



Fonte: Dinâmicas territoriais do envelhecimento, INE, 2002.

Figura 26. Índice de envelhecimento, por municípios, 2001 (%)



Fonte: Dinâmicas territoriais do envelhecimento, INE, 2002.

No entanto, as características e dinâmicas deste fenómeno de envelhecimento revelam diferenças regionais decorrentes dos diferentes comportamentos de variáveis como fecundidade e fluxos migratórios.

No decurso das últimas décadas, as regiões do interior (Centro, Alentejo e Algarve) têm sido confrontadas com elevados índices de população envelhecida, facto que é acima mencionado pelos constantes movimentos de emigração (internos e externos), nomeadamente por parte da população activa, o que influencia directamente a queda nas taxas de natalidade, levando progressivamente à desertificação destes territórios. Noutros territórios (tais como Norte, Madeira e Açores), pelo contrário, ainda se registam níveis elevados de fecundidade, o que tem proporcionado um crescimento da população.

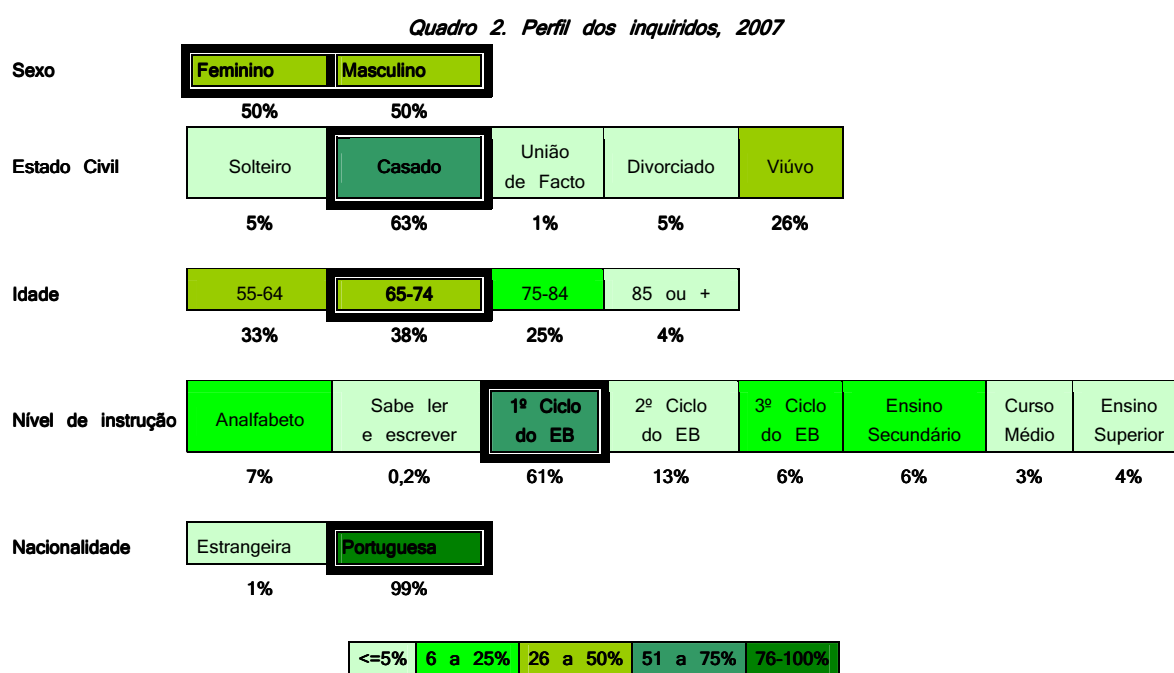
Contudo, durante os últimos anos, a população idosa tem continuado a crescer em todas as regiões (incluindo as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e Região Norte, que não têm tido a capacidade de renovação das gerações) e espera-se que o envelhecimento se estenda ao resto do país nos próximos anos, embora a ritmos diferentes e em momentos específicos. Por outras palavras, o aumento da proporção entre a população idosa e a jovem irá tornar-se uma realidade em todas as regiões portuguesas num futuro próximo.

2. Segmentação da população sénior em Portugal

2.1. Perfil socio-demográfico (os resultados do inquérito e o recenseamento de 2001)

Com base num inquérito realizado pelo CEDRU a 1.324 inquiridos com 55 anos ou mais (ver Anexo A - Nota Metodológica e Anexo B - Questionário aplicado), é possível apresentar um retrato aproximado e bastante seguro das principais características socio-demograficas da população sénior em Portugal. Este perfil encontra-se descrito ao longo do presente capítulo, sendo realizada sempre que possível, uma análise comparativa dos resultados obtidos com outros referenciais documentais e/ou estatísticos.

No quadro seguinte, que traduz o perfil-base dos inquiridos, conclui-se que a amostra é composta por homens e mulheres em partição semelhante, maioritariamente casados, pertencentes ao grupo etário dos 65-74 anos e com um nível de instrução básico.



Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Comparativamente à realidade nacional, observa-se uma aproximação às características da amostragem realizada em alguns indicadores. Não obstante, na segmentação por género, a superioridade numérica do género feminino em detrimento do masculino - reflexo da maior esperança média de vida das mulheres em relação aos homens - não se encontra devidamente plasmada nos resultados obtidos para a amostra.

Quadro 3. População residente com mais de 55 anos segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Censos 2001	Amostra
Homens	44	50
Mulheres	56	50

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Numa análise regionalizada da amostra, destaque-se que entre os inquiridos naturais de Portugal, predominam os provenientes das regiões-plano de Lisboa, Centro e Alentejo, sendo que por Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT III), a esmagadora maioria são naturais da Grande Lisboa (24%), Serra da Estrela e Beira Interior Sul (com 10% cada). Por outro lado, os seniores de nacionalidade estrangeira provêm maioritariamente de países de expressão portuguesa, nomeadamente das antigas colónias ultramarinas africanas: Cabo Verde, Guiné-Bissau, Angola, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Registe-se, contudo, o peso bastante considerável que actualmente já representa o país vizinho (Espanha), no contexto dos seniores em Portugal (6%).

Quadro 4. Inquiridos com nacionalidade portuguesa, por região, 2007 (%)

Naturalidade (NUTS II)	%
Alentejo	24
Algarve	6
Centro	31
Lisboa	31
Norte	9
R. A. da Madeira	0,2

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 5. Inquiridos com nacionalidade estrangeira, por região, 2007 (%)

Naturalidade (País)	Amostra	SEF 2001 ¹
Cabo Verde	31	18
Guiné-Bissau	22	2
Angola	18	4
Moçambique	10	2
Espanha	6	13
África do Sul	2	0
Alemanha	2	9
Austrália	2	0
Brasil	2	4
EUA	2	5
Congo	2	0,1
São Tomé e Príncipe	2	1
Outros	-	41

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A condição de reformado da esmagadora maioria dos inquiridos (77%) reflecte, antes de mais, a faixa etária inquirida e o próprio abandono das actividades profissionais que desenvolviam, decorrentes da sua cessação por motivo de idade ou por debilidades físicas que o envelhecimento comporta. Ainda assim, a

¹ População estrangeira residente em Portugal, por nacionalidade e sexo, segundo o grupo etário, 2001.

proporção de população activa inquirida tem uma representatividade superior à do país, uma vez que em 2001 os activos com idade superior a 55 anos representavam 11,6%. Em qualquer dos casos é patente que a inactividade perante o emprego caracteriza a maioria dos idosos, nomeadamente os reformados e as domésticas.

Num estudo recente do INE, foram determinados os níveis de instrução da população com mais de 65 anos, tendo por base as categorias da classificação usada pelas Nações Unidas, a *International Standard Classification of Education* (ISCED) (Classificação Internacional Standard da Educação). Concluiu-se que, em Portugal, cerca de metade da população (55,1%) era iletrada. O nível correspondente aos 1º e 2º ciclos do ensino básico, era detido por 37,0% dos indivíduos idosos, enquanto o 3º ciclo se cingia apenas a 3,4%. Os níveis que abrangem desde o 3º ciclo até ao ensino superior compreendiam somente 7,9% da população idosa portuguesa². Na amostragem realizada esta é também uma realidade evidenciada.

Quadro 6. Situação dos inquiridos perante o trabalho, 2007

Condição perante o trabalho	N.º	%
Activo	213	16,1
Desempregado	22	1,7
Doméstica	59	4,5
Reformado	1.019	77,0
Outros	3	0,2
Não responde/Não se aplica	8	0,6
Total	1.324	100

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 7. Níveis de instrução da amostra, 2007 (%)

Nível de Instrução	%
Sabe ler e escrever	0,2
Analfabeto	7
1º Ciclo do Ensino Básico	61
2º Ciclo do Ensino Básico	13
3º Ciclo do Ensino Básico	6
Ensino Secundário	6
Curso médio	3
Ensino Superior	4
Total	100

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Comparando a situação perante o trabalho e o nível de instrução, conclui-se que os indivíduos sem nível de instrução se encontram quase todos numa situação de reforma (86%), sendo visível que à medida que cresce o nível de instrução, cresce também o tempo de permanência no mercado de trabalho. Assim se explica, entre outros factores, que uma importante parcela dos indivíduos reformados mantenha algum tipo de actividade (9% das respostas válidas).

Quadro 8. Situação perante o trabalho em função do nível de instrução, 2007 (%)

Situação Perante o Trabalho	Analfabeto	Sabe Ler e Escrever	1º Ciclo do EB	2º Ciclo do EB	3º Ciclo do EB	Curso Médio	Ensino Secundário	Ensino Superior
Activo	6	0	12	28	33	11	26	44
Desempregado	0	0	2	1	3	0	4	0
Doméstica	8	0	4	5	7	3	6	0
Outros	0	0	0	1	0	0	0	0
Reformado	86	50	81	66	58	86	64	56
Não se aplica/Não responde	0	50	1	0	0	0	0	0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

² Adaptado de "O envelhecimento em Portugal", situação sócio-demográfica", INE, 2002.

Entre os seniores reformados que desenvolvem alguma actividade, e com base nas respostas válidas obtidas, cerca de 68% dos indivíduos trabalham por conta de outrem (assalariados), seguidos pelos trabalhadores por conta própria (30%) e, em menor escala, pelos trabalhadores familiares não remunerados e patrões.

As receitas do agregado familiar, em 38% dos casos não ultrapassam os 750 €/mês, sendo que na amostra em causa o número máximo de elementos que compõem o agregado doméstico é de 8. Contudo, não são as famílias/agregados maiores os que possuem rendimentos mensais mais elevados, o que poderá ser demonstrativo de dificuldades económicas e pobreza camuflada (cerca de 2% dos indivíduos inquiridos vivem sós e com receitas mensais de valor inferior a 150€).

Quadro 9. Situação na profissão, 2007

Situação na Profissão	N.º	%
Assalariado	169	57,7
Trabalhador por conta própria	87	29,7
Trabalhador familiar não remunerado	16	5,5
Patrão	15	5,1
Desempregado	3	1,0
Outros	2	0,7
Doméstica	1	0,3
Sub-total	293	100
Não responde/Não se aplica	1031	-
Total	1324	-

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 10. Indivíduos do agregado familiar (em %), segundo as receitas mensais do agregado (euros), 2007

Rendimentos Mensais	N.º de Indivíduos por Agregado							Total
	0	1	2	3	4	5	8	
Até 150	2	1	1	0	0	0	0	1
151-300	17	10	9	11	13	20	100	13
301-500	17	15	9	10	26	20	0	15
501-750	10	11	6	14	4	20	0	10
751-1.000	5	8	14	13	9	0	0	8
1.001-1.500	2	6	8	8	13	0	0	5
1.501-2.500	1	1	6	1,6	0	0	0	2
2.501-5.000	1	0	1	8	4	0	0	0,9
> a 5.001	0	0,9	1	3	0	0	0	0,8
Não responde/Não se aplica	44	45	45	32	30	40	0	43
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Em Portugal, segundo alguns estudos recentes desenvolvidos pelo INE, os índices de pobreza nos agregados com idosos são superiores relativamente aos agregados sem idosos. Os casais de idosos e os casais em que um dos membros é idoso são, por esta ordem, os segundos e terceiros mais atingidos pela pobreza, calculada em função do rendimento. Se se considerar os índices de pobreza segundo as condições de vida (privação de bens por parte dos agregados), a situação permanece praticamente inalterável.

Quadro 11. Algumas características da população idosa (65 ou mais anos) total e dos 10% mais pobres, Portugal, 2000 (%)

Variáveis de Análise		População com 65 ou mais anos nos 10% mais pobres	População com 65 ou mais anos no total da população
Sexo	Masculino	37,4	40,9
	Feminino	62,6	59,1
Estado de Saúde	Muito Bom	0,0	0,2
	Bom	4,3	7,0
	Razoável	38,9	39,0
	Mau	48,0	42,4
	Muito Mau	8,8	11,4
	Nenhum	72,1	54,4
Nível de Instrução	1º Ciclo do Ensino Básico	25,1	34,8
	2º Ciclo do Ensino Básico	1,5	2,2
	3º Ciclo do Ensino Básico	1,3	3,9
	Ensino Secundário	0,0	3,1
	Ensino Superior	0,0	1,6

Fonte: "Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal", Revista de Estudos Demográficos, n.º 35, INE.

Para além disso, a disparidade na estrutura das receitas entre os agregados com e sem idosos apresenta-se igualmente evidente, sendo que nos primeiros o peso das pensões no total das receitas é bastante mais significativo.

Quadro 12. Estrutura das receitas médias líquidas anuais por adulto equivalente, segundo o tipo de agregado doméstico privado (ADP), Portugal, 2000 (%)

Tipo de Receitas	Total ADP	ADP Sem Idosos	ADP com Idosos					
			Total	Idoso Só	Casal de Idosos	Casal com um Idoso	Rep. Idoso + Outros	Outros com Idosos
Receita Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Receitas Monetárias Totais	85,9	86,2	85,2	81,5	83,3	85,8	88,4	88,5
Rendimentos do Trabalho	54,6	70,3	22,1	2,3	8,0	20,0	38,6	52,7
Pensões	23,4	7,5	55,2	71,8	69,9	58,0	42,8	28,5
Prestações Sociais	2,5	3,0	1,4	0,8	0,2	2,3	2,0	2,5
Outras receitas monetárias	5,4	5,3	5,5	6,7	5,1	5,5	5,0	4,8
Receitas não monetárias	14,1	13,8	14,8	18,5	16,7	14,2	11,6	11,5

Fonte: "Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal", Revista de Estudos Demográficos, n.º 35, INE.

Quadro 13. Rendimento do trabalho, pensões e prestações sociais, 2007 (%)

Rendimento do Trabalho	%	Pensões	%	Prestações Sociais	%
0-250	4	0-150	2	0-150	25
251-500	28	151-300	30	151-300	50
501-750	21	301-500	30	301-500	19
751-1.000	24	501-750	17	> a 501	6
> a 1.001	23	751-1.000	10		
		> 1.001	11		

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Nas áreas urbanas, os transportes públicos são o segundo meio de transporte utilizado pelos seniores nas suas deslocações, logo a seguir ao carro próprio. Por outro lado, no meio rural, logo após o carro próprio (que continua no topo da hierarquia), os indivíduos recorrem a automóveis de familiares e só depois (e caso existam) transportes públicos, mais escassos.

Quadro 14. Meios de transporte, 2007

Transporte	N.º	%
Carro próprio	504	38
Transportes públicos	338	26
Viatura de familiares	127	10
A pé	99	7
Carro próprio e transportes públicos	43	3
Viatura de familiares e transportes públicos	43	3
Outros	26	2
Outra conjugação de modos de transporte	22	2
Transportes públicos e a pé	19	1
Viatura de familiares e táxi	15	1
Táxi	14	1
Não responde/Não se aplica	74	6
Total	1324	100

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Segundo a tipologia dos agregados familiares, predominam os inquiridos seniores que residem com o cônjuge (48%), apesar dos inquiridos seniores que residem sós terem também uma forte representação (31%).

Comparando com a realidade nacional, em 2001, e segundo o INE, em 32,5% das famílias clássicas portuguesas vivia pelo menos um idoso, sendo que as famílias constituídas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Considerando apenas as famílias compostas por idosos, 50,5% são compostas por apenas um idoso e 48,1% por dois idosos.

Quadro 15. Tipologia do agregado familiar, 2007 (%)

Tipologia	%
Sénior e cônjuge	48
Sénior só	31
Casal com descendentes	13
Sénior com descendentes	5
Outras	1
Não responde	1
Sénior com um idoso	1
Casal com idoso	0,5

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A um outro nível, refira-se que apesar da esmagadora maioria dos inquiridos não possuir idosos a cargo, ainda existem inúmeras situações em que esta é uma realidade. Este factor é tanto mais preocupante quando se sabe que estes são de um escalão etário ainda mais avançado.

Quadro 16. Seniores com idosos a cargo, segundo a idade, 2007 (%)

Idosos a Cargo	55-64	65-74	75-84	85 ou +
Sim	8	4	3	2
Não	92	96	97	98

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Sendo a religião dominante em Portugal o Cristianismo Católico, a amostra reflecte de igual modo esta realidade: cerca de 89% dos inquiridos professam esta religião.

Quadro 17. Religião praticada, 2007

Religião Praticada	N.º	%
Catolicismo Romano	1179	89.0
Ateu	74	5.6
Outra	53	4.4
Não responde/Não se aplica	18	1.4
Total	1.324	100.0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

2.2. Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM)

2.2.1. Enquadramento metodológico

O inquérito desenvolvido no âmbito do presente estudo, constituído por oito grupos de questões, permitiu caracterizar a população-alvo segundo as características socio-demográficas e as necessidades sentidas.

A exploração e descrição dos resultados do inquérito foram suportadas pela execução de uma Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM) a partir das tabelas de Burt, resultantes do cruzamento de cada questão e das suas diferentes modalidades, traduzindo-se em: n unidades de análise, os indivíduos inquiridos, m variáveis, cada uma das questões e k estados, cada uma das modalidades de resposta a cada questão.

No entanto, numa primeira leitura verificou-se a existência de uma elevada redundância dos valores, tendo-se considerado a redução dos descritores. Para isso, recorreu-se à separação das questões que permitem descrever as características sociais, demográficas e económicas, dos inquiridos, das questões que permitem descrever as suas necessidades e hábitos de consumo.

Sobre estes dois conjuntos foi aplicada, de seguida, uma Análise em Componentes Principais (ACP), tendo em vista a redução da redundância, traduzida na diminuição do número de variáveis em análise. O resultado das duas análises permitiu escolher 49 questões, ou variáveis, que melhor caracterizam o universo em análise, os 1324 inquiridos. Sobre este conjunto de questões foi então aplicada uma AFCM, cujos resultados foram analisados.

2.2.2 Aplicação de Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM)

Análise de Componentes Principais (ACP)

A partir do inquérito realizado à população sénior portuguesa ao nível nacional, definiu-se uma grelha de descritores, desagregados em dois grupos de variáveis e questões, que tinham como objectivo possibilitar efectuar uma caracterização socio-económica e demográfica e das necessidades e hábitos de consumo da população-alvo. Sobre estes dois conjuntos de variáveis e questões foi aplicada uma ACP, com a finalidade de promover uma redução da redundância, dado o elevado número de variáveis utilizadas no inquérito realizado. Assim, numa primeira fase foi logo possível obter um conjunto de componentes principais para caracterizar a população-alvo.

➤ No que trata à caracterização económica, social e demográfica destacaram-se os seguintes factores:

- A população sénior portuguesa cuja situação perante o trabalho é de reformado encontra-se tendencialmente em situação de reforma não activa;
- Entre a população sénior portuguesa que vive em Áreas Predominantemente Urbanas (APU), predominam os tipos de habitação de andar/apartamento;

- É entre a população sénior que tem um regime de ocupação do alojamento de casa própria que se registam habitações com um maior número de assoalhadas;
- A população-alvo apresenta um perfil marcado pelos indivíduos do sexo feminino e com um estado civil de viuvez;
- Regista-se uma forte correlação entre a população sénior portuguesa cujos alojamentos apresentam um bom estado de conservação e que detêm elevadas receitas mensais do agregado.

↳ Relativamente à caracterização das necessidades, hábitos e estilos de vida destacaram-se as seguintes correlações fortes:

- Entre a população sénior portuguesa que não tem hábitos de realização de actividades culturais nos seus tempos livres (como sendo estudar, usar a Internet, participar em eventos culturais, frequentar bibliotecas, praticar actividades desportivas ou *hobbies*, ou participar em associações recreativas) com aqueles que não têm hábitos de cultura de voluntariado;
- Observa-se uma forte correlação entre a população sénior que reside em casa própria e aqueles que realizam com maior frequência actividades domésticas, nomeadamente, fazer compras, preparar refeições e limpeza da casa;
- No que trata aos cuidados de saúde, verifica-se uma forte correlação, de sentido inverso, entre a frequência de utilização dos cuidados de saúde, sejam eles primários ou secundários, e o grau de satisfação com a prestação desses serviços. Com efeito, entre a população sénior portuguesa que mais frequentemente recorre ao centro de saúde, predomina um sentimento de insatisfação com a prestação desse serviço, tal como ao nível dos hospitais;
- Regista-se uma forte correlação entre o tipo de ocupação dos tempos livres e a percepção que a população sénior faz do seu estado de saúde. Constata-se que é entre a população sénior que não costuma viajar que há uma maior insatisfação quanto à ocupação dos tempos livres, ao que acresce ser entre este segmento da população-alvo que predomina uma percepção negativa quando avaliam o seu estado de saúde;
- A população sénior portuguesa esboça uma considerável autonomia, na medida em que tendencialmente não beneficia de apoios para a realização das suas tarefas, verificando-se uma forte correlação entre os que não beneficiam de apoio para o desempenho das suas tarefas domésticas e os que não beneficiam de apoio na acessibilidade aos cuidados de saúde. Este factor não poderá ser dissociado da metodologia de realização do inquérito (realizado na rua e portanto, tendo sido efectuado a um reduzido número de indivíduos em situação de maior dependência), mas também por o envelhecimento demográfico ser uma tendência relativamente recente na sociedade portuguesa;
- A população sénior portuguesa não tem tendencialmente o hábito de utilizar os cuidados de saúde primários e secundários, verificando-se uma forte correlação entre os que não utilizam uma tipologia de cuidados e não utilizam a outra. Se, em certa medida, este factor decorre da menor necessidade de cuidados de saúde, por outro lado, está associado a uma fraca cultura de prevenção da doença e promoção da saúde a favor de comportamentos de utilização dos cuidados médicos, sobretudo, em situação de doença.

Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM)

A partir destas duas ACP, foram seleccionadas 49 variáveis/questões, considerando-se que estas melhor caracterizavam o universo da população-alvo do estudo (os 1.324 indivíduos seniores inquiridos). Sobre este conjunto de variáveis foi então aplicada uma AFCM, de modo a permitir, de forma mais simplificada e imediata, identificar o principal sistema de interdependências entre as variáveis, e assim caracterizar a população-alvo. Deste modo, minimiza-se simultaneamente a redundância e o ruído, pois o inquérito realizado oferecia um conjunto de dados de grandes dimensões. Com base nos resultados decorrentes da AFCM, identificaram-se um conjunto correlações fortes, que permitem caracterizar a população sénior portuguesa, segundo grandes conjuntos, destacando-se os seguintes aspectos:

Ocupação dos Tempos Livres

- A população sénior portuguesa que pratica actividades de voluntariado durante os seus tempos livres, em geral também frequenta bibliotecas, estuda, utiliza a Internet, pratica *hobbies* e actividades desportivas, participa em eventos culturais e é membro de associações recreativas. Assim, entre a população-alvo que tem uma maior cultura de voluntariado, verifica-se que é também aquela que se dedica ao associativismo, que pratica desporto e valoriza a participação em eventos culturais e, portanto, apresenta um estilo de vida mais propenso à promoção de um envelhecimento activo. Note-se ainda que a população sénior que apresenta este perfil, tem tendencialmente rendimentos elevados, uma vez que se regista uma correlação forte entre a prática destas actividades na ocupação dos tempos livres e receitas médias totais mensais do agregado superiores a 1.501€ (o escalão mais elevado estabelecido);
- Entre a população sénior portuguesa, verifica-se que a realização das tarefas domésticas na sua generalidade (preparar refeições, efectuar a limpeza dos alojamentos e fazer compras) continua a ser tendencialmente da competência das mulheres, uma vez que a frequência com que os indivíduos do sexo masculino realizam estas tarefas é diminuta. Acresce ainda a existência de uma correlação forte entre estas variáveis e o facto dos indivíduos do sexo masculino com um estado civil de união de facto apresentarem uma tendência para efectuar regularmente refeições em casa de familiares.

Acessibilidade aos Cuidados de Saúde

- Verifica-se uma correlação forte entre o nível de instrução da população sénior e o tipo de comportamento adoptado na acessibilidade aos cuidados de saúde. Mais concretamente, constata-se que entre a população-alvo com nível de instrução elevado (mais precisamente com o ensino secundário) há um padrão de utilização dos cuidados de saúde específico, marcado por uma maior preocupação com a promoção da saúde, em detrimento da utilização dos cuidados de saúde em situação de doença. Este facto explica-se pela forte correlação entre as variáveis nível de instrução de ensino secundário com uma frequência regular de utilização do centro de saúde e uma não utilização das unidades hospitalares. Importa ainda notar que é entre estes segmento da população-alvo que se observa uma maior insatisfação com os cuidados de saúde primários, reflexo quer da sua maior utilização, quer dos seus níveis de instrução - e por isso de exigência - mais elevados;
- Nota-se que entre a população sénior são os indivíduos mais idosos (com 85 ou mais anos de idade) que se registam os estados de saúde mais vulneráveis. Como tal, é este segmento da população-alvo que se encontra mais frequentemente em situação de institucionalização e que

utiliza com uma maior frequência o hospital. A correlação forte entre estas três variáveis ilustra a associação significativa que há entre o avançar da idade e a deterioração dos estados de saúde, perda de autonomia e subsequente maior dependência;

- Outra das correlações fortes que se esboçam entre as componentes socio-demográficas e a acessibilidade aos cuidados de saúde, consiste no facto de se verificar que os seniores com um estado civil de união de facto, e em situação laboral de domésticas, encontram-se entre aqueles que utilizam o hospital com uma frequência mais regular.

Situação Laboral

- São os seniores com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos de idade aqueles que têm uma situação laboral mais activa, o que seria de esperar na medida em que os 65 anos marcam a transição para a idade da reforma. Constata-se ainda que é entre este grupo de seniores que se regista uma situação financeira mais favorável, uma vez que ocorre uma correlação forte entre estas duas variáveis e as duas tipologias definidas de receitas médias mensais do agregado mais elevados (entre 751€ e 1.500€ e superior a 1.501€);
- Contrapondo de algum modo com a realidade anterior, verifica-se que os indivíduos cuja situação perante o trabalho é de desempregado ou se reveste de vínculos laborais precários, constituem um dos grupos mais vulneráveis em termos socio-económicos. Esta fragilidade decorre da concertação de um conjunto de situações, designadamente, situação de precariedade perante o trabalho e analfabetismo, o que se reflecte num conjunto de limitações, tais como residirem em habitações em regime de cedência;
- Como seria de se esperar, verifica-se que é entre a população sénior que tem níveis de instrução mais elevados (ensino superior) que predominam receitas médias mensais totais do agregado mais elevados (superior a 1.501€), na medida em que existe uma correlação forte entre estas variáveis;
- Regista-se uma correlação forte entre rendimentos financeiros e a situação perante o trabalho em caso de reformados. Com efeito, constata-se que a maioria da população sénior com receitas médias mensais totais mais elevadas (> a 1.501€), se encontra em situação de reforma activa;
- Nota-se que os indivíduos seniores com situação perante o trabalho de domésticas têm uma maior incidência em Áreas Predominantemente Rurais (APR) e em Áreas Medianamente Urbanas (AMU).

Habitação

- Verifica-se uma correlação forte entre os seniores em união de facto e a ocupação do alojamento em situação de cedência gratuita. Concomitantemente, constata-se que os indivíduos com este estado civil apresentam também uma correlação forte com um estado de maior degradação dos alojamentos. Acresce notar que os alojamentos em maior estado de degradação apresentam uma forte correlação com situações precárias perante o trabalho ou mesmo o desemprego. Com efeito, verifica-se uma forte associação entre as variáveis demográficas e socio-económicas que, em certa medida, correspondem a realidades mais vulneráveis com uma incapacidade de efectuar obras e intervenções de conservação nos respectivos alojamentos;

- Verifica-se ainda que os seniores com estado civil de união de facto residem em alojamentos de pequenas dimensões, pois ocorre uma correlação forte com habitações de apenas uma assoalhada;
- Os indivíduos com uma situação perante o trabalho de “outra”, tipologia na qual se destacam os desempregados, apresentam uma forte correlação com o regime de ocupação do alojamento de cedência gratuita. A associação forte entre estas variáveis decorre, naturalmente, da precária situação económica e subsequente dificuldade financeira para obter uma casa própria ou uma situação de arrendamento.

2.3. Análise dos principais sub-grupos da população sénior

Tendo por base a bibliografia de referência (centrada na temática do envelhecimento populacional), os resultados da AFCM e os resultados globais do inquérito realizado à população sénior, à escala nacional, foram seleccionadas cinco variáveis, consideradas de elevado interesse na caracterização da população sénior, nomeadamente: a idade, o rendimento, a composição do agregado, o sexo e a Tipologia das Áreas Urbanas (TAU). Esta selecção decorre destas se tratarem de variáveis chave, pois permitem efectuar uma segmentação da população sénior e assim oferecer um retrato global de caracterização da população sénior residente em Portugal. Constituindo cada uma dessas variáveis um sub-grupo do público-alvo, foi desenvolvida para cada uma delas uma análise minuciosa, sustentada no cruzamento com um conjunto de variáveis determinantes, de modo a caracterizá-los na sua actualidade.

A partir desta análise individualizada, foi desenvolvida uma matriz de avaliação sumária para o conjunto dos sub-grupos, com indicação dos segmentos da população sénior mais e menos vulneráveis, dependentes e com envelhecimento activo. Esta matriz tem como finalidade validar a heterogeneidade da população sénior, identificar as necessidades e factores que mais influenciam o seu bem-estar e tendências mais relevantes em cada um dos segmentos.

2.3.1. 1º sub-grupo com base na idade

A idade constitui uma variável muito pertinente, pois paralelamente ao aumento da idade há um processo biológico caracterizado pelo declínio das capacidades funcionais dos indivíduos, o que promove a existência de necessidades diferenciadas em função da idade.

Associado ao factor idade existem disparidades significativas no âmbito do contexto habitacional. Verifica-se desde logo que são os seniores mais jovens que mais residem em casa própria, registando-se uma diminuição deste regime de ocupação do alojamento à medida que a idade aumenta. Acresce notar que o arrendamento total do alojamento, ainda que não sendo substancialmente distinto entre os diferentes grupos etários, é uma realidade mais preponderante entre os indivíduos mais envelhecidos.

Relativamente à dimensão do alojamento, embora não esboçando diferenças muito significativas com base na idade, são os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos que residem em alojamentos com um maior número de assoalhadas (50,2% vive em casas com 2 a 3 assoalhadas e 46,1% com 4 ou mais assoalhadas), sendo que apenas 1,6% reside em casas mais pequenas (entre 0 a 1 assoalhadas). Contrapondo com esta situação estão os indivíduos mais idosos, com 85 ou mais anos de idade, pois embora residam maioritariamente em alojamentos com 2 a 3 assoalhadas (52,7%), este valor constitui um dos mais reduzidos comparando com os demais grupos etários. Acresce ainda notar que são os indivíduos com 85 ou mais anos que mais residem em alojamentos de 0 a 1 assoalhadas (3,6%), sendo importante salientar-se que o facto deste grupo etário apresentar a segunda proporção mais significativa de residência em alojamentos de grande dimensão (40% reside em alojamentos com 4 ou mais assoalhadas), este facto está associado à maior institucionalização deste grupo etário.

O estado de conservação do alojamento constitui um importante indicador, na medida em que é indicativo das condições habitacionais dos indivíduos. Assim sendo, são os seniores pertencentes ao grupo etário mais jovem que dispõem de melhores condições habitacionais, no que se refere à conservação da edificação, uma vez que 53,7% considera residir em alojamentos num bom estado de conservação (um valor substancialmente elevado comparativamente aos demais grupos etários) e apenas 3,7% considera ter o alojamento num estado degradado, a precisar de grandes obras de reparação (constituindo este o valor mais diminuto registado). Relativamente aos restantes grupos etários, ainda que não se verifiquem disparidades muito relevantes, importa salientar que os alojamentos num estado de conservação degradado aumentam significativamente com a idade, sendo que 10,9% dos indivíduos com 85 ou mais anos residem em alojamentos degradados. É ainda importante notar que o estado de conservação do alojamento a precisar de pequenas intervenções apresenta valores mais elevados entre os dois grupos etários mais envelhecidos.

Quadro 18. Contexto habitacional, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários (Anos)	Regime de Ocupação do Alojamento		Assoalhadas do Alojamento			Estado de Conservação do Alojamento				Total (N.º)
	Casa Própria	Arrendamento Total	0-1	2-3	>4	Bom	Razoável	Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado (precisa de grandes obras)	
55-64	67,7	28,6	1,6	50,2	46,1	53,7	30,4	10,6	3,7	434
65-74	65,0	30,2	1,0	64,0	33,0	36,0	41,6	15,2	4,2	500
75-84	58,0	32,3	2,4	68,9	23,3	29,9	39,9	18,7	6,0	331
85 ou mais	58,2	30,9	3,6	52,7	40,0	38,2	32,7	16,4	10,9	55
NR	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	25,0	50,0	25,0	0,0	4
Total	63,8	30,3	1,7	60,2	35,2	40,3	37,2	14,7	4,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A análise do perfil económico é sustentada por três factores de análise considerados muito ilustrativos da realidade económica da população sénior. O primeiro desses factores corresponde à situação dos indivíduos perante o trabalho, caso se encontrarem já na situação de reforma. Com efeito, verifica-se uma correlação positiva e forte entre o aumento da idade e o aumento da proporção de indivíduos em situação de inactividade. Os seniores até aos 64 anos apresentam a menor incidência de inactividade (33,4%), uma vez que se encontram na faixa etária que antecede a reforma. Daí que comparativamente ao grupo etário imediatamente a seguir, a proporção dos que não trabalham aumente consideravelmente (77,6% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos não trabalham). Todavia, é nos grupos etários mais envelhecidos que um maior número de indivíduos não trabalha, destacando-se os seniores com 85 ou mais anos de idade (87,3%). Intrinsecamente associado a este factor está a forte propensão ao nível nacional para que os seniores tenham como única fonte de rendimento as reformas, o que diminui significativamente a sua capacidade financeira.

Tendo em conta a estrutura das receitas médias mensais totais, verifica-se desde logo que a população sénior, no seu conjunto, dispõe de rendimentos baixos ou diminutos. As assimetrias mais relevantes ocorrem ao nível dos rendimentos mais baixos, pois verifica-se que com o aumento da idade há um acréscimo significativo dos indivíduos que dispõem de rendimentos inferiores a 300€ por mês. Se entre os indivíduos entre os 55 e os 64 anos apenas 7,8% se encontra nesta situação, entre os muito idosos (85 ou mais anos) essa realidade ascende para 29,1% do sub-grupo. Deste modo, conclui-se que são os seniores mais idosos que vivem abaixo do limiar da pobreza (considerando-se o limiar da pobreza em Portugal, o valor indicado no estudo da DGEEP de 2006, expresso em paridade do poder de compra, correspondente a 4.967€ anuais).

No que concerne à estrutura das despesas médias mensais totais, verifica-se que em todos os grupos etários são preponderantes as despesas inferiores a 300€ mensais. Note-se, no entanto, que é entre os seniores com idades até aos 64 anos de idade que se registam despesas mais elevadas (32,7% tem entre 301€ a 750€ de despesas mensais e 10,4% tem despesas entre 751€ e 1.500€), o que não pode ser dissociado do facto deste grupo etário apresentar uma estrutura das receitas médias mensais igualmente mais elevada.

Quadro 19. Perfil económico, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários (Anos)	Situação Perante o Trabalho, em Caso de Reformado	Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)				Estrutura das Despesas Médias Mensais Totais (€)				Total (N.º)
	Não Activo	< a 300	301- 750	751- 1.500	> 1.501	< a 300	301- 750	751- 1.500	> 1.501	
55-64	33,4	7,8	22,6	23,3	7,1	34,1	32,7	10,4	0,5	434
65-74	77,6	15,2	27,8	10,4	1,8	41,8	23,6	4,6	0,4	500
75-84	86,1	18,1	25,1	6,9	0,9	39,9	21,5	4,2	0,0	331
85 ou mais	87,3	29,1	36,4	5,5	5,5	43,6	10,9	5,5	0,0	55
NR	75,0	25,0	50,0	0,0	25,0	25,0	50,0	0,0	0,0	4
Total	65,6	14,1	25,8	13,5	3,5	38,7	25,6	6,4	0,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

No âmbito das dinâmicas familiares, o primeiro aspecto que importa salientar reside no facto de se registar uma dicotomia significativa com base na idade, destacando-se a tipologia do agregado familiar de casal com descendentes, por registar uma maior relevância entre os seniores mais jovens (28,6%), sendo esta muito residual nos demais grupos etários. Relativamente à tipologia de sénior a residir só, é mais significativa nos seniores mais idosos (58,2% dos indivíduos com 85 ou mais anos). Uma tipologia de agregado familiar de sénior a residir com o cônjuge apresenta-se mais preponderante entre os grupos etários intermédios, nomeadamente, entre os 64 e os 74 anos e os 75 e os 84 anos, dado que se encontram numa fase da vida em que já não têm descendentes a viver com eles.

A constatação anterior é validada pela análise da frequência de contacto com filhos, pois é entre os seniores mais jovens que essa frequência é mais regular (68%), decrescendo significativamente entre os seniores mais velhos (nos restantes três grupos etários oscila entre os 51,1% e os 52,7%). Pelo contrário, as frequências mais raras de contacto entre pais seniores e os respectivos filhos apresentam o padrão inverso, ou seja, menor entre os seniores com idades até aos 64 anos e maior nos restantes grupos etários. Note-se no entanto que em traços globais, é o grupo etário com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos de idade o que apresenta a situação menos positiva, de maior isolamento. Trata-se de uma idade em que, de um modo geral, os indivíduos já não têm filhos a viver com eles, mas que ainda estão suficientemente autónomos, o que pode gerar contactos menos frequentes com os descendentes directos.

Quadro 20. Dinâmicas familiares, segundo os grupos etários, 2007

Grupos Etários (Anos)	Tipologia do Agregado Familiar			Frequência de Contacto com Filhos			Total (N.º)
	Casal Com Descendentes	Sénior e Cônjuge	Sénior Só	Regular	Ocasional	Rara	
55-64	28,6	40,8	20,7	68,0	15,9	3,9	434
65-74	7,0	59,8	26,4	52,0	27,6	9,8	500
75-84	2,1	41,4	48,6	51,1	23,9	9,4	331
85 ou mais	3,6	27,3	58,2	52,7	27,3	7,3	55
NR/NSA	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	0,0	4
Total	12,8	47,5	31,4	56,9	22,8	7,6	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A análise da beneficiação de ajudas e apoios para a realização de um vasto conjunto de tarefas individualiza claramente o sub-grupo dos seniores com 85 ou mais anos de idade, por constituírem o grupo dos que mais carecem das ajudas de familiares, amigos, vizinhos, instituições, Estado ou outros prestadores de cuidados formais ou informais. Além disso, as necessidades de apoio deste sub-grupo são mais acentuadas ao nível de cuidados essenciais, tais como tarefas domésticas (41,8%), cuidados pessoais (29,1%), cuidados de saúde (25,5%) e ao nível da mobilidade (25,5%).

Quanto aos sub-grupos de seniores mais jovens, verifica-se que há um aumento das ajudas a todos os níveis, à medida que a idade também aumenta, sendo portanto o grupo dos indivíduos entre os 55 e os 64 anos aquele que necessitam de menor ajuda.

Nos grupos etários intermédios, verifica-se uma diferença significativa entre eles, uma vez que os indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos de idade apresentam, a todos os níveis, necessidades de ajudas claramente superiores.

Quadro 21. Apoios de que beneficia, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários	Tipologia de Apoios/Ajudas de que Beneficiam						Total (N.º)
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
55-64	17,5	5,5	7,4	6,9	10,1	9,0	434
65-74	15,4	7,0	8,0	7,0	12,4	8,2	500
75-84	23,9	12,4	10,9	13,0	14,5	8,8	331
85 ou mais	41,8	29,1	10,9	23,6	25,5	12,7	55
NR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Total	19,3	8,8	8,6	9,1	12,7	8,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

O estado de saúde da população é fortemente influenciado pela variável idade, uma vez que ao aumento da idade está directamente associada uma perda de capacidades funcionais e a uma maior incidência de patologias. Assim, ainda que a existência de patologia seja significativa em toda a população sénior, independentemente da idade, nos dois grupos etários mais jovens essa incidência não atinge metade da população, enquanto que entre os indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos, mais de metade da população tem conhecimento de ter alguma patologia (58,9%), valor este que aumenta notavelmente quando se trata dos mais idosos (63,6% da população com 85 ou mais anos apresenta uma patologia).

Em articulação com o conhecimento da existência ou não de doença, a avaliação da percepção que a população-alvo faz do seu estado de saúde oscila significativamente. Assim sendo, a avaliação de um bom estado de saúde é maior entre os indivíduos mais jovens e decresce bastante com o aumento da idade, enquanto que a avaliação de um mau estado de saúde configura a tendência contrária.

Quadro 22. Estado de saúde, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N.º)
	Sim	Não	Não responde	Bom	Razoável	Mau	Não responde	
55-64	45,9	53,5	0,7	40,3	52,8	6,2	40,3	434
65-74	47,4	51,2	1,4	36,6	58,0	4,2	36,6	500
75-84	58,9	39,9	1,2	26,9	59,8	11,5	26,9	331
85 ou mais	63,6	32,7	3,6	25,5	54,5	16,4	25,5	55
NR	75,0	25,0	0,0	25,0	75,0	0,0	25,0	4
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	34,9	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A ocupação dos tempos livres varia em função de uma multiplicidade de variáveis, tais como a saúde, os rendimentos, o nível de instrução, entre outras. É também condicionada pela variável idade, uma vez que às populações mais jovens estão em geral associadas maiores capacidades de mobilidades e melhores estados de saúde. Com efeito, constata-se que é entre os mais jovens que existe um maior hábito de viajar e da prática de associativismo, contrastando em muito com os extremos da pirâmide etária em análise. Os grupos etários intercalares apresentam a este nível comportamentos mais homogêneos.

Todavia, em relação à satisfação com a ocupação dos tempos livres, são precisamente os grupos etários intercalares que se revelam mais totalmente satisfeitos, enquanto que os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos assim como os de 85 ou mais anos, apresentam realidades muito similares, apresentando-se como os que se encontram menos totalmente satisfeitos e mais insatisfeitos e totalmente satisfeitos.

Quadro 23. Ocupação dos tempos livres, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários	Costuma Viajar	Grau de Associativismo		Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres				Total (N.º)
	Sim	Significativo	Nulo	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	
55-64	58,3	6,7	67,3	7,4	68,7	9,4	1,4	434
65-74	44,6	4,2	66,0	10,4	73,2	8,0	0,6	500
75-84	38,4	4,5	69,5	11,5	72,8	8,8	0,3	331
85 ou mais	14,5	3,6	61,8	7,3	74,5	10,9	1,8	55
NR	50,0	0,0	75,0	25,0	75,0	0,0	0,0	4
Total	46,3	5,1	67,1	9,6	71,7	8,8	0,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A análise da utilização dos equipamentos colectivos de saúde e de natureza social revela-se essencial para a avaliação das necessidades e dependência dos indivíduos.

Quanto aos equipamentos de saúde, verifica-se que os cuidados de saúde primários são maioritariamente utilizados pelos grupos etários intermédios, com realidades muito similares entre si, enquanto que os cuidados de saúde diferenciados são sobretudo utilizados pelos seniores mais idosos (61,8% dos indivíduos com 85 ou mais anos utiliza estes cuidados de saúde). No entanto, os grupos etários mais jovens procuram, sobretudo, os serviços médicos para a prevenção da doença, frequentando consultas de rotina, enquanto que o grupo dos mais idosos procura esses serviços principalmente em situações de urgência, o que explica a maior utilização do hospital.

Concordante com esta análise é a frequência de utilização mensal dos cuidados de saúde (seleccionou-se a frequência mensal, por ser a mais relevante para a análise, uma vez que frequências de utilização superiores ou inferiores não evidenciariam tão claramente as disparidades entre os vários sub-grupos). Deste modo, constata-se que são os indivíduos com 85 ou mais anos, os que recorrem mensalmente não só ao hospital, mas também o centro de saúde, o que comprova a utilização destes serviços em situações não de rotina. Os indivíduos mais jovens são efectivamente os que menos auferem dos cuidados de saúde.

Quanto à utilização dos equipamentos sociais, foram seleccionadas duas respostas sociais para análise (o centro de dia e o centro de convívio, por serem as que têm maior frequência de utilização ao nível nacional e, como tal, as que melhor servem o objectivo de análise). Constata-se que a procura destas respostas sociais tende a aumentar com o aumento da idade, registando-se um contraste assinalável entre grupos etários mais jovens e mais idosos. Entre os grupos etários mais jovens, não se verificam disparidades muito visíveis, enquanto que o grupo etário dos seniores com 85 ou mais anos se individualiza bastante bem, em virtude das utilizações superiores.

Quadro 24. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo os grupos etários, 2007 (%)

Grupos Etários (Anos)	Costuma Utilizar		Frequência de Utilização Mensal		Costuma Utilizar		Total (N.º)
	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Dia	Centro de Convívio	
55-64	78,3	54,8	12,9	3,0	2,1	2,1	434
65-74	85,2	55,8	15,4	1,2	1,2	2,0	500
75-84	86,7	54,1	18,1	2,1	4,2	2,1	331
85 ou mais	72,7	61,8	27,3	5,5	7,3	5,5	55
NR	75,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Total	82,8	55,3	15,7	2,2	2,5	2,2	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

2.3.2. 2º sub-grupo com base no rendimento

O rendimento foi a segunda variável considerada, por condicionar significativamente um vasto conjunto de factores na vida dos indivíduos.

O contexto habitacional da população sénior é um dos domínios mais fortemente influenciados pela capacidade económica da população-alvo. Deste modo, embora no que tem a ver com o regime de ocupação do alojamento exista uma tendência global para a aquisição de casa própria em detrimento de outras formas de ocupação, constata-se que é entre os seniores com menores rendimentos médios mensais (inferiores a 300€) que o regime de ocupação de casa própria assume menor expressão (50,8%) e o de arrendamento total do alojamento é mais significativo (39%). Com o aumento do rendimento, há uma inversão deste padrão de ocupação do alojamento, isto é, há uma maior tendência para a população sénior a residir em casa própria e uma menor incidência para as situações de arrendamento total.

A capacidade económica dos indivíduos é também conducente à dimensão dos alojamentos, verificando-se que as habitações mais pequenas (entre 0 a 1 assoalhada), são menos frequentes à medida que a estrutura das receitas média mensal aumenta, enquanto que os alojamentos de maiores dimensões (com 4 ou mais assoalhadas) apresentam o perfil inverso, aumentam a sua frequência à medida que a capacidade económica dos indivíduos também aumenta.

Concomitantemente, também o estado de conservação dos alojamentos apresenta uma forte correlação com a capacidade económica da população-alvo. A comprová-lo temos 80% dos indivíduos com receitas médias mensais superiores a 1.500€ em que os seus alojamentos estão em bom estado de conservação, não se registando nenhuma situação de degradação. Por outro lado, no extremo oposto, os indivíduos que vivem abaixo do limiar da pobreza (com receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€) constituem o sub-grupo com menos alojamentos em bom estado de conservação e mais alojamentos a precisarem de pequenas intervenções e estado de conservação degradado (a precisar de grandes obras).

Quadro 25. Contexto habitacional, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Regime de Ocupação do Alojamento		Assoalhadas do Alojamento			Estado de Conservação do Alojamento				Total (N.º)
	Casa Própria	Arrendamento Total	0-1	2-3	>-4	Bom	Razoável	Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado (precisa de grandes obras)	
Até 300	50,8	39,0	3,7	65,2	26,7	26,2	36,9	24,6	7,5	187
301-750	66,1	26,6	2,3	63,2	31,0	33,9	40,4	17,3	4,7	342
751-1.500	82,1	15,6	1,1	48,0	49,7	58,7	32,4	6,1	1,7	179
> a 1.501	83,0	14,9	0,0	27,7	68,1	80,9	14,9	4,3	0,0	47
NR	59,4	35,5	0,9	63,3	33,2	39,7	38,7	13,4	5,3	569
Total	63,8	30,3	1,7	60,2	35,2	40,3	37,2	14,7	4,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Importante será notar que entre a população-alvo, à medida que aumenta a capacidade económica, também aumentam as situações perante o trabalho de activo, mesmo quando reformados. É entre aqueles que têm receitas iguais ou superiores a 1.501€ que ocorre a maior proporção de activos (33,3%). Com efeito, é entre os seniores com receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€ que menos indivíduos trabalham depois de reformados (6,3%). Deste modo, conclui-se que os indivíduos com menores recursos financeiros são também aqueles que mais dependem exclusivamente das pensões de reforma para viver, o que agrava a sua situação de pobreza.

Verifica-se que quanto maior são os rendimentos dos indivíduos, maior é o seu poder de compra e, portanto, mais elevadas são as suas despesas.

Quadro 26. Perfil económico, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Situação perante o Trabalho, em Caso de Reformado	Estrutura das Despesas Médias Mensais Totais (€)				Total (N.º)
	Activo	< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	
Até 300	6,3	56,1	10,7	0,5	0,0	187
301-750	10,0	48,5	31,9	0,6	0,0	342
751-1.500	17,0	24,6	51,4	9,5	1,7	179
> a 1.501	33,3	14,9	29,8	46,8	0,0	47
NR	6,3	16,2	19,5	0,0	0,0	569
Total	8,9	4,6	5,4	0,0	0,0	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Quanto às dinâmicas familiares, constata-se que a tipologia do agregado familiar de casal com descendentes é mais comum entre os seniores que dispõem de maiores receitas médias mensais (24% entre os 751 e os 1.500€ e 36,2% com 1.500€ ou mais). Por outro lado, os indivíduos economicamente mais carenciados são também aqueles que, em geral, residem sozinhos (46,5% dos indivíduos com receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€). De igual modo, verifica-se que quanto mais carenciados economicamente são os indivíduos, menor é a frequência de contacto com os filhos. Assim, constata-se que é a população sénior mais pobre que vive mais isolada e tem um menor contacto com os seus descendentes directos, enquanto que à medida que se verifica um aumento da capacidade económica dos indivíduos há uma proporção maior para residirem acompanhados e terem relações de contacto mais frequentes com os seus filhos.

Quadro 27. Dinâmicas familiares, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Tipologia do Agregado Familiar			Frequência de Contacto Com Filhos			Total (N.º)
	Casal Com Descendentes	Sénior e Cônjuge	Sénior Só	Regular	Ocasional	Rara	
Até 300	4,3	37,4	46,5	51,9	23,0	9,6	187
301-750	7,9	48,2	33,9	61,1	21,9	6,7	342
751-1.500	24,0	50,3	18,4	68,7	13,4	3,9	179
> a 1.501	36,2	36,2	19,1	70,2	14,9	2,1	47
NR / NSA	13,0	50,4	30,1	51,3	26,9	9,1	569
Total	12,8	47,5	31,4	56,9	22,8	7,6	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A beneficiação de ajudas e apoios é globalmente superior entre os seniores mais carenciada em termos financeiros, constituindo-se portanto a capacidade financeira dos indivíduos uma determinante da sua maior ou menor dependência em muitos aspectos. Contudo, no que respeita à tipologia de cuidados de saúde

não se registam disparidades significativas em função da variável rendimento. Relativamente ao lazer, os indivíduos mais carenciados são os que beneficiam de menores ajudas, pois vivendo abaixo do limiar da pobreza, poucos são aqueles que conseguem financeiramente realizar actividades de lazer.

Quadro 28. Apoios de que beneficia, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Tipologia de Apoios/Ajudas de que Beneficiam						Total (N.º)
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
Até 300	25,7	13,9	19,3	15,0	15,5	9,6	187
301-750	21,9	12,3	8,5	12,0	19,0	14,6	342
751-1.500	19,6	8,9	3,9	7,3	16,8	8,9	179
> a 1.501	19,1	4,3	0,0	6,4	14,9	10,6	47
NR	15,5	5,3	20,2	6,3	6,5	4,7	569
Total	19,3	8,8	5,4	9,1	12,7	8,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Associado aos baixos rendimentos económicos encontram-se frágeis condições habitacionais, de alimentação, de trabalho e de vida, assim como níveis mais baixos de instrução. Consequentemente, haverá menores níveis de informação, em particular, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. A conjugação destes factores acaba por ter impactes negativos assinaláveis na saúde dos indivíduos, particularmente evidentes quando estes se encontram numa fase mais avançada da idade. Deste modo, compreende-se que sejam os seniores que vivem em situação de pobreza aqueles que apresentam uma maior incidência de patologia (63,1% dos indivíduos com receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€, afirma sofrer de alguma patologia).

Contudo, se os indivíduos com os menores rendimentos se destacam ao nível da existência de doença, entre os demais estratos económicos considerados, essa diferença não é tão marcante. Já no que concerne à avaliação da percepção dos seus estados de saúde, há uma maior correlação com o rendimento dos indivíduos. Assim sendo, verifica-se que quanto mais elevada é a capacidade económica da população sénior, mais significativas são as avaliações de um bom estado de saúde, enquanto que nos seniores mais carenciados as avaliações de um estado de saúde razoável e mau são mais assinaladas.

Quadro 29. Estado de saúde, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N.º)
	Sim	Não	Não Responde	Bom	Razoável	Mau	Não Responde	
Até 300	63,1	33,7	3,2	18,7	67,4	10,7	3,2	187
301-750	51,8	47,1	1,2	28,1	63,5	7,9	0,6	342
751-1.500	44,7	53,6	1,7	34,6	60,3	3,4	1,7	179
> a 1.501	53,2	46,8	0,0	38,3	55,3	6,4	0,0	47
NR	47,3	52,2	0,5	44,1	48,0	6,9	1,1	569
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	1,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A capacidade económica dos indivíduos influencia consideravelmente a sua respectiva ocupação dos tempos livres. Deste modo, compreende-se que o hábito de viajar seja tanto mais elevado, quanto maiores forem os rendimentos dos indivíduos. Assim, justifica-se que haja uma realidade tão diferenciada entre aqueles que têm receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€ (19,8% costuma viajar) e aqueles que têm receitas médias mensais totais iguais ou superiores a 1.501€ (85,1% costuma viajar).

De igual modo, são também os indivíduos com maior capacidade financeira que mais se dedicam ao associativismo (entre aqueles que têm receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€ somente 2,1% tem um grau de associativismo significativo e 67,4% não pratica o associativismo, enquanto que entre têm receitas médias mensais totais iguais ou superiores a 1.501€ regista-se a maior incidência de um associativismo significativo, 17%).

Reflectindo sobre o grau de satisfação de ocupação dos tempos livres, verifica-se uma correlação directa entre o aumento dos rendimentos e o aumento da satisfação dos indivíduos (14,9% dos indivíduos com receitas iguais ou superiores a 1.501€ por mês e 5,9% com rendimentos inferiores a 300€).

Quadro 30. Ocupação dos tempos livres, segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Costuma Viajar	Grau de Associativismo		Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres				Total (N.º)
	Sim	Significativo	Nulo	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	
Até 300	19,8	2,1	67,4	5,9	69,5	11,2	0,0	187
301-750	40,4	4,4	60,8	9,6	71,3	10,8	0,6	342
751-1.500	64,8	15,1	50,8	10,1	68,7	12,8	0,6	179
> a 1.501	85,1	17,0	57,4	14,9	74,5	4,3	2,1	47
NR	49,6	2,3	76,8	10,2	73,3	5,8	1,2	569
Total	46,3	5,1	67,1	9,6	71,7	8,8	0,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Considerando a utilização dos equipamentos colectivos de saúde, verifica-se uma dicotomia na tipologia de cuidados médicos utilizados com base no rendimento. Assim, na população sénior mais carenciada há uma maior e mais frequente utilização dos cuidados de saúde primários, enquanto que a população-alvo com maior capacidade financeira tende a recorrer preferencialmente aos cuidados de saúde diferenciados.

Quanto aos equipamentos de natureza social, embora não se verificando grandes dicotomias com base no rendimento, conclui-se, no entanto, que o centro de dia e o centro de convívio são respostas sociais mais utilizadas por indivíduos com menores capacidades financeiras. Os que dispõem de recursos superiores, têm uma maior opção de serviços similares.

Quadro 31. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a estrutura do rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)	Costuma Utilizar		Frequência de Utilização Mensal		Costuma Utilizar		Total (N.º)
	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Dia	Centro de Convívio	
Até 300	84,0	57,8	22,5	3,7	4,8	5,3	187
301-750	87,4	63,7	16,1	1,2	1,5	1,5	342
751-1.500	84,9	66,5	16,8	2,2	1,1	3,4	179
> a 1.501	74,5	70,2	10,6	8,5	2,1	2,1	47
NR	79,6	44,6	13,4	1,8	2,8	1,2	569
Total	82,8	55,3	15,7	2,2	2,5	2,2	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

2.3.3. 3º sub-grupo com base na composição do agregado

Em função da variável composição do agregado familiar, registam-se também importantes diferenças num conjunto de domínios da vida da população sénior conducentes a necessidades específicas.

A análise do contexto habitacional com base na composição do agregado demonstra a existência de um conjunto de disparidades. Em primeiro lugar, verifica-se que os seniores com descendentes a cargo são a

única tipologia na qual mais de metade da população não vive em casa própria. Note-se também que é entre os seniores com um idoso a cargo, seguidos dos seniores com descendentes e dos seniores que vivem sozinhos, que as situações de arrendamento total são mais frequentes (44,4%, 36,8% e 36,5%, respectivamente).

Quanto à dimensão do alojamento, destaque-se o facto de serem os seniores com descendentes, seguida dos seniores que vivem sozinhos as tipologias de agregados que têm maior expressão ao nível dos alojamentos com 0 a 1 assoalhada.

Relativamente ao estado de conservação do alojamento, os seniores que vivem sozinhos e a tipologia de sénior com descendentes, constituem as tipologias de agregado familiar que vivem em alojamentos com piores condições habitacionais. Ao nível dos seniores que vivem sozinhos regista-se a menor expressão dos alojamentos com bom estado de conservação (30,8%) e as segundas maiores incidências de alojamento a precisar de pequenas intervenções e em estado degradado, a precisar de grandes obras (20,2% e 6,5%, respectivamente). A tipologia sénior com descendentes apresenta também importantes dificuldades habitacionais, comprovado por ser a segunda tipologia com menos habitações em bom estado de conservação (39,7%) e mais habitações degradadas, a precisar de grandes obras (11,8%).

Quadro 32. Contexto habitacional, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Regime de Ocupação do Alojamento		Assoalhadas do Alojamento			Estado de Conservação do Alojamento				Total (N.º)
	Casa Própria	Arrendamento Total	0 a 1	2 a 3	> a 4	Bom	Razoável	Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado (precisa de grandes obras)	
Casal com descendentes	69,2	28,4	1,2	37,3	60,9	57,4	31,4	6,5	3,6	169
Casal com idoso	66,7	33,3	0,0	33,3	66,7	50,0	33,3	16,7	0,0	6
Sénior com descendentes	47,1	36,8	7,4	39,7	51,5	39,7	30,9	17,6	11,8	68
Sénior com um idoso	55,6	44,4	0,0	55,6	44,4	44,4	11,1	44,4	0,0	9
Sénior e cônjuge	72,2	25,4	0,3	64,9	32,8	42,1	41,0	11,6	2,9	629
Sénior só	52,4	36,5	2,6	67,3	24,3	30,8	37,3	20,2	6,5	416
Outras	44,4	44,4	11,1	50,0	38,9	33,3	11,1	33,3	11,1	18
NR	77,8	22,2	0,0	33,3	66,7	44,4	0,0	33,3	22,2	9
Total	63,8	30,3	1,7	60,2	35,2	40,3	37,2	14,7	4,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

No âmbito do perfil económico, importa salientar que é ao nível das tipologias de agregado de casal com idoso e sénior e cônjuge que mais ocorrem as situações perante o trabalho de activo, após a reforma (16,7% e 8,6%, respectivamente) e, portanto, são aqueles que apresentam fontes de rendimento extra às reformas que auferem.

A estrutura das receitas médias mensais totais evidencia serem os casais com um idoso a cargo e os seniores que vivem sozinhos, aqueles que vivem abaixo do limiar da pobreza. No extremo oposto, são os agregados compostos por um casal com descendentes que detêm as maiores receitas médias mensais totais (10,1% é superior a 1.501€). Subsequentemente, são também estas duas tipologias de agregados familiares as que apresentam as despesas médias mensais totais mais diminutas (iguais ou inferiores a 300€).

Quadro 33. Perfil económico, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Situação Perante o Trabalho, em Caso de Reformado	Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)				Estrutura das Despesas Médias Mensais Totais (€)				Total (N.º)
	Activo	< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	
Casal com descendentes	6,5	4,7	16,0	25,4	10,1	29,0	39,6	13,6	0,0	169
Casal com idoso	16,7	33,3	0,0	16,7	0,0	16,7	16,7	16,7	0,0	6
Sénior com descendentes	5,9	16,2	33,8	10,3	1,5	30,9	32,4	5,9	0,0	68
Sénior com um idoso	0,0	11,1	22,2	11,1	0,0	55,6	11,1	0,0	0,0	9
Sénior e cônjuge	8,6	11,1	26,2	14,3	2,7	36,7	27,7	7,3	0,6	629
Sénior só	3,6	20,9	27,9	7,9	2,2	47,1	15,6	1,7	0,0	416
Outras	0,0	27,8	38,9	11,1	16,7	38,9	38,9	11,1	0,0	18
NR	0,0	33,3	22,2	22,2	0,0	33,3	22,2	22,2	0,0	9
Total	6,4	14,1	25,8	13,5	3,5	38,7	25,6	6,4	0,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

De igual modo, também as dinâmicas familiares são substancialmente oscilantes em função da tipologia do agregado familiar. Desta análise sobressai o facto de serem as tipologias de casais com descendentes e os seniores com descendentes, aqueles que têm uma frequência de contacto mais regular com os seus filhos, o que seria de esperar uma vez que constituem ainda um único agregado. As situações mais problemáticas ocorrem ao nível do casal com idoso a cargo, sénior com um idoso a cargo e sénior a viver sozinho. Dado serem os que têm uma frequência de contacto rara com os seus descendentes directos e, daí os agregados onde ocorre um menor intercâmbio intergeracional, factor importante para o bem-estar e envelhecimento activo da população sénior.

Quadro 34. Dinâmicas familiares, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Frequência de Contacto com Filhos			Total (N.º)
	Regular	Ocasional	Rara	
Casal com descendentes	87,6	3,6	0,0	169
Casal com idoso	50,0	16,7	33,3	6
Sénior com descendentes	83,8	10,3	2,9	68
Sénior com um idoso	33,3	33,3	11,1	9
Sénior e cônjuge	56,4	26,4	8,4	629
Sénior só	41,8	27,6	9,9	416
Outras	50,0	11,1	5,6	18
NR/NSA	55,6	22,2	11,1	9
Total	56,9	22,8	7,6	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Na beneficiação de apoios, os seniores com descendentes, os seniores que vivem sós e os seniores com um idoso a cargo constituem-se como as tipologias de agregado familiar mais vulneráveis, uma vez que beneficiam de mais ajudas, no conjunto das várias tipologias analisadas. Pelo contrário, os casais com um idoso, sobretudo, mas também os casais com descendentes e os seniores que residem com os cônjuges constituem as realidades mais favoráveis, por serem os que carecem de menos ajudas e, portanto, os que se apresentam mais autónomos.

Quadro 35. Apoios de que beneficia, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Tipologia de Apoios/Ajudas de que Beneficiam						Total (N.º)
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
Casal com descendentes	14,2	5,9	5,3	6,5	10,1	7,1	169
Casal com idoso	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	6
Sénior com descendentes	36,8	16,2	27,9	20,6	17,6	22,1	68
Sénior com um idoso	22,2	22,2	0,0	11,1	22,2	0,0	9
Sénior e cônjuge	14,6	5,6	4,5	5,2	11,4	6,2	629
Sénior só	24,8	11,8	13,2	13,9	14,2	10,8	416
Outras	33,3	16,7	0,0	16,7	22,2	22,2	18
NR	22,2	0,0	11,1	11,1	22,2	11,1	9
Total	19,3	8,3	8,6	9,1	12,7	8,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Relativamente ao estado de saúde, verificam-se por ordem decrescente, os seniores com um idoso, os seniores que residem com os descendentes e os seniores que residem sozinhos são os que apresentam estados de saúde mais vulneráveis, uma vez que apresentam elevadas incidências de patologia (77,8%, 63,2% e 57,5%, respectivamente). Correlativamente, é também entre os seniores com tipologias de agregado familiar de sénior com descendentes e seniores sós que se registam menores avaliações de bom estado de saúde. Com efeito, entre a população-alvo que tem uma percepção de um mau estado de saúde destacam-se os casais com idoso, os seniores com descendentes e os seniores que residem sós (16,7%, 11,8% e 9,4%, respectivamente).

Quadro 36. Estado de saúde, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N.º)
	Sim	Não	Não responde	Bom	Razoável	Mau	Não responde	
Casal com descendentes	37,9	60,4	1,8	49,1	45,6	4,7	0,6	169
Casal com idoso	50,0	50,0	0,0	33,3	50,0	16,7	0,0	6
Sénior com descendentes	63,2	36,8	0,0	20,6	66,2	11,8	1,5	68
Sénior com um idoso	77,8	22,2	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	9
Sénior e cônjuge	46,7	52,1	1,1	39,0	54,1	5,7	1,3	629
Sénior só	57,5	41,1	1,4	26,7	62,5	9,4	1,4	416
Outras	72,2	27,8	0,0	16,7	72,2	5,6	5,6	18
NR	66,7	33,3	0,0	11,1	66,7	22,2	0,0	9
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	1,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Quanto à ocupação dos tempos livres, verifica-se desde logo que as tipologias de composição do agregado que têm menos o hábito de viajar são, especialmente, o casal com idoso (somente 16,7% costuma viajar), seguido do sénior com um idoso (33,3%) e sénior só (34,1%). Estes contrapõem, em particular, com o casal com descendentes e sénior que reside com o cônjuge, pois são os que apresentam mais o hábito de viajar (60,9% e 51,5%, respectivamente).

O grau de associativismo significativo ocorre exclusivamente com o casal com descendentes (8,3%), sénior e cônjuge (5,7%) e sénior a viver sozinho (3,8%).

As tipologias de composição do agregado que mais se encontram insatisfeitas com a ocupação dos tempos livres são o sénior com um idoso (11,1%), o sénior com descendentes (10,3%) e o sénior só (9,1%), enquanto que o casal com descendentes e sénior e cônjuge constituem os que se encontram mais satisfeitos com a ocupação dos seus tempos livres.

Quadro 37. Ocupação dos tempos livres, segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Costuma Viajar	Grau de Associativismo		Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres				Total (N.º)
	Sim	Significativo	Nulo	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	
Casal com descendentes	60,9	8,3	60,4	8,9	76,3	7,1	2,4	169
Casal com idoso	16,7	0,0	83,3	16,7	66,7	0,0	0,0	6
Sénior com descendentes	45,6	0,0	66,2	5,9	70,6	10,3	2,9	68
Sénior com um idoso	33,3	0,0	66,7	22,2	66,7	11,1	0,0	9
Sénior e cônjuge	51,5	5,7	66,6	11,1	73,1	8,9	0,5	629
Sénior só	34,1	3,8	70,4	7,0	69,0	9,1	0,5	416
Outras	33,3	0,0	72,2	27,8	50,0	11,1	0,0	18
NR	33,3	11,1	66,7	11,1	66,7	0,0	0,0	9
Total	46,3	5,1	67,1	9,6	71,7	8,8	0,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A utilização dos equipamentos colectivos de saúde indica que, no que tem a ver com os cuidados de saúde primários assim como com os diferenciados, embora em todas as tipologias de composição do agregado se registem utilizações bastante elevadas, é na tipologia casal com idoso que essa proporção de utilização é mais elevada (100%). Justifica-se este resultado devido ao facto do idoso que geralmente se encontra a cargo apresentar uma maior necessidade de cuidados de saúde. Contrapondo com esta realidade, encontra-se a tipologia de casal com descendentes, por registar uma menor utilização destes cuidados de saúde (78,7%), porque são, em geral, constituídos por seniores mais jovens com estados de saúde menos vulneráveis.

Todavia, este padrão de utilização não é reproduzido na análise das frequências de utilização. Recorrendo à análise da frequência de utilização mensal, verifica-se que aqueles que mais frequentemente utilizam os cuidados de saúde primários são os seniores sós (16,6%) e os seniores e cônjuge (16,1%), em oposição ao casal com idoso (0%). Já nos cuidados de saúde diferenciados, são os casais com descendentes (4,7%) que mais utilizam os hospitais com frequência mensal, devendo-se à ocorrência de situações de urgência, em detrimento de situações de prevenção da doença, promoção da saúde, entre outros serviços médicos de carácter primário.

A utilização dos equipamentos sociais, sustentada nas respostas sociais centros de dia e centros de convívio, demonstra que entre a população-alvo, a tipologia de agregado sénior só assume uma singularidade ao nível do centro de dia, pois regista uma utilização claramente superior (5,3%). Esta situação está associada ao facto de se encontrarem sozinhos e portanto mais dependentes da prestação deste tipo de cuidados. Nos centros de convívio, os principais utilizadores são, em geral, os seniores sós (3,4%) e os seniores e conjugues (2,1%), que são precisamente os que vivem mais isolados e portanto procuram mais os equipamentos sociais que proporcionem convívio.

Quadro 38. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a composição do agregado, 2007 (%)

Composição do Agregado	Costuma Utilizar		Frequência de Utilização Mensal		Costuma Utilizar		Total (N.º)
	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Dia	Centro de Convívio	
Casal com descendentes	78,7	55,0	12,4	4,7	0,6	0,0	169
Casal com idoso	100,0	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	6
Sénior com descendentes	86,8	55,9	14,7	0,0	0,0	1,5	68
Sénior com um idoso	88,9	55,6	11,1	0,0	0,0	0,0	9
Sénior e cônjuge	84,6	56,1	16,1	2,1	1,6	2,1	629
Sénior só	80,3	53,4	16,6	1,7	5,3	3,4	416
Outras	94,4	66,7	27,8	5,6	0,0	5,6	18
NR	77,8	55,6	11,1	0,0	0,0	0,0	9
Total	82,8	55,3	15,7	2,2	2,5	2,2	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

2.3.4. 4º sub-grupo com base no género

O género constitui uma variável essencial, porque está associada a inúmeras disparidades que se tornam particularmente fulcrais quando se trata da população mais envelhecida.

No que concerne ao regime de ocupação do alojamento, embora não se verifiquem grandes assimetrias entre homens e mulheres, verifica-se que há um maior número de mulheres que vive em situações de arrendamento, não possuindo casa própria, sendo esta situação menos frequente nos homens.

Já no que trata ao número de assoalhadas do alojamento, de um modo geral, as mulheres encontram-se numa situação mais positiva do que os indivíduos do sexo masculino, pois registam uma menor incidência em alojamentos muito pequenos (1,4% vive em alojamentos com 0 a 1 assoalhada) e uma maior incidência em alojamentos grandes (36,5% reside em alojamentos com 4 ou mais assoalhadas), comparativamente aos homens.

Quanto ao estado de conservação do alojamento, os indivíduos do sexo masculino encontram-se numa situação mais favorável do que as mulheres, não obstante a inexistência de disparidades. Há uma ligeira supremacia dos homens ao apresentarem um alojamento em bom estado de conservação (41,1% face a 39,6% das mulheres) registando-se menos situações de mau estado de conservação: 13,5% considera que o seu alojamento carece de pequenas intervenções e 4,6% considera mesmo que o seu alojamento se encontra em estado degradado (a precisar de grandes obras), enquanto que ao nível das mulheres esses valores ascendem aos 15,8% e 4,9%, respectivamente.

Quadro 39. Contexto habitacional, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Regime de Ocupação do Alojamento		Assoalhadas do Alojamento			Estado de Conservação do Alojamento				Total (N.º)
	Casa Própria	Arrendamento Total	0 a 1	2 a 3	> a 4	Bom	Razoável	Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado (precisa de grandes obras)	
Feminino	63,5	31,2	1,4	59,8	36,5	39,6	37,4	15,8	4,9	657
Masculino	64,2	29,4	1,9	60,6	33,9	41,1	36,9	13,5	4,6	667
Total	63,8	30,3	1,7	60,2	35,2	40,3	37,2	14,7	4,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A primeira grande disparidade entre os géneros referente ao perfil económico, está presente na situação de reforma. Os homens são aqueles que têm maior tendência para continuarem activos (9% face a 3,8% das

mulheres). Logo, são as mulheres que denotam uma maior dependência das reformas, enquanto que entre os indivíduos do sexo masculino há uma maior tendência para a diversificação das fontes de rendimento.

Esta constatação explica que é no sexo feminino que há uma maior vulnerabilidade económica e sujeição a situações de pobreza, o que se pode constatar pela análise da estrutura das receitas médias mensais totais. Assim, verifica-se que entre a população-alvo, é entre as mulheres que há uma maior ocorrência das receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€ e, como tal, de sobrevivência abaixo do limiar da pobreza. As situações económicas mais favoráveis (receitas médias mensais iguais ou superiores a 1.501€ ou oscilantes entre os 751€ e os 1.500€) são mais visíveis nos homens (4,3% e 16,5%, respectivamente) do que nas mulheres (2,7% e 10,5%, respectivamente). Não obstante estas ligeiras dicotomias, importa notar a elevada proporção de homens e mulheres seniores que vivem abaixo do valor de referência para o limiar da pobreza e que vivem com recursos financeiros médios baixos.

Concordante com toda esta análise é também a estrutura das despesas médias mensais totais. Demonstra-se que são maioritariamente as mulheres que registam despesas mais baixas (41,7% tem despesas iguais ou inferiores a 300€, enquanto que esse montante ocorre apenas em 35,8% dos homens). Pelo contrário, as despesas mais elevadas são feitas pelos homens, uma vez que são também estes últimos que detêm maior capacidade económica para as suportarem.

Quadro 40. Perfil económico, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Situação Perante o Trabalho, em Caso de Reformado	Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)				Estrutura das Despesas Médias Mensais Totais (€)				Total (N.º)
		< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	
Feminino	3,8	16,0	26,3	10,5	2,7	41,7	27,4	5,3	0,2	657
Masculino	9,0	12,3	25,3	16,5	4,3	35,8	23,8	7,5	0,4	667
Total	6,4	14,1	25,8	13,5	3,5	38,7	25,6	6,4	0,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A leitura dos resultados das dinâmicas familiares, reforçam a vulnerabilidade das mulheres em comparação com as dos homens, visto que são aquelas que vivem mais sozinhas (37,7% das mulheres vive só, enquanto que essa realidade afecta apenas 25,2% dos homens). Tratando-se de uma situação profundamente associada à maior esperança de vida nas mulheres, torna-se claro que são estas que vivem em situação de maior isolamento.

Todavia, ao nível da frequência de contacto com os filhos, a situação inverte-se ligeiramente. As mulheres registam contactos mais regulares do que os homens (59,2% e 54,7%, respectivamente) e os contactos ocasionais e raros são superiores entre os homens. No geral, não se constata diferenças significativas.

Quadro 41. Dinâmicas familiares, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Tipologia do Agregado Familiar			Frequência de Contacto com Filhos			Total (N.º)
	Casal Com Descendentes	Sénior e Cónjuge	Sénior Só	Regular	Ocasional	Rara	
Feminino	12,2	38,8	37,7	59,2	21,6	7,0	657
Masculino	13,3	56,1	25,2	54,7	24,0	8,2	667
Total	12,8	47,5	31,4	56,9	22,8	7,6	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A análise das ajudas prestadas aos seniores, mais do que evidenciar dicotomias em termos quantitativos, revela que são prestadas ajudas diferenciadas em função do género. Assim, os indivíduos do sexo

masculino revelam maiores necessidades de apoio de carácter pessoal, nomeadamente, nas tarefas domésticas, cuidados pessoais e cuidados de saúde. Já as mulheres registam maior dependência em termos económicos, mobilidade e lazer.

Quadro 42. Apoios de que beneficia, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Tipologia de Apoios/Ajudas de que Beneficiam						Total (N.º)
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
Feminino	16,4	7,0	9,0	11,1	12,0	10,0	657
Masculino	22,0	9,6	8,2	7,2	13,3	7,5	667
Total	19,3	8,3	8,6	9,1	12,7	8,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica.

Embora os indicadores demográficos de esperança média de vida e taxa de mortalidade sugiram uma situação mais favorável para as mulheres, verifica-se que entre estas que há uma maior existência de patologia (55,9% comparativamente a 45,3% nos homens). Naturalmente, esta situação não pode ser dissociada do facto das mulheres registarem uma maior utilização dos cuidados de saúde primários, de realizarem mais e com maior frequência exames complementares de diagnóstico, que lhes possibilite efectuar uma maior prevenção da doença e, assim, terem uma percepção distinta dos seus estados de saúde. Intrinsecamente associado a estes factores, verifica-se que são os homens que apresentam mais uma avaliação boa dos seus estados de saúde (39,4% face a 30,3% das mulheres), enquanto que as mulheres fazem mais avaliações de um estado de saúde razoável e mau.

Quadro 43. Estado de saúde, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N.º)
	Sim	Não	Não responde	Bom	Razoável	Mau	Não responde	
Feminino	55,9	43,4	0,8	30,3	61,3	7,6	0,8	657
Masculino	45,3	53,1	1,6	39,4	52,0	6,7	1,8	667
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	1,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A ocupação que homens e mulheres fazem dos seus tempos livres é bastante diferenciada. São os indivíduos do sexo masculino que apresentam ocupações mais dinâmicas e activas. São eles que mais costumam viajar e que apresentam um associativismo mais significativo (48,8% e 8,4%, respectivamente, por comparação a 44% e 1,7% respectivamente no caso das mulheres).

Deste modo, compreende-se que sejam os homens que se encontram mais totalmente satisfeitos e satisfeitos com a ocupação que fazem dos seus tempos livres. As situações de insatisfação e de total insatisfação registam maior expressão nas mulheres.

Quadro 44. Ocupação dos tempos livres, segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Costuma Viajar	Grau de Associativismo		Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres				Total (N.º)
	Sim	Significativo	Nulo	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	
Feminino	44,0	1,7	74,1	9,4	70,3	11,4	1,1	657
Masculino	48,6	8,4	60,3	9,7	73,0	6,1	0,6	667
Total	46,3	5,1	67,1	9,6	71,7	8,8	0,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Tal como referido anteriormente, as mulheres costumam utilizar mais os cuidados de saúde primários do que os homens (84,8% e 80,8%, respectivamente), enquanto que no âmbito dos equipamentos hospitalares, se verifica uma ligeira superioridade masculina (55,9% face a 54,6% das mulheres). Esta situação está associada ao comportamento distinto que homens e mulheres fazem da sua saúde, pois enquanto que as mulheres têm maiores preocupações com a prevenção da doença, o que as leva a efectuar mais consultas de rotina e exames de diagnóstico, os homens utilizam mais os equipamentos de saúde em situação de urgência. Esta realidade é evidenciada na análise da frequência mensal de utilização do centro de saúde, que é superior nas mulheres, e dos hospitais, ligeiramente superior nos homens.

Quanto à utilização dos equipamentos sociais verifica-se, que se ao nível do centro de dia a utilização é semelhante entre os géneros (mulheres 2,6% e homens 2,4%), já no âmbito dos centros de convívio, há uma clara superioridade de frequência por parte dos homens (2,5% face a 1,8% no caso das mulheres).

Quadro 45. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo o género, 2007 (%)

Sexo	Costuma Utilizar		Frequência de Utilização Mensal		Costuma Utilizar		Total (N.º)
	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Dia	Centro de Convívio	
Feminino	84,8	54,6	18,9	1,5	2,6	1,8	657
Masculino	80,8	55,9	12,6	2,8	2,4	2,5	667
Total	82,8	55,3	15,7	2,2	2,5	2,2	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

2.3.5. 5º sub-grupo com base na Tipologia das Áreas Urbanas

Para além das variáveis intrinsecamente associadas ao perfil dos indivíduos constata-se que o facto de residirem em APR ou APU, determina importantes diferenças, conducentes a um perfil e necessidades distintas no conjunto da população sénior.

Com efeito, no âmbito do contexto habitacional, verifica-se desde logo que nas APR o regime de ocupação do alojamento em casa própria constitui-se como o mais expressivo (79,5%), sendo que apenas 13,6% da população se encontra em situação de arrendamento total. Já nas APU confirma-se que embora a maioria da população resida em casa própria (60,9%), 34,4% dos indivíduos reside em regime de arrendamento total.

Relativamente à dimensão dos alojamentos, é nas APR que se assiste às realidades mais antagónicas. Se por um lado é no meio rural que um maior número de indivíduos reside em alojamentos de pequenas dimensões (2,3% reside em alojamentos com 0 a 1 assoalhada, enquanto que nas APU essa realidade afecta somente 1,6% da população sénior), é também no meio rural que mais indivíduos residem em alojamentos de grandes dimensões (40,9% reside em alojamentos de 4 ou mais assoalhadas, enquanto que nas APU, 34,8% da população-alvo dispõe de um alojamento com essas características).

Em relação ao estado de conservação do alojamento, é nas APU que, de um modo geral, a população sénior tem os seus alojamentos em melhor estado, pois 41,7% considera que a sua casa se encontra num bom estado de conservação (enquanto que nas APR esse valor é de 32,6%). Acresce ainda o facto de ser nas APR que mais indivíduos consideram que os seus alojamentos carecem de pequenas intervenções (22,7% comparativamente a 13,3% nas APU), ainda que o estado de degradação dos alojamentos seja maior nas APU (4,9%) em comparação às APR (3,8%).

Quadro 46. Contexto habitacional, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Regime de Ocupação do Alojamento		Assoalhadas do Alojamento			Estado de Conservação do Alojamento				Total (N.º)
	Casa Própria	Arrendamento Total	0-1	2-3	>-4	Bom	Razoável	Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado (precisa de grandes obras)	
APR	79,5	13,6	2,3	56,1	40,9	32,6	38,6	22,7	3,8	132
APU	60,9	34,4	1,6	61,7	34,8	41,7	38,0	13,3	4,9	1096
Total	63,8	30,3	1,7	60,2	35,2	40,3	37,2	14,7	4,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

No que respeita ao perfil económico, importa salientar desde logo que é nas APR que uma maior proporção de população sénior se mantém activa após a entrada na reforma (6,1%), ainda que não se diferencie substancialmente do ocorrido nas APU (5,7%).

Esta diversificação das fontes de rendimento dá sinais através das APR da maior proporção de indivíduos com receitas médias mensais totais tendencialmente superiores (21,2% auferem entre 751€ e 1.500€ e 6,1% 1.501€ ou mais). Todavia, é também nas APR que há uma maior incidência de seniores a residirem com escassos recursos financeiros, vivendo inclusive abaixo do limiar da pobreza (23,5% vive com 300€ ou menos por mês, enquanto que nas APU apenas 13,2% dos indivíduos se encontram nesta situação). Isto permite aos seniores em APR registarem uma estrutura das despesas médias mensais totais mais elevadas no que nas APU.

Quadro 47. Perfil económico, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Situação Perante o Trabalho, em Caso de Reformado	Estrutura das Receitas Médias Mensais Totais (€)				Estrutura das Despesas Médias Mensais Totais (€)				Total (N.º)
		< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	< a 300	301-750	751-1.500	> 1.501	
APR	6,1	23,5	24,2	21,2	6,1	23,5	24,2	21,2	6,1	132
APU	5,7	13,2	26,2	13,2	3,5	13,2	26,2	13,2	3,5	1096
Total	6,4	14,1	25,8	13,5	3,5	14,1	25,8	13,5	3,5	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Da análise da tipologia dos agregados familiares, duas conclusões merecem particular destaque: o facto de nas APR existir uma maior proporção da tipologia de casal com descendentes (15,9% face a 11,7%); e haver nas APU uma maior ocorrência de seniores a residirem sós e, como tal, em situação de isolamento.

A frequência de contacto entre os seniores e os respectivos filhos, permite evidenciar que as dinâmicas familiares manifestam um papel mais significativo ainda nas APR (59,8% face a 57% nas APU).

A leitura destes resultados coloca em evidência que os seniores nas APU se encontram em situação de maior isolamento, mas simultaneamente de maior interacção com os seus descendentes.

Quadro 48. Dinâmicas familiares, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Tipologia do Agregado Familiar			Frequência de Contacto com Filhos			Total (N.º)
	Casal com Descendentes	Sénior e Cônjuge	Sénior Só	Regular	Ocasional	Rara	
APR	15,9	43,2	27,3	59,8	24,2	10,6	132
APU	11,7	48,6	31,9	57,0	23,0	6,9	1096
Total	12,8	47,5	31,4	56,9	22,8	7,6	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

Nas APR a população-alvo beneficia de mais ajudas e apoios, independentemente da tipologia de apoios/ajudas em causa, do que no contexto das APU. Esta constatação, mais do que sugerir que os seniores das APR carecem de mais ajudas, por se encontrarem em situação de maior vulnerabilidade, significa que estes beneficiam de uma maior prestação de cuidados, por parte dos familiares, enquanto que nas APU esse apoio não é tão significativo. Acresce que muitos não conseguem aceder a apoios por parte do Estado e Instituições, por não terem capacidade económica para tal ou por não terem os requisitos para beneficiarem de apoios.

Quadro 49. Apoios de que beneficia, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Tipologia de Apoios/Ajudas de que Beneficiam						Total (N.º)
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
APR	27,3	15,2	15,2	18,9	21,2	16,7	132
APU	19,2	7,1	7,7	7,1	10,9	6,6	1096
Total	20,5	8,8	8,6	9,1	12,7	8,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A análise do estado de saúde evidencia que é nas APU que uma maior proporção de seniores apresenta a existência de patologia (52,6% face a 45,5% nas APR), o que não pode, uma vez mais, ser dissociado do facto de ser nas APU que mais indivíduos utilizam os cuidados de saúde primários, como será analisado mais adiante.

Não obstante, é nas APU que mais indivíduos têm uma avaliação de bom estado de saúde (34,2% face a 30,3% nas APR), sendo as avaliações de mau estado de saúde ser mais relevante nas APR (9,8% face a 6,9% nas APU).

Quadro 50. Estado de saúde, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Existência de Patologia			Avaliação do Estado de Saúde				Total (N.º)
	Sim	Não	Não responde	Bom	Razoável	Mau	Não responde	
APR	45,5	53,8	0,8	30,3	58,3	9,8	1,5	132
APU	52,6	46,1	1,4	34,2	57,5	6,9	1,4	1096
Total	50,5	48,3	1,2	34,9	56,6	7,2	1,3	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

É nas APU que os seniores apresentam um comportamento mais activo em termos de ocupação dos tempos livres; é aí que têm o hábito de viajar (49,2% comparativamente a 28,8% nas APR), assim como é também nas APU que se regista um grau de associativismo mais significativo (5,7% comparativamente a 1,5%), embora o associativismo nulo assuma proporções mais elevadas nas APU (71,6%).

Contudo, a satisfação com a ocupação dos tempos livres é mais positiva nas APR do que nas APU, pois nas APR, 12,1% dos indivíduos encontra-se totalmente satisfeito, e nas APU apenas 8,9%. De igual modo, a proporção dos indivíduos que se consideram insatisfeitos é menor (7,6%) nas APR do que nas APU (9,1%).

Quadro 51. Ocupação dos tempos livres, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia das Áreas Urbanas	Costuma Viajar	Grau de Associativismo		Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres				Total (N.º)
	Sim	Significativo	Nulo	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	
APR	28,8	1,5	53,0	12,1	62,9	7,6	0,0	132
APU	49,2	5,7	71,6	8,9	74,2	9,1	0,9	1096
Total	46,3	5,1	67,1	9,6	71,7	8,8	0,8	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007. Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

A utilização dos equipamentos de saúde, independentemente de se tratarem de cuidados de saúde primários ou diferenciados, é superior nas APU do que nas APR, o que poderá estar associado a uma maior concentração dos equipamentos de saúde nas APU; significa uma maior proximidade entre estes equipamentos e as áreas residenciais em contexto das APU. Todavia, ao nível da frequência de utilização mensal destes equipamentos, verifica-se que esta é ligeiramente superior nas APR, referindo-nos aos cuidados de saúde primários, e nitidamente mais elevada no que trata aos hospitais.

Por fim, a utilização dos equipamentos sociais demonstra que é nas APR que a resposta social centro de dia é mais utilizada pela população sénior (4,5% comparativamente a 2,1% nas APU), assim como a resposta social centro de convívio, ainda que não se identifiquem grandes assimetrias entre os territórios urbanos e rurais.

Quadro 52. Utilização de equipamentos de saúde e sociais segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007

Tipologia das Áreas Urbanas	Costuma Utilizar		Frequência de Utilização Mensal		Costuma Utilizar		Total (N.º)
	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Saúde	Hospital	Centro de Dia	Centro de Convívio	
APR	73,5	42,4	17,4	6,8	4,5	2,3	132
APU	84,0	59,8	16,4	1,8	2,1	2,0	1096
Total	82,8	55,3	15,7	2,2	2,5	2,2	1.324

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Legenda: NR - Não Responde; NSA - Não se Aplica

2.3.6 Avaliação síntese dos segmentos da população sénior

Com base na análise efectuada anteriormente de forma individual para cada um dos cinco sub-grupos da população sénior, desenvolveu-se uma matriz avaliativa abaixo apresentada. Esta matriz analítica tem como finalidade sintetizar de forma simples a situação de cada segmento da população sénior, no contexto de cada sub-grupo.

Quadro 53. Matriz avaliativa de síntese da situação de cada segmento da população sénior no que trata a múltiplos factores

Segmentos da População Sénior		Condições Habitacionais	Situação Económica	Dinâmicas Familiares	Dependência de Apoios	Estado de Saúde	Ocupação dos Tempos Livres	Utilização de Equipamentos Colectivos de Saúde/Sociais	Média de Avaliação
Grupos Etários	55-64	....	....	....	...	...	...	....	....
	65-74	...	...	...	...	...	...	...	...
	75-84	...	...	..	..	..	...	...	...
	> a 85	.	..	.	.	.	..	.	.
Estrutura Receitas Médias Mensais	Até 300	.	.	.	..	.	..	..	.
	301-750	...	...	..	...	...	...	...	...
	751-1.500	...	...	....	...	....	....	...	...
	> a 1.501	....	....	....	....	....	....	...	....
Composição do Agregado	Casal com descendentes	..	....	....	...	....	....	....	....
	Casal com idoso	...	.	.	....	..	...	...	..
	Sénior com descendentes	.	...	....	.	.	...	....	..
	Sénior com um idoso	....	...	.	..	....	..	....	...
	Sénior e cônjuge	...	....	..	..	...	....	.	...
	Sénior só	.	.	.	..	.	..	.	.
Sexo	Feminino	..	.	..	...	..	..	...	..
	Masculino	...	...	...	...	...	...	..	...
Tipologia das Áreas Urbanas	APR	...	...	...	...	...	...	..	...
	APU	...	..	..	.	...	..	...	..

LEGENDA:

BOA	RAZOÁVEL	...	MÁ	..	MUITO MÁ	.
-----	------	----------	-----	----	----	----------	---

A partir desta metodologia, é então possível identificar **cinco segmentos da população sénior que se caracterizam por uma maior vulnerabilidade**, pois apresentam maiores necessidades e portanto carecem eventualmente de apoios mais incisivos. Estes segmentos são os seguintes:

- **Os mais idosos:** A população sénior mais idosa (com 85 ou mais anos) constitui um segmento particularmente vulnerável, pois este grupo encontra-se à escala nacional associado a piores condições habitacionais, condições económicas e com dinâmicas familiares mais frágeis, quando comparados com os demais grupos etários. Acresce ainda notar que são os mais idosos que necessitam de mais ajudas e apoios, que têm piores estados de saúde, uma ocupação menos dinâmica dos tempos livres, sendo também os que mais recorrem à utilização dos equipamentos sociais e de saúde. Assim, verifica-se que com o avançar da idade, os estados de saúde vão ficando mais fragilizados e os indivíduos vão perdendo a sua autonomia, ficando cada vez mais dependentes e vulneráveis, incapazes de fazer face a um conjunto de situações do seu quotidiano;
- **Os mais pobres:** A população que tem como receitas médias mensais totais iguais ou inferiores a 300€, constitui-se como um segmento particularmente vulnerável, com base no rendimento, vivendo abaixo do limiar da pobreza e, como tal, depara-se com um conjunto de condicionantes e necessidades associadas aos seus baixos rendimentos. Assim, comparando os outros segmentos baseados nas receitas médias mensais, este grupo é o que vive em piores condições habitacionais, o que regista relações familiares menos estruturadas, se encontra mais vulnerável à dependência de apoios e ajudas, tem pior saúde, quando é o que mais utiliza os equipamentos de saúde, registam

os piores cenários de ocupação dos tempos livres e é ainda o mais dependente da utilização dos equipamentos sociais;

- **Os que vivem sozinhos:** Com base na tipologia da composição do agregado familiar da população sénior à escala nacional, constata-se que os seniores que vivem sós são, logo à partida, um segmento vulnerável, uma vez que o viver sozinho leva a um maior isolamento. Da análise anterior, constata-se que este segmento encontra-se entre os que apresentam piores condições habitacionais, económicas, relações familiares mais frágeis, maior dependência de apoios e piores estados de saúde, uma pior ocupação dos tempos livres, e uma maior dependência dos equipamentos colectivos de saúde e de natureza social;
- **As mulheres:** Com base no género, registam-se profundas disparidades entre a população sénior em Portugal. A mulher continua a ser considerada pela sociedade como sendo mais vulnerável. Com efeito, se ao nível da dependência que homens e mulheres apresentam em termos de apoios e ajudas se manifesta uma certa equidade, em todos os restantes seis domínios de análise, as mulheres apresentam maiores dificuldades e vulnerabilidades. Destaque-se o facto das mulheres apresentarem condições habitacionais, dinâmicas familiares, estados de saúde e ocupação dos tempos livres mais fragilizados. Contudo, é ao nível económico que a heterogeneidade entre homens e mulheres tende a acentuar-se, manifestando as mulheres uma maior vulnerabilidade. Pelo contrário, os homens são mais vulneráveis do que as mulheres quando se trata do aproveitamento de equipamentos de saúde e de natureza social;
- **Os que residem em contexto urbano:** As dicotomias urbano-rurais que têm sido alvo de avaliação em diferentes estudos de diversas áreas nas últimas décadas, desempenham também um papel relevante no estudo da população sénior. Se nas condições habitacionais, na utilização de equipamentos colectivos, de saúde e sociais, e no estado de saúde da população sénior, não se delineiam contrastes assinaláveis entre as APR e as APU, nos restantes domínios de análise o mesmo não se verifica. Pelo contrário, constata-se que os seniores que residem em contexto urbano, mais precisamente em APU, que vivem em pior situação económica, são os que apresentam dinâmicas familiares mais frágeis. Sujeitos a um contacto menos regular com os seus descendentes directos, os seniores que vivem sozinhos, embora sejam mais dinâmicos na ocupação dos tempos livres, são os que se mostram mais insatisfeitos a este nível. Contudo, é ao nível da beneficiação de ajudas e apoios no seu quotidiano, que maiores dicotomias se observam, pois embora sendo nas APR que mais seniores beneficiam de ajudas, esta análise coloca em evidência a carência de apoios que os seniores manifestam em contexto urbano, até porque estes não apresentam disparidades ao nível da saúde e detêm piores situações económicas.

2.3.7. Dois segmentos específicos: imigrantes e idosos em situação de pobreza

Imigrantes

A afirmação de Portugal enquanto país de destino de imigrantes no contexto das migrações internacionais é um fenómeno relativamente recente. A presença de estrangeiros na sociedade portuguesa data apenas da década de 1960.

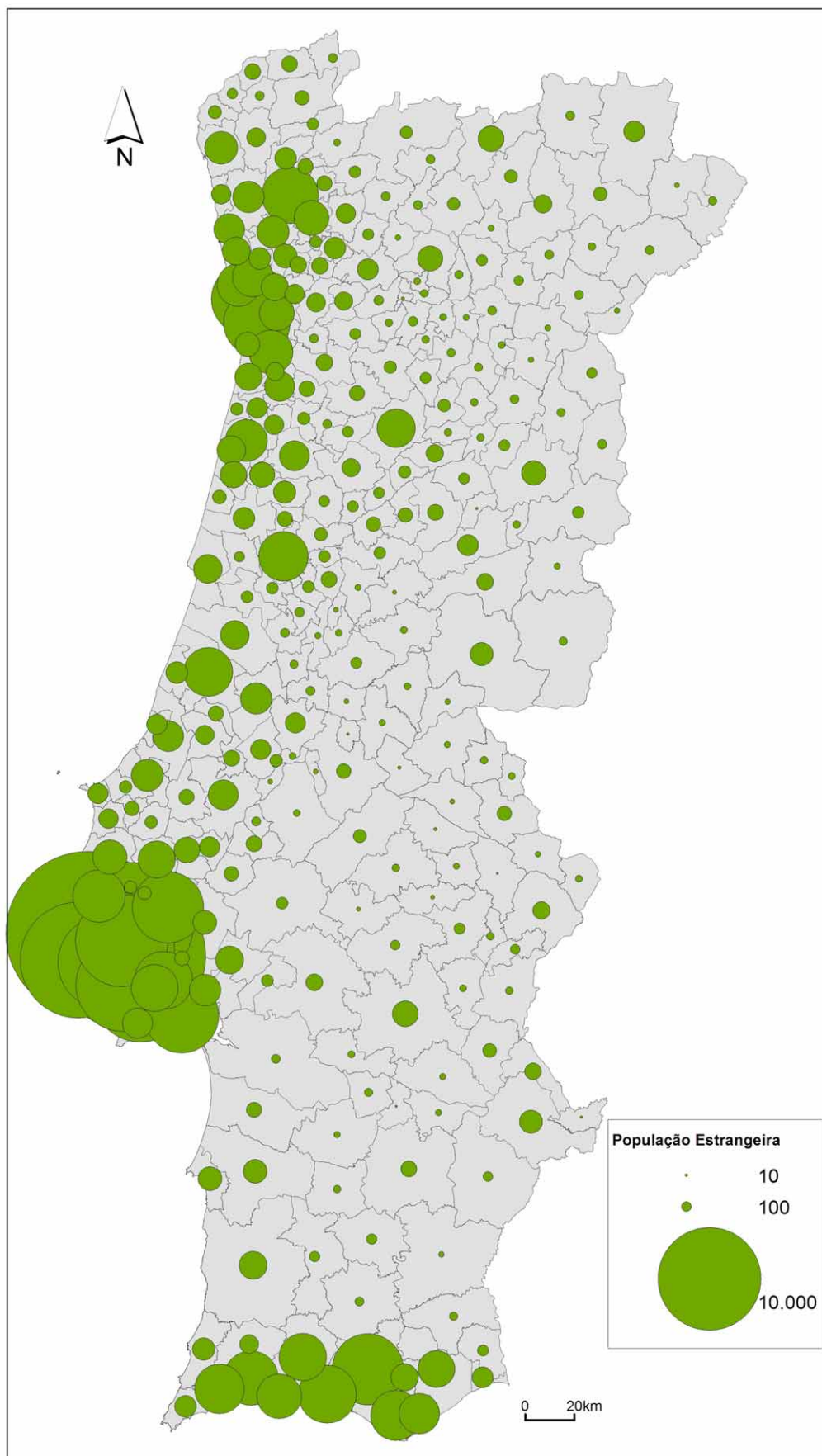
Porém, foi com a mudança de regime político em Portugal, em Abril de 1974, que este se afirmou como país de acolhimento de imigrantes. Com a independência das colónias africanas, houve uma alteração da nacionalidade dos seus cidadãos e, como tal, os cidadãos desses países que residiam em Portugal, assim como os elevados quantitativos que foram chegando no período imediato após a revolução, passaram a ser cidadãos estrangeiros (Esteves, 2004).

Em 2001, 65,3% da população de nacionalidade estrangeira residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML), era oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). A escolha de Portugal como país de destino era consequência de diversos factores, tais como a proximidade linguística, os laços históricos, uma entrada mais facilitada e a recente prosperidade económica.

Contudo, o início da década de noventa marcou um novo advento na imigração para Portugal, que se traduziu num aumento substancial do quantitativo de imigrantes, em virtude da adesão de Portugal à então Comunidade Europeia (CE) e da dinâmica da economia portuguesa. Assim, a proporção da população residente de nacionalidade estrangeira passou de 1,1% em 1991, para 2,2% em 2001, sendo esse acréscimo ainda mais significativo à escala da AML, principal território de concentração de imigrantes em Portugal, pois passou de 45.667 em 1991, para 125.927 em 2001, que corresponde a um acréscimo de 175%. Neste período registou-se também uma diversificação das origens geográficas dos imigrantes que chegaram a Portugal: Brasil, Europa de Leste, e países asiáticos (constituindo estes dois últimos grupos de imigrantes ainda pequenas minorias).

No que trata ao padrão espacial de residência da população estrangeira, verifica-se que este reproduz, de um modo geral, a hierarquia do sistema urbano nacional (*Figura 27*). Assim, é ao longo do Eixo Atlântico, com particular incidência na AML, que em 2001, se concentrava 57% do total de cidadãos estrangeiros residentes em Portugal.

Figura 27. População estrangeira residente em Portugal Continental, 2001 (N.º)

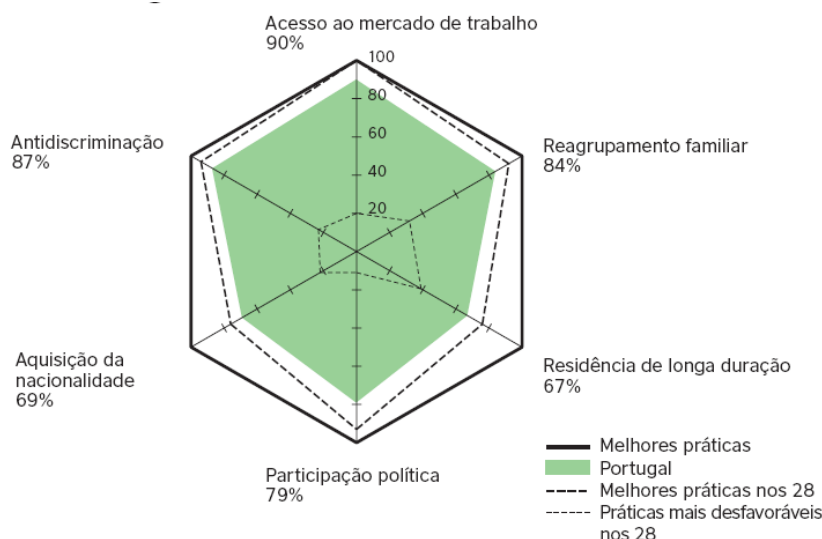


Fonte: Andrade, I. 2006.

A curta história de Portugal como país de imigração, as características do processo migratório (efectuado maioritariamente por jovens em idade activa), e uma forte concentração espacial na AML, explicam que a população sénior de nacionalidade estrangeira em Portugal seja ainda pouco significativa.

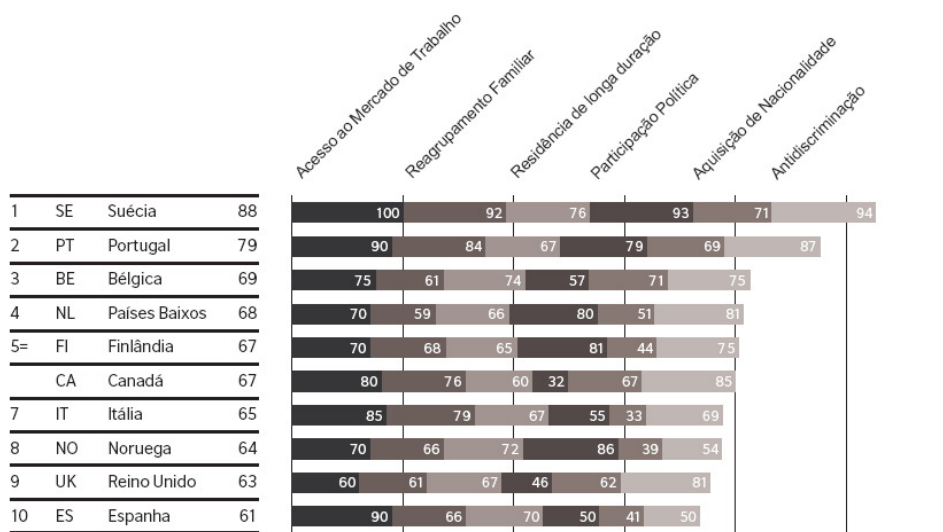
Contudo, importa apresentar algumas das principais problemáticas e necessidades que este segmento, nomeadamente, aqueles que têm 55 ou mais anos, apresentam. Esta análise será suportada em fontes de informação secundária, designadamente, na intensa produção de estudos e relatórios de investigação científica que têm sido desenvolvidos nos últimos anos. O conhecimento aprofundado das suas necessidades é fundamental para o desenvolvimento de melhores políticas para a integração dos imigrantes, factor crucial em sociedades cada vez mais multiétnicas e cidades cosmopolitas. Embora Portugal tenha ficado em segundo lugar no Índice de Políticas de Integração de Imigrantes (MIPEX) (o mais completo estudo comparativo das medidas relativas à integração de imigrantes, à escala de 27 países europeus e do Canadá, baseado na análise de 140 indicadores agrupados em seis domínios de política), um conjunto de práticas favoráveis à exclusão social tendem a persistir ao nível nacional (*Figura 28 e 29*).

Figura 28. Panorâmica Geral da situação de Portugal, segundo o Mipex - Índice de Políticas de Integração de Imigrantes, 2006-2007 (%)



Fonte: MIPEX, 2007.

Figura 29. Top 10, segundo o Mipex - Índice de Políticas de Integração de Imigrantes, 2006-2007 (%)



Fonte: MIPEX, 2007.

No seu quotidiano, a população sénior imigrante residente em Portugal depara-se com necessidades, mas se muitas delas são transversais às registadas no âmbito da população sénior portuguesa, outras são específicas deste segmento, decorrentes das próprias condições de imigrantes. Entre elas, destacam-se quatro áreas críticas - saúde, mercado de trabalho, habitação e justiça e cidadania - consideradas portanto, áreas de intervenção prioritária para a promoção de uma maior inclusão social e envelhecimento activo dos seniores imigrantes.

Saúde

Diversas investigações internacionais têm chamado à atenção de que o direito à saúde continua a ser uma das principais barreiras à integração social dos imigrantes nas sociedades de acolhimento. Como explica um relatório recente da Organização Internacional para as Migrações (OIM), embora as políticas de saúde na sua componente de promoção da saúde dos imigrantes variem de país para país, há uma tendência para que a saúde dos imigrantes seja perspectivada como um custo e não um benefício (OIM, 2005; Andrade, 2006).

Em Portugal, embora o direito ao acesso e utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes seja um direito legislado, na prática do quotidiano emergem múltiplas barreiras que condicionam a sua materialização. Do lado da procura, destacam-se condicionantes como: os diminutos hábitos de cultura preventiva; dificuldades económicas; condições laborais precárias; dificuldades de mobilidade geográfica e linguística; dificuldade em estarem informados sobre os seus direitos e deveres e sobre o modelo de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estas condicionantes sofrem uma significativa agudização no caso de se tratarem de imigrantes indocumentados, pois a sua vulnerabilidade económica e social é não só maior, como acresce o receio de serem referenciados como indocumentados pelos profissionais de saúde às autoridades policiais. Do lado da oferta, destacam-se: i) a persistência de preconceitos e as atitudes discriminatórias relativamente aos imigrantes; ii) o desconhecimento da legislação em vigor por profissionais de saúde e administrativos, assim como inúmeras dificuldades em fazer-se cumprir a legislação existente; iii) a excessiva burocratização do SNS; iv) inexistência de tradutores e mediadores socio-culturais que facilitem o processo de comunicação e v) a fraca sensibilidade para a diversidade cultural que continua a marcar a população em geral e os profissionais de saúde em particular (Andrade, 2006; OI, 2007).

Perante este quadro global, é impreterível o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. Ainda que devam contemplar um vasto conjunto de medidas e acções, considera-se prioritário: i) acções de formação, educação e comunicação para combater o desconhecimento dos imigrantes no que concerne aos seus direitos e deveres, mas também ao funcionamento global do SNS; ii) promover a formação intercultural dos profissionais de saúde e dos profissionais administrativos do SNS; iii) desenvolver um maior número de investigações científicas criteriosas sobre o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde e iv) desenvolver uma política nacional de saúde que tenha em conta o *background* social, cultural e religioso de cada comunidade de imigrantes e minorias étnicas residentes em Portugal.

Mercado de Trabalho

A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho pauta-se por uma forte incidência de trabalhos precários, mal remunerados, fisicamente exigentes e socialmente desvalorizados. Como um documento recente do Observatório de Emprego e Formação Profissional (OEFPP) veio demonstrar, a população imigrante em Portugal apresenta tendencialmente baixos níveis de qualificação e formação profissional, assim como um fraco domínio da língua portuguesa, dois dos principais factores explicativos da sua concentração em poucos sectores de actividade económica: 26% na construção civil, 15% no sector da restauração e 35% nos serviços de limpezas. Segundo esse mesmo documento, em média, cerca de 20% dos imigrantes

encontram-se abaixo da média de salários da população portuguesa e apresentam uma limitada mobilidade salarial (OEFP, 2008).

Embora a inserção laboral dos imigrantes se caracterize por uma pluralidade de situações, pois tem-se registado um aumento dos imigrantes qualificados, bem como de imigrantes empreendedores, os trabalhos precários são preponderantes.

Ainda que não existam investigações académicas centradas neste segmento da população imigrante, os seniores constituem um grupo particularmente vulnerável, na medida em que têm uma maior incidência de analfabetismo e info-exclusão, baixos ou nulos níveis de instrução e formação profissional.

Considerando o Plano para a Integração dos Imigrantes, considera-se essencial: i) promover campanhas de sensibilização específicas sobre segurança no trabalho, para trabalhadores imigrantes seniores, em sectores de actividade económica que registem uma maior incidência de sinistralidade, e sobre os direitos e deveres dos trabalhadores imigrantes; ii) criação de medidas que visem facilitar a inserção social, profissional e laboral dos imigrantes, através do desenvolvimento de competências básicas no domínio da língua portuguesa e acções de formação.

Habitação

Em 1974, chegaram à AML, num reduzido período de tempo, um elevado número de imigrantes e retornados provenientes das ex-colónias. Embora o Instituto de Apoio a Retorno de Nacionais (IARN) tenha efectuado uma redistribuição por todo o território nacional, a maioria concentrou-se na AML. Tratando-se maioritariamente de uma população com baixos níveis socio-económicos, o seu acesso ao mercado de habitação foi fortemente condicionado. Consequentemente, registou-se uma forte concentração desta população em bairros de barracas e bairros clandestinos, nos arredores imediatos da cidade de Lisboa, que com o passar do tempo foram adquirindo grandes dimensões. Os espaços de residência da população imigrante eram, na sua maioria, territorialmente marginalizados, não integrados no restante tecido urbano consolidado, desprovidos de equipamentos colectivos e de infra-estruturas básicas.

A constatação da proliferação de bairros altamente degradados na AML fomentou o desenvolvimento de diversas intervenções públicas no âmbito das políticas habitacionais, ao longo dos anos seguintes, destacando-se entre elas o PER (Programa Especial de Realojamento), em 1993. Todavia, os bairros criados ao abrigo do PER para realojar estas populações, entre outras fragilidades, vieram acentuar a segregação de base residencial e étnica da população imigrante.

Actualmente, ao nível habitacional, muitos imigrantes confrontam-se com o facto de ainda não terem sido alvo de um processo de realojamento e, atendendo à sua incapacidade financeira em aceder ao mercado de habitação para venda e de arrendamento, continuam a viver sem condições habitacionais condignas (Esteves, 2004).

No caso concreto da população sénior assiste-se a uma dualidade de problemáticas específicas em função da situação habitacional em que se encontram. Os que vivem em bairros de barracas têm as suas condições de vida agravadas pelas más condições habitacionais, questão particularmente relevante no caso dos seniores, uma vez que com o aumento da idade há uma maior deterioração e vulnerabilidade dos seus estados de saúde. Os que residem em apartamentos, não obstante todo o esforço efectuado no processo de realojamento, acabam por se confrontar com problemáticas muito variadas que diminuem a sua qualidade de vida, nomeadamente, o facto de residirem em andares elevados por vezes sem elevador, o que condiciona a sua mobilidade em se deslocarem ao exterior das suas habitações, ou o facto de não residirem juntamente com os seus descendentes o que provoca isolamento.

Consideram-se como necessidades de intervenção prioritárias neste domínio, a conclusão a curto prazo dos restantes bairros PER e o desenvolvimento de um apoio social com vista a prestar apoio de mobilidade, combate à solidão e satisfação de outras necessidades, daqueles que vivem tendencialmente sós.

Justiça e Cidadania

Os imigrantes constituem um grupo particularmente susceptível de sofrer violações dos seus direitos humanos, consequência de reunirem um conjunto de vulnerabilidades, tais como baixos níveis de instrução, de capacidade económica, ao que por vezes acresce o facto de se encontrarem na situação de indocumentados.

A consciencialização desta realidade levou as Nações Unidas, juntamente com a OIM e dez ONG, em 2003, a promoverem a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos dos Trabalhadores Migrantes, de modo a protegerem os direitos destes trabalhadores. Embora se encontre consagrado na Constituição Portuguesa o princípio da igualdade dos cidadãos perante a lei, independentemente de diversos factores, nomeadamente, da raça, e o princípio da equiparação de direitos entre nacionais e estrangeiros, a população imigrante, na sua generalidade, continua a apresentar um amplo desconhecimento dos seus direitos e deveres. É neste sentido, que diversas entidades da sociedade civil têm desenvolvido um conjunto de esforços que visam colmatar esta situação. Destaquem-se os esforços empreendidos pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) na elaboração e divulgação de guias sobre os direitos e deveres dos imigrantes nos diferentes sectores da sociedade (acesso à saúde, mercado de trabalho, habitação, educação, formação profissional, protecção jurídica, entre outros), mas também na realização de seminários e outras acções de debate e reflexão sobre a cidadania e os direitos dos imigrantes.

Este domínio assume-se de importância fulcral no combate ao tráfico e exploração desta população. Porém, no caso específico do segmento dos imigrantes seniores, a temática da cidadania, justiça e direitos tem uma importância particular, dada a maior incidência do analfabetismo, de se tratar de uma população em geral menos instruída e informada, entre a qual são muito incipientes os hábitos de cultura participativa.

Perante este quadro de fundo, o Plano para a Integração dos Imigrantes apresenta um vasto conjunto de intervenções necessárias para suprimir estas necessidades e dificuldades com que os imigrantes se confrontam no seu quotidiano em Portugal. Destaque-se a necessidade de viabilizar o pleno acesso à justiça, de providenciar sempre que necessário serviços de tradução e interpretação, para que a língua não constitua uma barreira prejudicial à plenitude de acesso aos seus direitos, e o reforço do papel dos Gabinetes de Apoio Jurídico ao Imigrante, do SOS Imigrante e do papel das entidades consulares dos países de origem.

Idosos em situação de pobreza

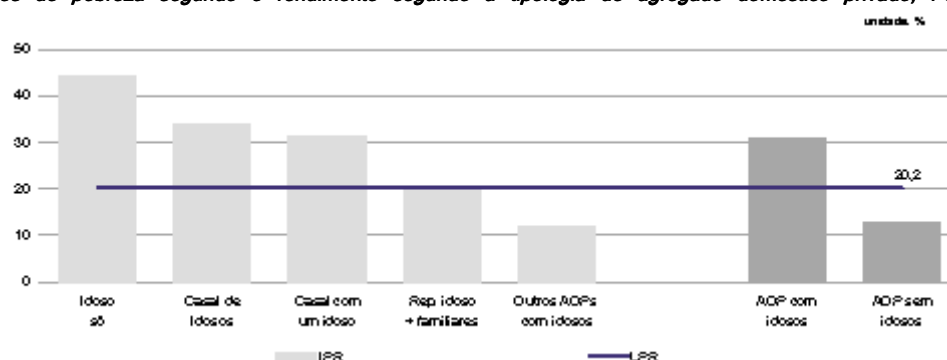
A pobreza, entendida como um fenómeno que resulta da escassez de recursos para fazer face às necessidades básicas da vida está, em Portugal, intrinsecamente associada ao desenvolvimento do país e ao acelerado processo de modernização que se tem registado nas últimas décadas (PNAI, 2006).

O risco de pobreza assim como o seu carácter persistente varia em função de inúmeras variáveis, nomeadamente, sexo, grupo etário, nacionalidade, níveis de instrução, actividade profissional, entre outros. Contudo, existem grupos que reúnem em si um conjunto de condicionalismos conjunturais e, por isso, constituem grupos particularmente vulneráveis a uma maior incidência da pobreza. Entre eles destacam-se: as crianças, os idosos, as mulheres, os imigrantes e minorias étnicas, as pessoas com deficiência, as vítimas de violência doméstica, as vítimas de tráfico de seres humanos, as populações toxicodependentes,

as populações infectadas por algumas doenças como o VIH/Sida, os ex-reclusos, os sem-abrigo, as famílias numerosas e as famílias unipessoais idosas.

Estudos recentes têm colocado em evidência a incidência da pobreza nos diferentes agregados familiares com idosos. A título exemplificativo, um estudo do INE de 2004, com base nos dados dos orçamentos familiares de 2000, demonstrava que o índice de pobreza segundo o rendimento nos diversos tipos de agregado evidenciava que aqueles que tinham idosos a cargo representavam uma proporção bastante superior aos agregados sem idosos (INE, 2004). Efectivamente, verifica-se segundo esse mesmo estudo que 31% dos agregados com idosos eram pobres, enquanto que apenas 12,8% dos agregados sem idosos se encontravam em situação de pobreza. No âmbito dos agregados familiares com idosos, constata-se que os agregados constituídos por um idoso a viver só registam a taxa de pobreza segundo o rendimento mais elevada (44%), seguidos pelos casais de idosos e pelos casais em que um dos membros é idoso (34% e 31%).

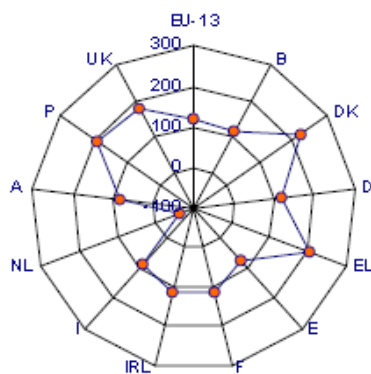
Figura 30. Índices de pobreza segundo o rendimento segundo a tipologia de agregado doméstico privado, Portugal, 2000 (%)



Fonte: Gonçalves, C.; Silva, C. (2004) - Revista de Estudos Demográficos, nº35, artigo 6º, INE.

No contexto internacional, a situação da pobreza entre a população idosa é, em comparação com a de outros países da EU-15, bastante desvantajosa para Portugal. Segundo as conclusões de um estudo do Departamento de Prospeção e Planeamento (DPP) do Ministério do Planeamento, a proporção de idosos nos escalões de rendimento baixos era, em 1995, não muito superior à do resto da população do país, mas estava numa pior situação relativamente à UE (DPP, 2000).

Figura 31. Proporção de reformados no escalão de baixos rendimentos (resto da população do país = 100)



Fonte: EUROSTAT - in DPP, 2000.

Segundo o Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI) 2006-2008, a população idosa é o grupo populacional que vive em maior risco de pobreza. Tal como acontece no cenário internacional, também em

Portugal a população idosa é o segmento com os rendimentos mais baixos. Estatísticas governamentais baseadas em estudos recentes indicam que 30% dos idosos em Portugal vivem em situação de pobreza: aproximadamente 300.000 sobrevivem com menos de 300€ por mês, que é o montante que corresponde ao limiar de pobreza internacionalmente definido. É possível identificar vários níveis de adversidade económica no seio desta população.

Considera-se no entanto que aqueles que vivem exclusivamente das suas reformas - reformas por velhice ou de sobrevivência, que ganham menos de 300€ - e aqueles que não têm acesso a qualquer outro apoio financeiro, se encontram nas situações mais crónicas, pois constituem bolsas de pobreza que não têm a oportunidade de beneficiar de uma boa qualidade de vida.

Ao nível nacional, o fenómeno da pobreza entre os idosos assume contornos preocupantes, na medida em que se trata de um fenómeno de natureza multidimensional, resultante de alguns factores estruturais e portanto de difícil resolução:

- ▶ Um sistema de protecção social que ainda não atingiu o nível de desenvolvimento registado em muitos Estados-Membros;
- ▶ O facto de entre os idosos predominarem baixos níveis de instrução e uma elevada taxa de analfabetismo;
- ▶ Um duplo isolamento (social/familiar e físico) pelo facto de muitos idosos residirem sozinhos e de se encontrarem distantes dos seus descendentes e familiares.

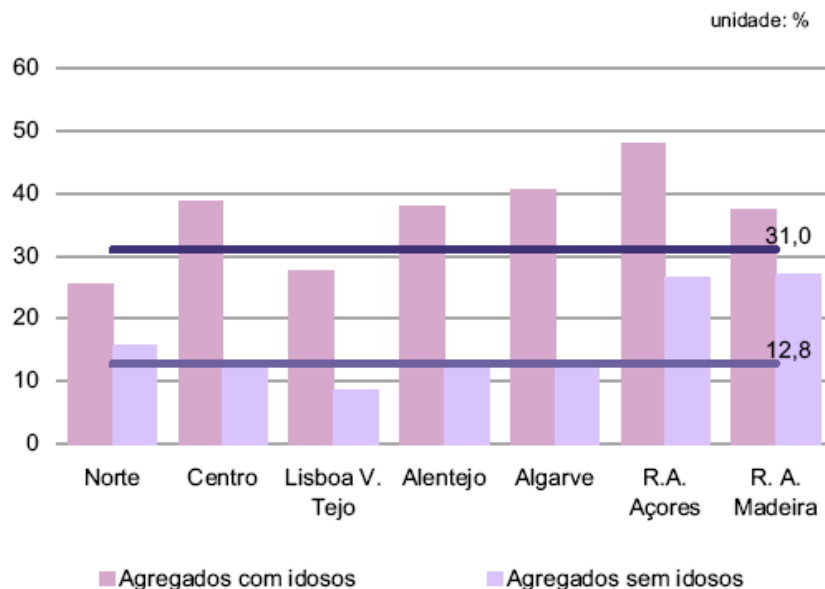
Um estudo recente do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) evidenciou também que os idosos constituem o subgrupo populacional que vive em maior risco de pobreza. Este estudo, baseado numa análise unidimensional da pobreza, recorrendo à utilização de recursos monetários para a sua medição (pobreza monetária), considerou que 29,7% dos idosos (aproximadamente 445.917 pessoas com 65 e mais anos), em 2001, se encontravam em risco de pobreza. Concomitantemente, o estudo advoga que o sistema de segurança social tem desempenhado um importante papel na melhoria das condições de vida da população, de que são exemplo as pensões, no caso específico da população idosa (Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento (DGEEP), 2006).

De acordo com o *Eurostat*, os problemas associados à pobreza entre os idosos em Portugal têm vindo a ser melhorados aos poucos ao longo dos dois últimos anos, tendo a taxa de limite de pobreza descido de 38% em 1995 para 28% em 2005. A taxa de limite de pobreza de famílias com um adulto com mais de 65 anos também desceu, de 57% em 1995 para 42% em 2005.

A pobreza dos idosos ainda que constituindo uma realidade disseminada pelo território nacional, apresenta maior incidência em algumas áreas.

Uma análise especial dos índices de pobreza segundo o rendimento pelas NUTS II, de acordo com o anteriormente mencionado estudo do INE, demonstra uma incidência territorial diferenciada deste fenómeno (INE, 2004). Tal como se pode verificar pela análise da figura seguinte, as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores configuram-se como as áreas mais críticas, na medida em que independentemente de se tratarem de agregados com ou sem idosos, apresentam tendencialmente os índices de pobreza segundo o rendimento mais elevados. No que trata aos agregados sem idosos, é na NUTS II Lisboa, que se registam os menores índices de pobreza, enquanto que ao nível dos agregados com idosos é na NUTS II Norte que se identifica a realidade mais favorável. No seu conjunto, ao nível dos agregados com idosos as NUTS II Norte e Lisboa e Vale do Tejo são as melhores posicionadas, enquanto que as demais NUTS II apresentam realidades semelhantes entre si.

Figura 32. Índices de pobreza segundo o rendimento, Portugal e NUTS II, 2000 (%)



Os territórios rurais mais pobres e envelhecidos - onde residem camponeses e antigos assalariados rurais com baixas pensões - mantêm “uma linha de continuidade entre a pobreza e a envolvente subdesenvolvida” (PNAI, 2006-2008). Nos territórios urbanos, nomeadamente nas principais cidades e aglomerações do país - com destaque para a AML - regista-se uma maior ambiguidade de situações. Por um lado, uma maior visibilidade da pobreza - bairros de barracas, de génese ilegal, sociais ou bairros antigos - que, pela sua componente física e concentração de problemáticas sociais, contrastam fortemente com a envolvente urbana, constituindo territórios de exclusão social e segregação espacial. Por outro lado, dispersos pelos territórios urbanos, existem idosos em situação de pobreza e de exclusão social, abandonados pela família e pela sociedade, não referenciados ao nível institucional. Tratam-se de situações graves, que não beneficiam dos efeitos da concentração espacial.

3. Análise das necessidades, problemas e dificuldades dos seniores em Portugal

3.1. Saúde

No presente estudo a saúde assume-se como um factor de análise essencial, na medida em que se trata de um direito humano fundamental, uma condição essencial do envelhecimento activo. Também o aumento da idade fomenta uma mudança progressiva da estrutura biológica e psicológica dos indivíduos, conducente a novas e maiores necessidades ao nível dos cuidados de saúde. Não obstante os progressos significativos das ciências da saúde registados nas últimas décadas, o que em muito contribuíram para o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento continua a ser, muitas vezes, acompanhado de situações de fragilidade e dependência, susceptíveis de prevenção.

A definição de saúde adoptada no presente relatório segue o conceito estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de estado de completo bem-estar físico, mental e social. Com efeito, considerou-se imprescindível uma análise bidimensional da saúde, com dois objectivos específicos:

- Diagnosticar e avaliar o estado de bem-estar físico, mental e social da população sénior;
- Analisar a sua acessibilidade aos equipamentos colectivos de saúde.

A análise destas duas linhas de investigação é essencial para um conhecimento no âmbito da saúde e cuidados de saúde do público-alvo deste estudo, sendo a sua complementaridade, com outras variáveis, essencial para uma visão holística das necessidades dos seniores em Portugal.

Estado de Saúde

Em Portugal, sensivelmente metade da população sénior apresenta uma patologia que requer cuidados médicos regulares. Uma leitura segundo a TAU do INE evidencia que é nas APU que existe uma maior proporção de indivíduos com conhecimento da existência de alguma patologia (53%), embora nas APR, 45% dos indivíduos tenham também respondido afirmativamente.

A existência de patologia é igualmente oscilante em função das variáveis sexo e idade. Com efeito, constata-se uma maior incidência de patologia nas mulheres do que nos homens (56% e 45%, respectivamente), bem como uma correlação positiva entre o aumento da proporção de indivíduos que referiram ter alguma doença e a idade, sendo portanto nos indivíduos mais idosos que a existência de patologia é superior (63,6%).

Quadro 54. Existência de doença, segundo o sexo e os grupos etários, 2007 (%)

Existência de Patologia	Sexo		Grupos Etários				Total
	M	F	55-64	65-74	75-84	85+	
Sim	45,3	55,9	45,9	47,4	58,9	63,6	50,5
Não	53,1	43,4	53,5	51,2	39,9	32,7	48,3
Não responde	1,6	0,8	0,7	1,4	1,2	3,6	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Vários estudos têm evidenciado desigualdades de género na saúde da população sénior, tanto na Europa, como nos EUA e Brasil. Demonstra-se assim, que em todo o mundo, as mulheres têm um período de vida maior do que os homens, embora isso não signifique que desfrutem de uma melhor condição de saúde (Parahyba, 2006).

Uma desagregação de acordo com a nacionalidade permite verificar que, independentemente de se tratar de cidadãos de nacionalidade portuguesa ou estrangeira, se regista alguma patologia que carece de cuidados de saúde. No entanto, verifica-se uma ligeira prevalência de doença entre os cidadãos estrangeiros (56%) comparativamente aos autóctones (50%). Investigações recentes têm demonstrado que esta constatação está associada ao processo imigratório (proveniência de países em desenvolvimento, com uma diminuta oferta de cuidados de saúde, dificuldades multivariadas no processo imigratório, ao nível da nutrição, desgaste físico e stress psicológico), mas também à condição de imigrante na sociedade de acolhimento (más condições de trabalho, de habitação, de vida em geral, e frequentemente barreiras à acessibilidade dos imigrantes aos cuidados de saúde), o que promove uma deterioração da saúde dos imigrantes. Contudo, entre os imigrantes na sua globalidade, os indocumentados constituem um grupo particularmente vulnerável, na medida em que o estatuto de documentado versus indocumentado acaba por conferir um grau diferenciado de autorização/direito de acesso aos cuidados de saúde (Andrade, 2006).

Concomitantemente à análise da existência ou não de doença, importa fazer uma avaliação do estado de saúde da população, estudo efectuado em Portugal desde 1989. A avaliação do estado da saúde da população baseia-se, essencialmente, na avaliação da saúde percebida pelos próprios indivíduos. Consequentemente, estes instrumentos conseguem apenas medir desvios relativos a um estado de saúde (Santana, 1995).

A percepção que a população sénior em Portugal faz do seu estado de saúde é na sua maioria razoável (57%), enquanto que 35% considera ter uma boa saúde e apenas 7% faz uma avaliação negativa. Ainda

que entre os sexos não existam diferenças assinaláveis, note-se que entre os indivíduos do sexo masculino ocorre uma avaliação mais positiva: 39,4% considera ter um bom estado de saúde, contra apenas 30,3% das mulheres inquiridas. Pelo contrário, nas percepções avaliativas intermédias, são as mulheres que registam uma maior preponderância. De facto, diversos estudos têm confirmado que as diferenças de género na percepção do estado de saúde são importantes determinantes do comportamento em relação à procura de cuidados de saúde (OMS, 2001), como se poderá constatar mais à frente, quando se analisar o acesso e utilização dos cuidados de saúde de acordo com o sexo.

Uma análise desagregada por grupos etários evidencia que a avaliação de um bom estado de saúde decresce tendencialmente com o aumento da idade: maior proporção de avaliações negativas entre os indivíduos com 85 ou mais anos (16,4%). Trata-se de uma consequência directa do declínio funcional que os indivíduos vão sofrendo com a idade, independentemente de qualquer outra variável.

Quadro 55. Avaliação do estado de saúde, segundo o sexo, os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Avaliação do Estado de Saúde	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	M	F	55-64	65-74	75-84	85+	APU	AMU	APR	
Bom	39,4	30,3	40,3	36,6	26,9	25,5	34,2	49,0	30,3	34,9
Razoável	52,0	61,3	52,8	58,0	59,8	54,5	57,5	44,8	58,3	56,6
Mau	6,7	7,6	6,2	4,2	11,5	16,4	6,9	6,3	9,8	7,2
Não responde	1,8	0,8	0,7	1,2	1,8	3,6	1,4	0,0	1,5	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	26,9	25,5	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Nas APU e APR a maioria da população sénior tem uma percepção razoável do seu estado de saúde (57,5 e 58,3% respectivamente). Cumpre todavia destacar que é nas APR que a avaliação negativa do estado de saúde é mais elevada (10%). Entre os múltiplos factores que concorrem para esta realidade, destaque-se um menor acesso e utilização dos cuidados de saúde das populações em contexto rural, face aos padrões locativos pautados pela tendencial concentração dos equipamentos colectivos de saúde em contextos urbanos, por razões de racionalidade económica, uma vez que é aí que existem aglomerados populacionais potenciadores de economias de escala.

A percepção do estado de saúde segundo a nacionalidade dos indivíduos demonstra, uma vez mais, uma concordância entre cidadãos de nacionalidade portuguesa e estrangeira, visto que ambos consideram ter um estado de saúde razoável (57% e 61%, respectivamente). De salientar, no entanto, que a proporção de estrangeiros que considera ter um estado de saúde bom é superior aos de nacionalidade portuguesa (39% e 35%, respectivamente), registando-se ainda que nenhum indivíduo estrangeiro considera ter um mau estado de saúde.

As desigualdades socio-económicas têm igualmente impactos ao nível da percepção dos estados de saúde. Desde a década de 1960 que diversas investigações têm demonstrado que em vários países as desigualdades sociais, económicas e espaciais influenciam o acesso e utilização dos cuidados de saúde e subsequentemente os seus estados de saúde reais e percebidos.

A percepção da avaliação do estado de saúde da população sénior varia em correlação directa com as variáveis nível de instrução e rendimento. É entre a população sénior com um menor nível de instrução que se registam avaliações mais negativas do seu estado de saúde (68,2% da população iletrada e 60,7% com o 1º ciclo do ensino básico). Este grupo considera ter um mau estado de saúde, enquanto que no extremo oposto, os seniores com ensino superior, na sua maioria, consideram ter um bom estado de saúde (55,8%). Quanto à segunda variável, ainda que em todos os níveis de rendimento a avaliação do estado de saúde mais relevante seja a de razoável, note-se que é entre as populações com recursos económicos mais escassos que a percepção de um mau estado de saúde assume maior relevância. No

entanto, é nas populações com maior capacidade financeira que se registam as proporções mais elevadas de avaliação de bom estado de saúde.

De facto, as pessoas com um maior nível de instrução encontram-se melhor informadas sobre os comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, assim como no que se refere às atitudes de promoção da saúde e prevenção da doença, do que aquelas com níveis de instrução mais baixos. São também as populações com poder económico mais elevado que têm um melhor acesso a cuidados especializados e sistemas privados de saúde. Os seniores dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos tendem a ficar mais dependentes do recurso aos médicos de clínica geral e dos serviços de urgência, adiando frequentemente a ida ao médico e assim a capacidade de melhorar os seus estados de saúde (Fonseca *et al.*, 2007). Deste modo, as variáveis níveis de instrução e capacidade económica manifestam extrema importância, dado que sustentam a relação cíclica entre pobreza, exclusão social e saúde versus doença.

Quadro 56. Avaliação do estado de saúde, segundo os níveis de instrução da população sénior, 2007 (%)

Avaliação do Estado de Saúde	Níveis de Instrução					
	Analfabeto	1º Ciclo do Ensino Básico	2º Ciclo do Ensino Básico	3º Ciclo do Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Bom	14,1	30,4	50,3	48,7	45,7	55,8
Razoável	17,6	7,5	4,5	2,6	1,4	3,8
Mau	68,2	60,7	43,9	44,7	52,9	40,4
Não responde	0,0	1,5	1,3	3,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 57. Avaliação do estado de saúde, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Avaliação do Estado de Saúde				
	Bom	Razoável	Mau	Não responde	Total
< a 300	18,7	67,4	10,7	3,2	100,0
301-750	28,1	63,5	7,9	0,6	100,0
751-1.500	34,6	60,3	3,4	1,7	100,0
> a 1.501	38,3	55,3	6,4	0,0	100,0
Não responde/Não se aplica	34,9	56,6	7,2	1,3	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários são a principal via de acesso aos cuidados de saúde. Com um propósito essencialmente de prevenção, diagnóstico e tratamento ou reabilitação, o conhecimento do seu padrão de utilização tendencial revela-se determinante para a avaliação da saúde de uma determinada população, na medida em que quanto maior for a sua utilização, melhores serão os ganhos em saúde.

Constata-se que a grande maioria da população com 55 ou mais anos utiliza o centro de saúde e/ou a respectiva extensão (83%). Uma leitura segundo a TAU, realça que em todas elas a maioria da população-alvo do estudo utiliza os cuidados prestados na rede de centros de saúde e respectivas extensões. É nas APR que a proporção dos que não utilizam é mais elevada (18,2%).

Quer no homem quer na mulher, registam-se taxas de utilização consideráveis, dado que esta é superior a 80%. No entanto, as mulheres apresentam uma utilização ligeiramente superior. Esta constatação reflecte, por um lado, que as mulheres apresentam uma maior preocupação com a promoção da saúde e prevenção da doença, mas é também o resultado de serem estas as principais utentes de alguns dos serviços prestados nos cuidados de saúde primários, designadamente, consultas de planeamento familiar, consultas de saúde materna e de saúde infantil.

Verifica-se que à medida que a idade aumenta, há também um aumento gradual do consumo dos cuidados de saúde primários, excepção feita nos dois grupos etários mais envelhecidos, o que em certa medida deriva do maior grau de dependência e subsequente dificuldade de mobilidade associada a este último grupo.

Quadro 58. Utilização dos cuidados de saúde primários, segundo o sexo e os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	M	F	55-64	65-74	75-84	85+	APU	AMU	APR	
Sim	80,8	84,8	78,3	85,2	86,7	72,7	84,0	81,3	73,5	82,8
Não	13,2	11,6	15,7	11,0	8,5	21,8	11,9	10,4	18,2	12,4
Não responde	6,0	3,7	6,0	3,8	4,8	5,5	4,1	8,3	8,3	4,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	26,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A utilização que a população sénior faz dos cuidados de saúde primários varia também inversamente em função da variável rendimento. Efectivamente, constata-se que é entre os indivíduos com menores receitas mensais totais que a utilização desta tipologia é mais elevada (indivíduos com receitas mensais inferiores a 300€ e entre os 301€ e os 750€ a utilização é de 84% e de 87,4%, respectivamente, enquanto que em indivíduos com rendimentos mensais totais superiores a 1.501€ essa utilização é a mais diminuta registada, 74,5%).

Quadro 59. Utilização dos cuidados de saúde primários segundo a estrutura das receitas mensais totais (€), 2007 (%)

Receitas Mensais Totais (€)	Utilização dos Cuidados de Saúde Primários			
	Sim	Não	Não responde	Total
< a 300	84,0	11,8	4,3	100,0
301-750	87,4	9,1	3,5	100,0
751-1.500	84,9	9,5	5,6	100,0
> a 1.501	74,5	19,1	6,4	100,0
Não responde/Não se aplica	79,6	14,9	5,4	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Importa ainda salientar que do total de indivíduos que utiliza esta tipologia de cuidados de saúde, ainda que a maioria tenha uma patologia identificada (53,2%), uma proporção bastante considerável não apresenta sinais de doença que requeira cuidados de saúde (45,5%). Estes resultados, embora derivem de uma crescente consciencialização da importância da promoção da saúde e prevenção da doença, reflectem, simultaneamente, um uso por vezes inapropriado destes equipamentos colectivos, para colmatar necessidades de combate à solidão com que esta população se depara.

A frequência de utilização destes cuidados é globalmente diminuta, uma vez que a maioria da população sénior só os utiliza raramente (25%), ou várias vezes por ano (24%). Todavia, importa notar que 16% utiliza os cuidados de saúde primários uma vez por mês.

A procura dos cuidados de saúde primários varia significativamente em função da variável idade. Com efeito, é entre os indivíduos mais idosos que se regista uma maior frequência de utilização: entre os indivíduos com 55-64 anos, a frequência de utilização mais relevante é raramente (29,5%); entre os 65-74 anos é várias vezes por ano (26,2%); no grupo etário dos 75-84 anos é a frequência várias vezes por ano (31,7%); e entre os mais idosos prevalece a frequência de utilização mensal (27,3%). O aumento da frequência de utilização dos cuidados de saúde primários com o aumento da idade ilustra a perda de funcionalidades que o organismo vai sofrendo com o avançar da idade.

Quadro 60. Frequência de utilização dos cuidados de saúde primários, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Frequência de Utilização	Grupos Etários				Total
	55-64	65-74	75-84	85+	
Várias vezes por semana	0,5	0,4	0,3	0,0	0,4
Semanal	1,2	1,4	1,5	3,6	1,4
Várias vezes por mês	1,6	4,0	3,9	1,8	3,1
Mensal	12,9	15,4	18,1	27,3	15,7
Várias vezes por ano	17,1	26,2	31,7	12,7	23,9
Anual	6,0	3,0	4,5	3,6	4,4
Raramente	29,5	26,0	18,1	10,9	24,5
Não responde	23,3	18,8	17,5	32,7	20,6
Não se aplica	8,1	4,8	4,2	7,3	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

O motivo de utilização destes cuidados de saúde é, sobretudo, para consultas de rotina (34,7%), não existindo diferenças assinaláveis entre os sexos. Contudo, uma análise por TAU evidencia uma disparidade entre as APU, em que a maioria da população utiliza os cuidados de saúde para realização de consultas de rotina (39,1%) e as AMU e APR, onde as situações de doença/urgência são as mais preponderantes (37,5% e 22,7%, respectivamente). Existe assim uma disparidade territorial nas preocupações da população sénior com a promoção da saúde e protecção da doença baseada na TAU, sendo nas áreas urbanas que a sensibilização para esta questão é superior.

Quanto à satisfação com os cuidados de saúde primários, verifica-se que na sua maioria os seniores se encontram satisfeitos (62,8%). Este retrato global acaba por se reproduzir numa análise desagregada por TAU (APU, 65% e APR, 56%). A satisfação é igualmente uma constante quando analisadas as percepções segundo o género (mulheres 64% e homens 61%).

Quadro 61. Motivo de utilização dos cuidados de saúde primários, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Motivo de Utilização dos Cuidados de Saúde Primários	Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	APU	AMU	APR	
Doença/Urgência	11,6	37,5	22,7	14,6
Consulta de rotina	39,1	4,2	19,7	34,7
Consulta de rotina e Doença/Urgência	1,6	18,8	4,5	3,1
Consulta de rotina/Obter receita médica	12,7	6,3	12,9	12,2
Consulta de rotina/Realização de meios complementares de diagnóstico	1,7	1,0	1,5	1,7
Obter receita médica	11,6	7,3	9,1	11,0
Realização de meios complementares de diagnóstico	2,7	0,0	0,8	2,3
Outros	0,5	0,0	0,8	0,5
Não responde	11,8	24,0	24,2	13,9
Não se aplica	6,8	1,0	3,8	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Note-se que a avaliação da satisfação com base na nacionalidade revela que, embora cidadãos nacionais e estrangeiros se apresentem maioritariamente satisfeitos, o grau de satisfação é mais elevado entre os segundos (78%) do que entre os primeiros (63%). O principal factor explicativo desta realidade deve-se ao facto de a grande maioria dos imigrantes residentes em Portugal serem provenientes de países ditos sub-desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, em que os sistemas de saúde apresentam importantes fragilidades. Este facto explica portanto, tal como diversas investigações recentes têm vindo a demonstrar, que não existem situações estatisticamente significativas de transnacionalismo para a obtenção de cuidados de saúde por parte das comunidades imigrantes residentes em Portugal, uma prática comum entre comunidades e minorias étnicas em outros países europeus (Andrade, 2006; Freitas, 2006).

Não obstante esta avaliação global tendencialmente positiva, a população sénior identifica um conjunto de constrangimentos nos cuidados de saúde primários, entre os quais se destacam: o elevado tempo de espera na marcação e atendimento de consultas, factor identificado por mais de metade da população sénior (52,3%) e a débil acessibilidade geográfica (23,5%), o que inclui constrangimentos tais como a elevada distância entre a habitação e a localização dos equipamentos colectivos de saúde, os maus acessos ou a deficiente cobertura da rede de transportes públicos.

Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Diferenciados

Os cuidados de saúde diferenciados ou hospitalares, por apresentarem um propósito distinto dos cuidados de saúde primários - de carácter essencialmente curativo e de tratamento da doença - devem apresentar um outro padrão médio de utilização, não coincidente com os cuidados de saúde primários.

A população sénior residente em Portugal utiliza, na sua maioria, os cuidados de saúde diferenciados (55,3%). Este padrão médio global reproduz a realidade de ambos os sexos, ainda que se verifique que os indivíduos do sexo masculino apresentem uma taxa de utilização ligeiramente superior (55,9%). Considerando que ao nível dos cuidados de saúde primários se havia registado a situação inversa, conclui-se, portanto, que os comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença são mais relevantes nas mulheres, enquanto que os homens tendem a recorrer aos cuidados médicos, sobretudo, em situações de doença e necessidade de tratamento.

Uma leitura do acesso e utilização dos cuidados de saúde diferenciados segundo a TAU, esboça algumas heterogeneidades territoriais: nas APU 59,8% utiliza estes cuidados enquanto que nas APR esta percentagem é de apenas 42,4%. Estas taxas de utilização decorrem, entre outros factores, do facto dos equipamentos hospitalares apresentarem um padrão locativo tendencialmente concentrado nas áreas urbanas, fomentando-se assim diferenças significativas entre os contextos urbanos e rurais.

Quadro 62. Utilização dos cuidados de saúde diferenciados, segundo o sexo e os grupos etários e a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	M	F	55-64	65-74	75-84	85+	APU	AMU	APR	
Sim	55,9	54,6	54,8	55,8	54,1	61,8	59,8	21,9	42,4	55,3
Não	20,5	25,6	26,0	22,4	21,1	16,4	20,8	35,4	32,6	23,0
Não responde	23,5	19,8	19,1	21,8	24,8	21,8	19,4	42,7	25,0	21,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

À medida que as receitas mensais totais do agregado familiar são mais elevadas, o acesso e utilização aos cuidados de saúde diferenciados aumentam não obstante verificar-se que mais de metade da população a eles recorra.

Entre os factores que poderão, de algum modo, explicar esta realidade, destacam-se o facto da prestação de cuidados de saúde em hospitais ter custos mais elevados comparativamente com os cuidados de saúde primários. Daí que as populações com menores recursos tendam a encontrar resposta nestes últimos. A existência de uma maior oferta de cuidados especializados nas unidades hospitalares, explica que os indivíduos com maior capacidade económica optem frequentemente por aí se dirigir, em detrimento dos cuidados de saúde primários.

Quadro 63. Utilização dos cuidados de saúde diferenciados segundo a estrutura das receitas mensais totais (€), 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Utilização dos Cuidados de Saúde Diferenciados			
	Sim	Não	Não responde	Total
< a 300	57,8	23,5	18,7	100,0
301-750	63,7	16,1	20,2	100,0
751-1.500	66,5	17,9	15,6	100,0
> a 1.501	70,2	12,8	17,0	100,0
Não responde/Não se aplica	44,6	29,5	25,8	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A frequência de utilização destes cuidados de saúde é maioritariamente rara entre a população sénior (30,7%). Uma leitura desagregada por grupos etários demonstra, uma vez mais, que a grupos etários mais idosos estão associadas utilizações mais frequentes.

Quadro 64. Frequência de utilização dos cuidados de saúde diferenciados, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Frequência de Utilização	Grupos Etários				Total
	55-64	65-74	75-84	85+	
Semanal	0,2	1,0	0,6	1,8	0,7
Mensal	3,0	1,2	2,1	5,5	2,2
Várias vezes por ano	10,6	9,2	12,7	9,1	10,5
Anual	5,5	3,2	3,6	5,5	4,2
Raramente	27,2	36,2	26,3	32,7	30,7
Não responde	37,1	36,2	45,6	38,2	38,9
Não se aplica	16,4	13,0	9,1	7,3	12,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

No que respeita aos motivos de utilização dos cuidados de saúde diferenciados, predominam nitidamente as urgências (24,5%), seguidas das consultas externas (12,1%). O grau de satisfação com esta tipologia de cuidados de saúde é consideravelmente inferior ao registado nos cuidados de saúde primários (apenas 42% da população se encontra satisfeita). Uma análise desagregada de acordo com o sexo revela um grande equilíbrio, uma vez que 42% das mulheres e dos homens, respectivamente, revelam estarem satisfeitos. Todavia, uma análise detalhada segundo a TAU evidencia que, embora em nenhuma das tipologias a taxa de satisfação alcance metade da população, nas APU esta é consideravelmente mais elevada (46%), comparativamente às APR (30%). Esta oscilação da satisfação reflecte, uma vez mais, entre outros factores, a dicotomia urbano-rural que caracteriza o padrão locativo deste tipo de equipamentos.

Tal como constatado ao nível dos cuidados de saúde primários, a acessibilidade aos cuidados de saúde diferenciados encontra-se marcada por constrangimentos de acessibilidade geográfica (43,4%) e do tempo de espera (41,1%).

3.2. Acção Social

Os equipamentos colectivos de carácter social assumem uma dupla função na sociedade contemporânea: de planeamento urbano, porque constituem importantes centralidades, com capacidade de estruturação urbana do território; de promoção da qualidade de vida das populações, pois constituem respostas estratégicas de apoio às famílias, sustentadas numa nova filosofia de políticas sociais (Simões, 2006).

A consciencialização desta realidade tem fomentado um investimento crescente nos equipamentos sociais nos últimos anos, promovido por entidades públicas e privadas e direccionado para diversos públicos-alvo. Os recentes investimentos em política social ao nível nacional, reflectem uma maior preocupação e sensibilização com a ampliação da rede de equipamentos e serviços sociais para idosos, como forma de

promover o combate à pobreza e exclusão social/espacial que afecta muitos idosos, mas também as respectivas famílias.

Contudo, o investimento efectuado neste domínio manifesta ainda grandes insuficiências, quer porque o envelhecimento populacional é uma realidade ainda relativamente recente no nosso país, quer porque os padrões culturais dominantes continuam a dar primazia à família na prestação de cuidados aos seniores.

Retrato Global da Acessibilidade

Uma avaliação global da utilização de respostas sociais pela população sénior, evidencia que estas são ainda pouco utilizadas. Porém, com base nos resultados dos inquéritos realizados ao nível nacional, identificam-se quatro respostas sociais mais relevantes entre os seniores, em virtude de taxas de utilização ligeiramente superiores: centro de dia (2,5%), apoio domiciliário (2,3%), centro de convívio (2,2%) e lar (1,7%). Este retrato acaba por ser, grosso modo, coincidente com os resultados da última Carta Social, uma vez que são estas as respostas sociais mais numerosas ao nível nacional. No ano de 2005, existiam 2.252 serviços de apoio domiciliário para idosos, 1.880 centros de dia, 1.508 lares de idosos e 508 centros de convívio, sendo que as demais respostas sociais ofertas eram pouco significativas (39 residências para idosos, 17 centros de acolhimento temporário de emergência para idosos e 10 centros de noite) (DPPE, 2007). Uma análise detalhada dos serviços disponíveis para idosos será apresentada no Módulo 2.

Todavia, devem ser efectuadas algumas ressalvas aos resultados obtidos através do inquérito, assim como aos próprios referenciais da Carta Social 2005, do MTSS:

- ▶ A taxa de utilização da resposta social lar de idosos encontra-se sub-avaliada, uma vez que o processo de inquirição dirige-se essencialmente a seniores transeuntes. As demais respostas sociais estão também sub-avaliadas, em relação ao público-alvo do estudo - população com 55 ou mais anos - população que maioritariamente ainda apresenta autonomia e independência e é portanto menos utilizadora de respostas sociais;
- ▶ Quanto aos referenciais da Carta Social 2005, também estes se apresentam sub-avaliados, face à identificação de um importante segmento de equipamentos não recenseados na Carta, devido a razões multivariadas, entre as quais se destacam o funcionamento ilegal de alguns equipamentos.

Quadro 65. Utilização de respostas sociais para idosos, 2007 (%)

Tipologia de Resposta Social	Utiliza			Total
	Sim	Não	Não responde	
Apoio Domiciliário	2,3	95,7	2,0	100,0
CAT de Emergência	0,7	97,3	2,0	100,0
Centro de Convívio	2,2	80,0	17,8	100,0
Centro de Dia	2,5	79,1	18,4	100,0
Centro de Férias	0,8	81,0	18,2	100,0
Centro de Noite	0,0	81,3	18,7	100,0
Lar	1,7	79,5	18,7	100,0
Residências	0,2	66,1	33,7	100,0

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

Apoio Domiciliário

O apoio domiciliário constitui a segunda resposta social mais utilizada pela população sénior. Embora não existam disparidades assinaláveis entre os sexos, regista-se uma utilização superior dos indivíduos do sexo masculino (53,3%) comparativamente aos do sexo feminino (46,7%). Esta resposta social consiste na

prestação de cuidados personalizados, no domicílio, sendo os indivíduos do sexo masculino culturalmente mais dependentes da realização deste tipo de tarefas.

A utilização segundo os grupos etários evidencia serem os indivíduos pertencentes aos grupos etários intercalares (65-74 anos e 75-84 anos) os que mais recorrem a este tipo de serviço (40% e 36,7%, respectivamente). A variação da utilização deste serviço com base na idade encontra-se estreitamente relacionada com o aumento da dependência e perda de autonomia associada ao envelhecimento. Os seniores com idades entre os 55 e os 64 anos têm carências menores e são mais auto-suficientes. Porém, é entre os seniores mais idosos (com 85 ou mais anos) que se assinalam as menores utilizações, pois devido à idade avançada os níveis de dependência forçam, em muitos casos, a institucionalização ou a mudança para casa de familiares. Os serviços prestados pelo apoio domiciliário são suprimidos pelos cuidados prestados por familiares ou na instituição.

Uma desagregação segundo a TAU coloca em destaque as APU, em que a respectiva utilização é superior (66,7%) associado à maior fragmentação da estrutura familiar e ao maior isolamento dos idosos em contexto urbano, em contraste com a realidade dos meios rurais.

Quadro 66. Utilização da resposta social apoio domiciliário, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas		
	M	F	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	APU	AMU	APR
Sim	53,3	46,7	16,7	40,0	36,7	6,7	66,7	13,3	20,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Uma análise da utilização desta resposta social segundo o estado civil, permite apurar que são os indivíduos casados que mais recorrem a estes serviços (46,7% do total de utilizadores), seguidos de muito perto pelos indivíduos viúvos (40%). A utilização mais frequente deste serviço encontra-se associada a tipologias de agregado familiar mais reduzidas - 40% dos utilizadores vivem apenas com o respectivo cônjuge e 37% são seniores a viverem sozinhos - o que seria de esperar, pois em agregados familiares mais numerosos, beneficiam do apoio dos seus descendentes e/ou com quem residem.

Entre a população sénior residente em Portugal, verifica-se uma correlação inversa entre a proporção de utilização desta resposta social e a estrutura das receitas médias mensais totais do agregado familiar. Embora a não utilização desta resposta social seja a situação mais comum entre todos os indivíduos das diferentes classes económicas identificadas, verifica-se uma taxa de utilização mais elevada por parte dos indivíduos com menor poder financeiro. Trata-se de um serviço procurado sobretudo por indivíduos com menores rendimentos, o que está relacionado com a própria tipologia de cuidados e serviços em causa, enquanto que os indivíduos com um maior poder económico podem usufruir de tipologias de serviços distintas.

Quadro 67. Utilização da resposta social apoio domiciliário, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Utilização do Apoio Domiciliário			
	Sim	Não	Não Responde	Total
< a 300	3,7	90,9	5,3	100,0
301-750	2,9	95,0	2,0	100,0
751-1.500	2,2	97,8	0,0	100,0
> a 1.501	2,1	97,9	0,0	100,0
Não responde/Não se aplica	1,4	96,8	1,8	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Regista-se uma clara oscilação na utilização do apoio domiciliário em função da variável nível de instrução da população sénior. É entre os indivíduos iletrados ou com baixos níveis de instrução que se registam as

utilizações mais elevadas desta resposta social, enquanto no topo dos níveis de instrução, não se registam utilizações desta resposta social. Esta constatação pode ser explicada pelo facto de a níveis de instrução mais elevados estarem, em geral, associados rendimentos superiores e, portanto, as populações dispõem de uma capacidade económica que lhes possibilita acederem a outro tipo de respostas sociais e serviços.

Quadro 68. Utilização da resposta social apoio domiciliário, por nível de instrução, 2007 (%)

Nível de Instrução	Utilização do Apoio Domiciliário			
	Sim	Não	Não Responde	Total
Analfabeto	2,4	97,6	0,0	100,0
Sabe ler e escrever	0,0	100,0	0,0	100,0
1º Ciclo do EB	2,7	95,2	2,1	100,0
2º Ciclo do EB	1,9	98,1	0,0	100,0
3º Ciclo do EB	0,0	98,7	1,3	100,0
Ensino Secundário	0,0	100,0	0,0	100,0
Ensino Superior	0,0	100,0	0,0	100,0
Não responde	4,0	85,9	10,1	100,0
Total	2,3	95,7	2,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Os motivos que fomentam a utilização deste tipo de resposta social, embora variados, resultam essencialmente da incapacidade dos indivíduos em assegurar a realização das suas tarefas domésticas (23,3%) e da perda de autonomia (16,7%). Contudo, motivações de outra ordem estão também na base da sua necessidade: cuidados médicos continuados (10%); necessidade de prestação de cuidados pessoais (6,7%); impossibilidade de estar sozinho em casa (3,3%).

A escolha do serviço de apoio domiciliário geralmente assenta na proximidade à residência do utente (13,3%), ainda que outros factores possam condicionar a selecção do serviço, tais como o facto de alguns conhecidos, do idoso ou dos seus familiares, já beneficiarem do serviço, a existência de prestação de cuidados nocturnos e de cuidados médicos.

Articulado com a própria natureza deste serviço, verifica-se que metade da população que dele beneficia o utiliza diariamente (50%).

No que se refere à satisfação com o serviço prestado, uma elevada proporção de utentes faz uma avaliação positiva do apoio domiciliário (87%). Metade dos utentes da resposta social avalia como razoável o encargo respeitante à comparticipação familiar, ainda que exista uma heterogeneidade de apreciações a considerar (17% considera caro o pagamento imposto às suas famílias; 7% considera barato e 3% muito caro).

O pagamento deste serviço é assegurado maioritariamente pelo próprio utente (53%) e em 17% dos casos por familiares directos. Responsabilidades partilhadas entre o utente e a família apresentam uma importância residual (7%).

Centro de Convívio

O centro de convívio, a terceira resposta social mais utilizada pela população sénior, tem uma utilização ligeiramente dispar entre os sexos. Entre os indivíduos que referem utilizar estas respostas, 58,6% são do sexo masculino e 41,4% do sexo feminino. A procura superior de actividades socio-recreativas e culturais pelos indivíduos do sexo masculino poderá, entre outros factores, ser explicado pelo facto destes se encontrarem tendencialmente mais livres das tarefas domésticas do que as mulheres.

Quando analisada a utilização segundo os grupos etários, verifica-se que é especialmente nos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade que a utilização é mais elevada (34,5%).

Esta situação justifica-se dado o facto de os seniores mais jovens (55-64 anos) se encontrarem maioritariamente em idade activa e, portanto, não necessitarem nem terem tanto tempo disponível para o usufruto deste tipo de respostas sociais (embora registem uma taxa de utilização apreciável - 31% - o que não pode ser dissociado de reformas obtidas antes dos 65 anos). Entre os seniores mais idosos, verifica-se um decréscimo da utilização dos centros de convívio em relação directa com a crescente perda de autonomia e diminuição da mobilidade.

A utilização do centro de convívio segundo a TAU evidencia uma acentuada dicotomia urbano-rural, uma vez que os utentes desta resposta social se concentram maioritariamente nas APU (75,9%), sendo a utilização nas APR consideravelmente inferior (10,3%). Este diferencial decorre não só da maior concentração dos equipamentos sociais em áreas urbanas associado à existência de densidades populacionais mais elevadas, mas também porque em áreas rurais a população sénior mantém tendencialmente práticas ligadas à agro-pecuária como forma de contribuição para a economia e subsistência familiar e de ocupação dos tempos livres, como modo de colmatar a escassa oferta de equipamentos e serviços que caracteriza estes territórios.

Quadro 69. Utilização da resposta social centro de convívio, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas		
	M	F	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	APU	AMU	APR
Sim	58,6	41,4	31,0	34,5	24,1	10,3	75,9	13,8	10,3

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A maioria dos utentes desta resposta social é casada (51,7%), embora situações de viuvez e de idosos solteiros apresentem também alguma relevância (37,9% e 10,3%, respectivamente), validando assim a importância destes equipamentos como lugares de encontro daqueles que se encontram sós.

A utilização desta resposta social segundo a tipologia do agregado familiar evidencia que os utentes dos centros de convívio se circunscrevem quase exclusivamente a seniores que vivem sozinhos (48,3%) e seniores a residir apenas com o cônjuge (44,8%).

À semelhança da resposta social apoio domiciliário, também a utilização do centro de convívio é tanto menor quanto maiores são os rendimentos dos seniores. É entre os indivíduos com mais baixos rendimentos que ocorrem as taxas de utilização mais significativas, registando-se um paulatino aumento da não utilização, até atingir o valor mais elevado no estrato com maior rendimento.

A motivação que conduz à utilização do centro de convívio é essencialmente a de procura de um espaço onde se possa promover o convívio e a ocupação dos tempos livres (55%). Esta questão assume uma particular pertinência, pois é indicativa da escassa ocupação do tempo que ocorre com a saída dos indivíduos da vida economicamente activa. Em Portugal, não existe ainda uma consciencialização da importância do papel do sénior para o desenvolvimento de inúmeras actividades económica e socialmente relevantes, como o voluntariado, prática muito comum em países da Europa Central.

Quadro 70. Utilização da resposta social centro de convívio, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Utilização do Centro de Convívio			
	Sim	Não	Não Responde	Total
< a 300	5,3	89,3	5,3	100,0
301-750	1,5	96,5	2,0	100,0
751-1.500	3,4	96,6	0,0	100,0
> a 1.501	2,1	97,9	0,0	100,0
Não responde/Não se aplica	1,2	97,0	1,8	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

O factor principal de selecção para a escolha do centro de convívio consiste na proximidade do mesmo à residência dos utentes (35%), o que vem realçar a importância da criação destes equipamentos integrados nos territórios do quotidiano da população sénior, preocupação que nem sempre tem estado presente nas estratégias de planeamento urbano à escala local, um pouco por todo o país.

A frequência de utilização dos centros de convívio é maioritariamente diária (27,6%), embora a frequência semanal seja também significativa (17,2%), donde se conclui a centralidade que esta tipologia de equipamentos assume no quotidiano desta população.

Entre os utentes desta resposta social, prevalece uma avaliação positiva dos serviços de que aí beneficiam (44,8%), à qual se segue a avaliação de razoável (31%), não se identificando ao nível nacional nenhuma avaliação negativa. Para esta leitura favorável concorre, entre outros aspectos, o facto da maioria dos utentes a considerar pouco dispendiosa.

Os encargos financeiros com o centro de convívio são, sobretudo, da responsabilidade dos próprios utentes (35%), ainda que em 14% das situações seja o Estado a assegurar essa comparticipação, em 10% a família e 3,4% o próprio em articulação com a família.

Centro de Dia

O centro de dia representa a resposta social mais utilizada pela população sénior, o que se compreende face à prestação de cuidados e serviços mais elementares desta resposta social e, portanto, a sua importância na manutenção dos indivíduos no seu meio socio-familiar.

Contrariamente ao observado nas respostas sociais antes analisadas, o centro de dia é procurado na grande maioria por indivíduos do sexo feminino (51,5%), embora as diferenças assinaladas nos indivíduos do sexo masculino sejam diminutas (48,5%).

Analisando separadamente os vários grupos etários, verifica-se uma maior utilização dos centros de dia por indivíduos com idade compreendida entre os 75 e os 84 anos (42,4%). Este facto explica-se tendo em atenção que os grupos etários mais jovens possuem tendencialmente níveis de autonomia superiores e, como tal, conseguem realizar as respectivas actividades elementares do seu quotidiano. Por outro lado, aos indivíduos do grupo mais idoso (85 ou mais anos) estão associados níveis de dependência maiores e, assim, esta resposta revela-se insuficiente, procurando estes, em geral, serviços de carácter mais integrado, ao que acresce, por vezes, limitações físicas que acabam por condicionar a utilização desta resposta social.

À semelhança do registado para as demais respostas sociais, também no caso do centro de dia se regista uma dicotomia urbano-rural: às APU está associada uma taxa de utilização perto dos 70%; nas APR a utilização é de apenas 18,2%. Ainda que a explicação desta realidade decorra de uma constelação de factores, destacam-se uma vez mais os padrões locativos dos equipamentos colectivos, que ao nível nacional primam pela concentração em áreas de densidade populacional elevada, assim como o facto de prevalecerem relações de solidariedade familiar mais estruturadas em contexto rural, onde os descendentes directos e indirectos continuam a constituir os principais prestadores de cuidados aos idosos, sendo a intervenção dos cuidadores formais limitada, até por razões de ordem social e cultural.

Quadro 71. Utilização da resposta social centro de dia, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas		
	M	F	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	APU	AMU	APR
Sim	48,5	51,5	27,3	18,2	42,4	12,1	69,7	12,1	18,2

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A maioria dos utentes desta resposta social é viúva (45,5%), mas é também significativa a proporção de utentes casados (33,3%). Ao nível da tipologia do agregado familiar são os seniores que vivem sozinhos que mais recorrem aos centros de dia (66,7%), seguindo-se a dos seniores que vivem apenas com o respectivo cônjuge (30,3%).

Globalmente, é a população sénior mais carenciada que mais recorre a este tipo de resposta social, uma vez que a taxa de utilização mais elevada é identificada entre os indivíduos com receitas mensais médias totais inferiores a 300€. Contudo, importa salientar que ao nível da população sénior com maior capacidade financeira (receitas médias mensais totais superiores a 1.501€) a taxa de utilização é superior à registada nos escalões intermédios.

Uma desagregação dos utentes desta resposta social segundo a estrutura das receitas médias mensais totais e a TAU, evidencia uma notável dicotomia entre os territórios urbanos e os rurais. Verifica-se que enquanto nas APU os indivíduos de todos os níveis económicos utilizam os centros de dia, nas APR o rendimento faz variar significativamente a utilização dos centros de dia, sendo mais elevada entre os seniores com menores recursos económicos, diminuindo significativamente entre os indivíduos do nível económico seguinte (taxa de 3,1%) e sendo nula nos dois estratos económicos superiores.

Quadro 72. Utilização da resposta social centro de dia, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Utilização do Centro de Dia				Utilização (sim) por TAU	
	Sim	Não	Não Responde	Total Global	APU	APR
< a 300	4,8	71,1	24,1	100,0	2,8	9,7
301-750	1,5	65,8	32,7	100,0	1,4	3,1
751-1.500	1,1	81,6	17,3	100,0	1,4	0,0
> a 1.501	2,7	75,7	21,6	100,0	2,6	0,0
Não responde/Não se aplica	2,8	88,9	8,3	100,0	2,5	6,1

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A identificação dos motivos que levam os utentes a utilizar esta resposta social é reveladora de uma procura centrada essencialmente nas necessidades básicas, como a confecção de refeições (18,2%) e a realização de actividades lúdicas (36,4%).

Os critérios de selecção da resposta social, prendem-se em geral e uma vez mais, com a sua proximidade à residência dos utentes (21,2%). Contudo, factores de ordem financeira têm igualmente expressão (preço reduzido, corresponde a 9,1%), assim como a inexistência de outras opções (6,1%). Intrinsecamente associada à natureza da resposta social, a frequência de utilização é maioritariamente diária (54,5%).

A avaliação global que os seniores fazem desta resposta social é maioritariamente favorável (45,5% dos utentes), embora a avaliação razoável seja igualmente significativa (30,3%). Importa ter em atenção que uma vez mais nenhum indivíduo fez uma avaliação de carácter negativo.

No âmbito da avaliação relativa à comparticipação familiar da resposta social, regista-se uma diversidade de opiniões. A maioria dos utentes considera que a referida comparticipação é barata (30,3%), a que se seguem avaliações de caro e razoável com importâncias percentuais iguais (21,2%). Ainda que estatisticamente pouco representativo, importa salientar que 3% da população considera o pagamento efectuado muito caro. O pagamento dos encargos com esta resposta social encontra-se, na sua maioria, afecto ao próprio utente (48,5%), sendo a família a suportar os encargos em 15,2% das situações (6,1% das situações é o próprio indivíduo que efectua o pagamento e em 3% das situações esses encargos são da responsabilidade do Estado).

Lar

A resposta social lar é maioritariamente utilizada por indivíduos do sexo masculino (60,9%), sendo a taxa de utilização registada entre os indivíduos do sexo feminino claramente inferior (39,1%). Esta realidade traduz, por um lado, a menor autonomia que caracteriza os indivíduos do sexo masculino na realização de tarefas domésticas, nomeadamente, ao nível da confecção de alimentos, higiene e conforto habitacional, mas também em termos de cuidados de saúde.

A proporção de utentes desta resposta social aumenta claramente com o avançar da idade: não existe nenhum utente de lar com idades compreendidas entre os 55-64 anos de idade. No grupo etário dos indivíduos com 85 ou mais anos a proporção de utilização é menor que nos dois grupos etários anteriores. A explicação para tal resultado radica no modelo de aplicação do inquérito, que ao ser efectuado essencialmente a transeuntes, condiciona a proporção de indivíduos inquiridos com mais idade, pois como têm menor autonomia e mobilidade, ficam frequentemente confinados aos próprios equipamentos, o que promove a sua sub-representação na amostra obtida.

A utilização desta resposta social, comparativamente com as anteriores, revela um maior antagonismo entre os contextos urbanos e os rurais, na medida em que 52,2% dos utilizadores reside em APU e não foi registada nenhuma utilização em APR. Esta realidade sugere não só a concentração espacial deste tipo de equipamentos em áreas urbanas, por factores de viabilidade financeira inerentes ao investimento, mas também as diferenças nas estruturas e dinâmicas familiares entre os dois contextos, existindo uma maior capacidade efectiva de inter-ajuda em contextos rurais.

Quadro 73. Utilização da resposta social lar de idosos, por sexo, grupos etários e Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Utilizar	Sexo		Grupos Etários				Tipologia das Áreas Urbanas		
	M	F	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	APU	AMU	APR
Sim	60,9	39,1	0,0	30,4	52,2	17,4	52,2	47,8	0,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Os utentes desta resposta social são, na sua maioria, viúvos (73,9%) e, associado a esta condição, seniores a residirem sozinhos (78,3%). Foram ainda identificadas outras tipologias, embora com uma expressão residual (8,7% vivem com o cônjuge; 8,7% o agregado é composto unicamente por descendentes).

A relação entre a utilização da resposta social lar e a estrutura das receitas médias mensais totais, mostra uma redução da utilização com o aumento dos recursos económicos desta população. Entre os factores explicativos que sustentam esta constatação destaca-se o facto de os indivíduos com maior capacidade financeira procurarem, em geral, respostas sociais de grande qualidade para a prestação deste tipo de serviço, até porque contrariamente às respostas sociais anteriormente analisadas pressupõe uma saída da sua habitação. Este facto exemplifica bem a expansão considerável que as residências para idosos, geridas por entidades privadas, têm registado nos últimos anos.

Quadro 74. Utilização da resposta social lar de idosos, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Utilização do Lar			
	Sim	Não	Não Responde	Total
< a 300	2,9	92,2	4,9	100,0
301-750	2,7	95,4	1,9	100,0
751-1.500	0,1	99,9	0,0	100,0
> a 1.501	0,0	100,0	0,0	100,0
Não responde/Não se aplica	1,1	97,2	1,8	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Os motivos que norteiam a institucionalização em lar são essencialmente quatro: necessidade de prestação regular de cuidados (21,7%); motivo de doença (8,7%); incapacidade para realizar as tarefas domésticas (8,7%); evitarem a solidão (4,3%).

Quanto aos motivos que actuaram na escolha do equipamento lar, embora a grande maioria dos utentes não tenha respondido (82,6%), identificaram-se dois critérios: 13% proximidade à residência e 4,3% proximidade à família, esboçando-se assim a preocupação dos utentes e respectivos descendentes em manter os seniores integrados nos seus territórios do quotidiano.

A avaliação global da resposta social lar é maioritariamente positiva (73,9%). Já quanto à avaliação da comparticipação familiar, evidenciam-se algumas diferenças relativamente às demais respostas sociais analisadas, na medida em que 47,8% da população servida considera que esta é razoável e 30,4% considera-a mesmo cara, o que se compreende visto tratar-se de um serviço não parcelar, mas integral de modo a responder à totalidade das necessidades desta população.

O pagamento da comparticipação familiar da resposta social em causa fica maioritariamente a cargo do próprio beneficiário (69,5%), tendo 21,7% referido uma comparticipação partilhada entre o próprio e a família.

3.3. Redes de Sociabilização

No plano individual, o processo de envelhecimento demográfico para além de ficar marcado por significativas alterações fisiológicas e psicológicas, é também acompanhado de transformações sociais importantes, entre as quais a transição da vida economicamente activa para a reforma. Tal conduz os indivíduos a uma vida social cada vez mais restrita, cingindo lentamente as suas relações de sociabilização ao contacto com a família, amigos e vizinhos. Perante este quadro social, as relações inter-pessoais são indispensáveis para a manutenção do equilíbrio e bem-estar dos indivíduos ao longo do seu envelhecimento, compensatório da reestruturação biopsicossocial, ainda que estas devam configurar realidades diferenciadas ao longo dos diferentes estádios de desenvolvimento e ciclo de vida desta população.

A família assume-se naturalmente como um elemento central em todo este processo, pois tal como investigações recentes o têm demonstrado, apesar da oferta de cuidadores formais cada vez mais qualificados e especializados na prestação de serviços à população sénior, a estrutura familiar é insubstituível, pela necessidade que todos os indivíduos têm em manter ao longo de toda a sua vida laços de intimidade, relações de afecto, cumplicidade e conhecimento mútuos. Assim sendo, não obstante as transformações que a concepção tradicional de família tem sofrido, a instituição familiar continua a ser o principal garante da solidariedade e promoção de qualidade de vida dos indivíduos durante a sua velhice.

Para um envelhecimento harmonioso e activo contribuem de um modo particular as relações sociais, sendo a capacidade de interagir fora da esfera familiar fundamental no decurso do processo biológico, progressivo e natural que é o envelhecimento.

No decurso dos últimos anos, inúmeras investigações têm procurado identificar as funções do apoio social no processo de envelhecimento. Não obstante a diversidade de funções apresentadas, destacam-se aqui as estabelecidas por Barron, considerando que as mesmas ilustram as principais razões que explicam o porquê dos indivíduos em conquistar e manter as redes de apoio social. Em primeiro lugar, examina-se a função de apoio emocional, o que remete para as necessidades dos indivíduos se relacionarem com alguém disponível para conversar e para ouvir, traduzindo-se num bem-estar afectivo fundamental para o equilíbrio de cada um. Está-se assim a incentivar a sua participação em actividades sócio-culturais e a manter-se socialmente activo. Em segundo lugar, considerou-se a função de apoio material e instrumental, que consiste nas acções proporcionadas por outras pessoas que permitem à população sénior resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Por fim, considerou-se a função de apoio de informação, processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que

possam ajudá-las a compreender o mundo, a sociedade e as alterações que vão ocorrendo, ajudando-as assim a ajustar-se às mesmas (Barron, 1996).

Saliente-se ainda que comparativamente às estruturas familiares, as redes de apoio social têm a particularidade de estabelecerem relacionamentos de livre escolha. Outro dos aspectos importantes a considerar na promoção do bem-estar dos utentes está relacionado com o facto de existirem amigos e vizinhos da mesma geração.

Estrutura do Agregado Familiar

Em Portugal, prevalece a tipologia de agregado familiar em que o sénior reside apenas com o cônjuge (47,5%), seguindo-se os seniores a residirem sozinhos (31,4%) e os seniores a residirem com o cônjuge e descendentes (12,8%).

Embora a primazia dos agregados familiares compostos pelo sénior a residir com o cônjuge seja independente do nível de urbanidade dos territórios - constitui a tipologia dominante em todas as TAU - assume maior significado nas APU (48,6%). Nas restantes tipologias de agregados familiares, não se assinalam disparidades consideráveis entre as TAU. No entanto, é nas APU que uma maior proporção de idosos reside sozinhos. Nas APR há uma maior relevância no que se refere a seniores a residirem com um idoso, seniores a residirem com descendentes e de sénior a residir com o cônjuge e descendentes. Deste modo, evidencia-se uma maior tendência em contexto rural para a persistência de agregados familiares mais numerosos, vivenciando relações inter-geracionais e de uma maior dinâmica das relações familiares.

Quadro 75. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia do Agregado Familiar	Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	APU	AMU	APR	
Sénior só	31,9	31,3	27,3	31,4
Sénior e cônjuge	48,6	40,6	43,2	47,5
Sénior com um idoso	0,5	1,0	1,5	0,7
Casal com idoso	0,5	0,0	0,8	0,5
Sénior com descendentes	5,0	3,1	7,6	5,1
Casal com descendentes	11,7	20,8	15,9	12,8
Outras	1,1	2,1	3,0	1,4
Não responde	0,6	1,0	0,8	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A tipologia de agregado familiar com base na variável sexo permite retirar importantes conclusões, as quais reflectem traços fundamentais da estruturação familiar na sociedade portuguesa. Verifica-se que as tipologias do agregado familiar compostas por seniores a residirem sozinhos são na sua maioria constituídas por mulheres (59,6%), o que resulta numa maior esperança média de vida face aos homens. Destaque-se ainda o facto das tipologias de agregados familiares em que há idosos a cargo, os indivíduos do sexo feminino registarem igualmente maior importância. Além de se encontrar em concordância com o factor de longevidade das mulheres, delinea também a primazia do papel destas na prestação de cuidados a idosos. Por fim, convém notar que são os seniores do sexo feminino que maioritariamente coabitam com os respectivos descendentes, o que uma vez mais reflecte menor autonomia em termos de mobilidade e defesa e prestação de apoio a filhos e netos.

A análise da tipologia de agregado familiar com base na variável idade, evidencia desde logo que com o aumento da idade aumenta a proporção de seniores a residirem sós, sendo portanto entre os seniores mais idosos que se regista o maior número de famílias unipessoais (58,2%). Nos indivíduos com idades

entre os 65 e os 74 anos, domina claramente a tipologia de seniores a residirem apenas com o cônjuge (*empty nesters*), pois trata-se de um período de vida em que os descendentes terão já na sua grande maioria constituído um agregado familiar autónomo e, como tal, já não coabitam com os seus ascendentes. Entre os indivíduos pertencentes ao grupo etário dos 75 aos 84 anos e dos 85 ou mais anos, a tipologia de agregado familiar de seniores a residirem apenas com o cônjuge vai perdendo gradualmente relevância, associada ao aumento da mortalidade, gerando assim um aumento gradual das famílias de idosos unipessoais.

Quadro 76. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo o sexo, 2007 (%)

Tipologia do Agregado Familiar	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Sénior só	59,6	40,4	100,0
Sénior e cônjuge	40,5	59,5	100,0
Sénior com um idoso	88,9	11,1	100,0
Casal com idoso	66,7	33,3	100,0
Sénior com descendentes	73,5	26,5	100,0
Casal com descendentes	47,3	52,7	100,0
Outras	33,3	66,7	100,0
Não responde	66,7	33,3	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 77. Tipologia do agregado familiar do sénior, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Tipologia do Agregado Familiar	Grupos Etários				Total
	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	
Sénior só	20,7	26,4	48,6	58,2	31,4
Sénior e cônjuge	40,8	59,8	41,4	27,3	47,5
Sénior com um idoso	0,0	1,4	0,6	0,0	0,7
Casal com idoso	0,2	0,8	0,3	0,0	0,5
Sénior com descendentes	6,5	3,2	5,7	7,3	5,1
Casal com descendentes	28,6	7,0	2,1	3,6	12,8
Não responde	0,7	0,6	0,6	1,8	0,7
Outras	2,5	0,8	0,6	1,8	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A análise da tipologia de agregados domésticos segundo a nacionalidade evidencia uma significativa diferença, pois enquanto que entre a população autóctone a tipologia predominante é a de sénior a residir com o cônjuge (47,8%), entre a população de nacionalidade estrangeira é a de sénior a viver com o cônjuge e descendentes (33,3%). De facto, na população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal (nomeadamente ao nível das comunidades africanas), regista-se um perfil etário e um comportamento demográfico bem distinto do observado na sociedade portuguesa. Com efeito, uma das investigações recentes promovidas pelo Observatório da Imigração (OI), concluiu que em 2001 a importância dos nados-vivos filhos de pai e/ou mãe de nacionalidade estrangeira no total de nados-vivos ultrapassava consideravelmente o peso da população de nacionalidade estrangeira na população residente em Portugal. Permitiu ainda concluir que nos últimos anos se tem observado um reforço da importância dos nados-vivos em que pelo menos um dos progenitores tem nacionalidade estrangeira (Rosa, Seabra e Santos, 2003). Deste modo, comprova-se como a demografia portuguesa é sensível à presença de cidadãos de nacionalidade estrangeira e o alcance dos contributos destes para a sociedade, devido a comportamentos culturais e sociais marcados por taxas de natalidade mais elevadas e, subsequentemente, pela existência de famílias mais numerosas.

Analisando a estrutura das receitas médias mensais de cada agregado familiar, verifica-se que é nas tipologias casal com idoso e sénior a residir só que se registam as maiores privações económicas, pois é nestas tipologias que ocorre a maior proporção de famílias com receitas médias mensais inferiores a 300€. No extremo oposto, com maior capacidade financeira, encontram-se as tipologias de agregado familiar casal com descendentes, com uma proporção bastante significativa (10,1%). Por fim, saliente-se que as tipologias de agregados familiares constituídas por seniores e cônjuge, sénior com um idoso e sénior com descendentes são os que registam situações financeiras intermédias.

Quadro 78. Tipologia do agregado familiar da população sénior, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Médias Mensais (€)	Tipologia do Agregado Familiar								
	Sénior Só	Sénior e Cônjuge	Sénior com um Idoso	Casal com Idoso	Sénior com Descendentes	Casal com Descendentes	Não Responde	Outras	Total
< a 300	20,9	11,1	11,1	33,3	16,2	4,7	33,3	27,8	14,1
301-750	27,9	26,2	22,2	0,0	33,8	16,0	22,2	38,9	25,8
751-1.500	7,9	14,3	11,1	16,7	10,3	25,4	22,2	11,1	13,5
> a 1.501	2,2	2,7	0,0	0,0	1,5	10,1	0,0	16,7	3,5
Não responde/Não se aplica	41,1	45,6	55,6	50,0	38,2	43,8	22,2	5,6	43,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Tipologia de Relações Estabelecidas

Um importante indicador de avaliação das redes de solidariedade familiar consiste na avaliação da frequência do contacto dos seniores com os seus descendentes. No que se refere aos descendentes directos de 1º grau (filhos), predomina um contacto regular (56,9%), ao qual se segue um contacto ocasional (22,8%). Somente 7,6% da população sénior revela ter pouca convivência com os seus filhos e 3% não tem qualquer ligação.

Em relação aos netos a situação é idêntica, pois dominam também os contactos regulares (37,8%), mas verifica-se globalmente uma menor frequência destes contactos.

Numa análise por TAU, é nas APR que o contacto regular entre seniores e filhos é mais elevado. Em relação aos netos, verifica-se que o contacto é mais regular nas APU do que nas APR, ao que podem estar associados dois factores. Primeiro devido às fortes migrações dos mais jovens, por motivos económicos ou de estudo, das áreas rurais para áreas urbanas, contribuindo assim para um enfraquecimento dos contactos com os mais idosos, que tendem a permanecer nas áreas rurais. O segundo factor diz respeito à taxa de actividade feminina, que é maior em contextos urbanos, o que justifica que os seniores tenham mais frequentemente netos a seu cargo.

Deste modo, verifica-se que embora a sociedade portuguesa tenha sofrido sucessivas transformações nos últimos anos (com impacto directo nas estruturas e relações familiares), verifica-se uma preservação dos contactos inter-geracionais e das relações familiares. Contudo, em função do território em causa, estas assumem especificidades distintas.

Esta constatação é concordante com a análise da prestação de apoios e ajudas à população sénior segundo o tipo de prestador de cuidados, que permite concluir que a família permanece como a principal entidade prestadora de cuidados aos seus ascendentes, enquanto que os amigos e vizinhos registam um papel bastante residual no apoio e ajudas à população sénior.

Quadro 79. Frequência do contacto dos seniores com os filhos e netos, por sexo, 2007 (%)

Frequência do Contacto	Contacto com Filhos			Contacto com Netos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
Regular	51,6	48,4	100,0	50,7	49,3	100,0
Ocasional	47,0	53,0	100,0	48,1	51,9	100,0
Rara	45,5	54,5	100,0	47,8	52,2	100,0
Não tem contacto	52,5	47,5	100,0	49,3	50,7	100,0
Não se aplica	44,3	55,7	100,0	49,5	50,5	100,0
Não responde	57,1	42,9	100,0	57,1	42,9	100,0
Total	49,6	50,4	100,0	49,6	50,4	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A análise da frequência de contacto com os descendentes (filhos e netos) segundo o género indica a existência de relações diferenciadas com base nessa variável, embora não muito consideráveis. Verifica-se que ao nível nacional, é a população sénior do sexo feminino que tem uma frequência de contacto mais regular com os filhos e os netos (51,6% e 50,7%, respectivamente). Este quadro relacional à escala familiar, é indicativo da importância que as mulheres assumem na educação e na vida dos seus descendentes, reflexo de padrões culturais ainda vigentes, segundo os quais a educação e o cuidado com filhos e netos é uma função principalmente sua.

Trajectórias Migratórias

Entre a população que efectuou trajectórias de migração à escala nacional, a maioria mantém ligações com a sua terra natal (58,2%). Tratam-se de ligações de carácter variado, embora sejam sobretudo laços familiares (55,2%) e em segundo plano, laços de amizade e o facto de possuírem casa própria na terra natal.

Quanto a um eventual regresso, somente 13,3% dos seniores consideram possível essa hipótese. As motivações que levam esta população a querer regressar são, sobretudo, os laços afectivos (51%) que lhes proporcionam uma maior tranquilidade e qualidade de vida (17,7%). Entre os que não consideram a hipótese de regressar, destacam-se três factores: o gostarem de viver onde residem actualmente (16,3%), de terem uma vida familiar e material estruturada no local da sua residência actual (11,4%) e em virtude da inexistência de ligações materiais ou imateriais à sua terra natal (11,1%).

No âmbito das migrações internacionais, o que se destaca em primeiro lugar está associado ao facto de a maioria dos residentes seniores em Portugal que nasceram no estrangeiro, terem efectuado o seu percurso migratório, sobretudo, no período que se seguiu à descolonização: 35,4% chegou a Portugal entre 1975 e 1979 e 29,2% entre 1980 e 1989.

Contudo, o principal motivo de imigração para Portugal é a procura de melhores condições de vida em geral (44%), seguido de motivos familiares (21%), que incluem situações de tomada de decisão dos seus ascendentes, por motivos variados, reagrupamento familiar e outros.

A conservação de ligações ao nível das migrações internacionais é bastante mais considerável (85,4%) do que a registada nas migrações internas. O tipo de ligação dos cidadãos com naturalidade estrangeira ao seu país de origem é de natureza essencialmente afectiva, atendendo a que os factores mais referidos são os laços familiares (85,4%), os laços de amizade (21%), condições materiais e terem adquirido casa própria (10,4%).

Entre esta população regista-se uma maior intensidade das dinâmicas familiares, isto é, 83% dos cidadãos de naturalidade estrangeira apresentam um contacto regular com os filhos, não se registando nenhuma situação de ausência de contacto. Esta constatação adquire ainda maior significado quando comparada com

a realidade subjacente aos cidadãos naturais de Portugal: o seu contacto com filhos, ainda que elevado, é consideravelmente inferior (56,6%), acrescido de 3% que não estabelecem qualquer contacto.

Dado tratarem-se de migrações internacionais e do motivo de imigração para Portugal ser, sobretudo, a busca de melhores condições de vida, verifica-se que 33,3% não visita o seu país de origem, 45,8% visita-o raramente e apenas 4,2% o faz de forma ocasional. Esta situação não apresenta correlação significativa com a situação de entrada e permanência em território nacional, na medida em que 87,5% tem autorização de permanência permanente e 4,2% autorização de permanência temporária.

Considerando que os indivíduos seniores naturais de países estrangeiros residentes em Portugal, em muitos casos desde há décadas, têm a percepção de terem um bom domínio da língua portuguesa (75%) e que estes não apresentam estatutos de irregularidade/indocumentação, verifica-se que as suas dinâmicas de sociabilização não registam constrangimentos consideráveis.

Ainda que o seu processo de integração na sociedade portuguesa não se possa circunscrever às dinâmicas sociais, note-se que 63% não pretende regressar ao seu país de origem, sendo o principal motivo o gosto por viver em Portugal. Contudo, um conjunto mais vasto de motivações concorre para tal decisão: inexistência de ligações materiais e imateriais ao país de origem e motivos familiares, financeiros e políticos.

Impactes das Relações Sociais e Familiares

A qualidade das relações familiares é um factor determinante na qualidade de vida e saúde dos indivíduos e, consequentemente, na promoção de um envelhecimento activo e equilibrado. A comprová-lo constata-se, por exemplo, que a maioria da população inquirida que tem uma percepção de bom estado de saúde regista um contacto regular com os filhos (60%). Concomitantemente, é entre os seniores com uma frequência de contacto regular com os filhos que se verifica uma maior satisfação com a ocupação do tempo livre disponível. Note-se ainda uma correlação positiva entre a frequência dos contactos com os descendentes, designadamente de primeiro grau, e o bem-estar global do sénior e percepções quanto a uma eventual institucionalização.

3.4. Habitação

A este quadro de maior privação económica acresce que a população sénior apresenta ainda uma incapacidade física e psicológica que, no seu conjunto, condicionam diversas acções, entre outras as de proceder a intervenções de conservação, recuperação e restauro das habitações. Esses condicionalismos concorrem para uma degradação do parque habitacional e comprometem a qualidade de vida, as condições de bem-estar e segurança, e promovem um aumento das situações de risco e/ou de acidente.

A inexistência de uma efectiva adaptabilidade habitacional às reais necessidades desta população, articulada com as dificuldades e necessidades inerentes a estados de saúde fragilizados, gera situações de elevada dificuldade de mobilidade, levando-as a permanecer nos seus domicílios por longos períodos de tempo. Esta situação promove um isolamento social dos seniores nas suas próprias habitações, ficando impedidos de aceder a necessidades básicas, tais como o acesso aos cuidados de saúde, realização de compras domésticas ou meras actividades de convívio e de lazer.

Nos últimos anos, cientes destas problemáticas sociais, ao nível da Administração Central e Local têm sido criados instrumentos de apoio aos idosos no domínio habitacional, encontrando-se muitos ainda em fase de lançamento.

Retrato do Parque Habitacional

Regime de Ocupação do Alojamento

A população sénior habita maioritariamente em casa própria (63,8%), embora as situações de arrendamento apresentem também alguma relevância, nomeadamente, o arrendamento total (30,3%). Registe-se a instabilidade e insegurança que afectam cerca de 3% da população inquirida, na dependência de outrem para ter um local para residir (1,8% em situação de cedência gratuita e 1,1% cedência gratuita por familiares).

O regime de ocupação do alojamento desagregado por TAU mostra que em todas as tipologias de áreas urbanas existe um predomínio de casa própria, embora mais relevante nas APR (79,5%). Contrastando com esta realidade, é nas APU que as situações de arrendamento (sobretudo de arrendamento total) registam maior incidência, sendo que nos contextos rurais esta é uma situação pouco comum. É em contextos urbanos que ocorre uma oferta mais diversificada de regimes de ocupação do alojamento, constituindo o arrendamento uma importante resposta habitacional, sobretudo, para as situações de estadia temporária ou de incapacidade económica em aceder a habitação própria.

O regime de ocupação do alojamento regista diferenças em função do género, embora ao nível de ocupação de casa própria e do arrendamento total, homens e mulheres apresentem realidades próximas. As situações de arrendamento parcial são maioritariamente comuns entre os indivíduos do sexo masculino (56,3%, sendo que nas mulheres é de 43,8%), o que remete para as situações de residência em pensões ou partilha de habitações com colegas de trabalho ou conterrâneos. Pelo contrário, as situações de cedência de habitação gratuita, por familiares ou não, tem maior relevância entre as mulheres, visto que estas têm tendencialmente menores recursos económicos e beneficiam de uma maior protecção e apoio familiar, associado às respectivas representações sociais mais vulneráveis.

Quadro 80. Regime de ocupação do alojamento, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Regime de Ocupação do Alojamento	Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	APU	AMU	APR	
Arrendamento parcial	1,5	0,0	0,0	1,2
Arrendamento total	34,4	6,3	13,6	30,3
Casa própria	60,9	76,0	79,5	63,8
Cedência gratuita	1,4	3,1	4,5	1,8
Cedência gratuita por familiares	1,0	0,0	2,3	1,1
Institucionalizado	0,5	14,6	0,0	1,5
Não responde	0,3	0,0	0,0	0,2
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Quadro 81. Regime de ocupação do alojamento, segundo o sexo, 2007 (%)

Regime de Ocupação do Alojamento	Sexo		
	Feminino	Masculino	Total
Arrendamento parcial	43,8	56,3	100,0
Arrendamento total	51,1	48,9	100,0
Casa própria	49,3	50,7	100,0
Cedência gratuita	54,2	45,8	100,0
Cedência gratuita por familiares	57,1	42,9	100,0
Institucionalizado	25,0	75,0	100,0
Não responde	66,7	33,3	100,0
Não se aplica	0,0	100,0	100,0
Total	49,6	50,4	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A capacidade económica difere em função do sexo dos indivíduos, com repercussões em vários domínios, em particular na habitação, o que a torna numa variável a analisar. Com efeito, constata-se que em indivíduos do sexo feminino prevalecem receitas médias mensais tendencialmente baixas: são maioritariamente as mulheres que auferem receitas iguais ou inferiores a 300€ (56,1%). Pelo contrário, nas receitas médias mensais de nível superior, dominam os indivíduos do sexo masculino, registando-se a maior diferença entre os sexos no escalão das receitas iguais ou superiores a 1.501€ (61,7% dos seniores que auferem este montante mensal são homens).

Quadro 82. Estrutura das receitas mensais totais, segundo o sexo, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Sexo		
	Feminino	Masculino	Total
< a 300	56,1	43,9	100,0
301-750	50,6	49,4	100,0
751-1.500	38,5	61,5	100,0
> a 1.501	38,3	61,7	100,0
Não responde/Não se aplica	51,3	48,7	100,0
Total	49,6	50,4	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

As diferenças no regime de ocupação do alojamento sustentadas na variável idade são pouco significativas. Contudo, embora o regime de ocupação de casa própria seja maioritário em todos os grupos etários, com o aumento da idade, a proporção de indivíduos que reside na sua própria casa tende a diminuir. Dos indivíduos com idades entre os 55-64 anos de idade, 67,7% reside em casa própria. Nos seniores com idades mais avançadas (75-84 anos e com 85 ou mais anos) esta tipologia de ocupação do alojamento ronda os 58%. Note-se que as situações que indiciam maior vulnerabilidade habitacional ocorrem entre a população sénior mais idosa; é nos grupos etários 75-84 anos e 85 ou mais anos que as tipologias de arrendamento parcial e cedência gratuita por familiares têm maior significado. Por fim, note-se que as situações de institucionalização apresentam uma correlação directa com o aumento da idade, o que decorre do aumento da dependência em virtude da perda de funcionalidades.

Quadro 83. Regime de ocupação do alojamento, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Regime de Ocupação do Alojamento	Grupos Etários					
	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	Não Responde	Total
Arrendamento parcial	1,4	1,0	1,2	1,8	0,0	1,2
Arrendamento total	28,6	30,2	32,3	30,9	50,0	30,3
Casa própria	67,7	65,0	58,0	58,2	50,0	63,8
Cedência gratuita	1,8	1,6	1,8	3,6	0,0	1,8
Cedência gratuita por familiares	0,2	0,8	2,1	3,6	0,0	1,1
Institucionalizado	0,0	1,2	3,9	1,8	0,0	1,5
Não responde	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,2
Não se aplica	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A análise do regime de ocupação do alojamento de acordo com a nacionalidade evidencia uma acentuada diferença entre cidadãos portugueses e cidadãos estrangeiros. Os primeiros residem maioritariamente em habitação própria (64%), enquanto que entre os segundos prevalece o regime de arrendamento total (72%). Entre os factores que explicam esta dicotomia, importa salientar que: os cidadãos de nacionalidade estrangeira, ao serem afectos aos trabalhos socialmente mais desvalorizados e mal remunerados, têm menor possibilidade em adquirir casa própria (tal como apurado, 50% dos seniores estrangeiros têm receitas médias mensais inferiores ou iguais a 500€, enquanto que apenas 29,3% dos seniores autóctones se

encontram nesta situação). Destacam-se os factores associados ao estatuto legal, uma vez que os processos subjacentes à aquisição de casa exigem um conjunto de parâmetros a este nível, aos quais estes cidadãos não conseguem dar resposta.

Tipo de Habitação

A população sénior reside maioritariamente em apartamentos (58,9%), ainda que as moradias registem um significado considerável (32,8%). Quando relacionada a tipologia de habitação com o nível de urbanidade, identifica-se uma dicotomia entre APU e APR, porque enquanto nas primeiras a população reside, sobretudo, em andares (68,3%), nas APR predominam claramente as moradias (93,9%). Refira-se ainda que as APU apresentam a particularidade de aglutinarem tipologias habitacionais muito diversas, algumas das quais apenas existentes neste quadro territorial (alojamentos não clássicos, andar PER ou andar social). Torna-se assim evidente uma maior precariedade habitacional, que contrasta com um padrão mais homogéneo do parque habitacional nas APR.

Quanto ao tipo de habitação, saliente-se ainda que na tipologia andar social há um predomínio de cidadãos de nacionalidade estrangeira (72%) contra somente 3,8% dos cidadãos portugueses.

Quadro 84. Tipo de habitação, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipo de Habitação	Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	APU	AMU	APR	
Alojamento não clássico	0,3	0,0	0,0	0,2
Andar	68,3	28,1	3,0	58,9
Andar PER	0,4	0,0	0,0	0,3
Andar social	5,7	0,0	0,0	4,8
Moradia	23,4	55,2	93,9	32,8
Parte da casa	0,7	1,0	0,8	0,8
Não responde	0,5	1,0	2,3	0,8
Não se aplica	0,5	14,6	0,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Estado de Conservação

A avaliação do estado de conservação dos alojamentos onde reside a população sénior indica que, de um modo geral, e na sua maioria, as habitações se encontram em bom (40,3%) ou razoável estado (37,2%). Não obstante, é importante não negligenciar que 17,4% da população sénior vive em habitações que precisam de pequenas intervenções de recuperação ou reconstrução e que 4,8% vive em edifícios degradados.

Uma análise do estado de conservação dos alojamentos de acordo com a idade da população, revela que embora nos quatro grupos etários considerados a maioria da população resida em habitações em estado de conservação bom ou razoável, é nos dois grupos etários dos mais idosos que se registam as proporções mais elevadas de necessidades de pequenas intervenções e de estados habitacionais degradados. As habitações que precisam de grandes obras de recuperação mostram uma correlação directa, com o aumento da idade. Esta situação está associada, entre outros factores, à menor vitalidade física e psicológica dos indivíduos para empreenderem intervenções de restauro e conservação dos alojamentos de que são arrendatários, e porque, como se verificou anteriormente, quanto mais avançada é a idade, maior é o número de indivíduos que reside em casa arrendada e portanto depende da iniciativa dos proprietários.

Quadro 85. Estado de conservação do alojamento, segundo os grupos etários, 2007 (%)

Estado de Conservação do Alojamento	Grupos Etários				Total
	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	
Bom	53,7	36,0	29,9	38,2	40,3
Razoável	30,4	41,6	39,9	32,7	37,2
A precisar de pequenas intervenções	10,6	15,2	18,7	16,4	17,4
Degradado (a precisar de grandes obras)	3,7	4,2	6,0	10,9	4,8
Não responde	1,6	3,0	5,4	1,8	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Saliente-se ainda que os alojamentos que precisam de intervenções ou mesmo de grandes obras de reparação, atingem em maior número a população sénior com menores rendimentos e, consequentemente, com menor capacidade financeira para as efectuar. Deste modo, promove-se uma gradual degradação das condições habitacionais e da qualidade de vida dos respectivos moradores. Parece assim evidente que em espaços residenciais habitados maioritariamente por seniores carenciados, o parque habitacional apresente um avançado estado de degradação e se registem situações de acidentes domésticos e maiores obstáculos à mobilidade.

Quadro 86. Estado de conservação do alojamento, segundo a estrutura das receitas mensais totais, 2007 (%)

Estrutura das receitas mensais totais (€)	Estado de Conservação do Alojamento				Total
	Bom	Razoável	A Precisar de Pequenas Intervenções	Degradado	
Até 150	1,3	0,2	2,1	3,2	1,1
151-300	7,9	13,8	21,6	19,0	13,1
301-500	12,5	16,1	19,1	20,6	15,5
501-750	9,2	12,0	11,3	4,8	10,3
751-1.000	12,7	6,1	4,6	3,2	8,3
1.001-1.500	6,9	5,7	1,0	1,6	5,2
1.501-2.500	3,6	1,0	0,5	0,0	1,9
2.501-5.000	1,9	0,4	0,0	0,0	0,9
> a 5.001	1,7	0,0	0,5	0,0	0,8
Não responde/Não se aplica	42,3	44,7	39,2	47,6	43,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Infra-Estruturas e Equipamentos

Ao nível das infra-estruturas essenciais ainda se encontram situações em que os seniores residem em habitações sem cozinha, água canalizada, sistema de esgotos e/ou instalações sanitárias, o que constitui um indicador da pobreza e exclusão social dos idosos na sociedade portuguesa. É nas APR que se registam as maiores carências de infra-estruturas essenciais. Esta situação revela-se um bom indicador que permite avaliar as condições de vida deste estrato populacional. Quanto aos equipamentos de apoio ao trabalho doméstico, existem igualmente carências, considerando que nem todos os idosos dispõem de utilitários que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida (por exemplo: máquina de lavar roupa; fogão; frigorífico). É curioso notar que a totalidade dos indivíduos dispõe de telefone e que a proporção dos que dispõem de televisão é a mesma dos que têm instalações sanitárias completas (96%).

Quadro 87. Infra-estruturas de que o alojamento dispõe, 2007 (%)

Infra-Estruturas Essenciais	%	Equipamento de Apoio ao Trabalho Doméstico	%	Áudio/Vídeo e Comunicações	%
Cozinha	97	Fogão	97	Telefone	100
Água canalizada	97	Máquina de lavar roupa	92	Telemóvel	65
Sistema de esgotos	95	Frigorífico	97	Televisão	96
Instalações sanitárias completas	96			Computador com internet	16

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

3.5. Tempos livres

A transição da vida activa para a reforma constitui uma mudança significativa na vida dos indivíduos. Em Portugal, existem ainda representações sociais cépticas ou muito pessimistas quanto a esta mudança, por parte da população sénior assim como da população em geral, que estão associadas a uma desvalorização deste período de vida. Efectivamente, a valorização do indivíduo ainda se encontra muito centrada na actividade profissional e produtiva (ISS, 2007). Persiste haver uma ausência de consciencialização deste período da vida. O sénior poderá desempenhar um papel mais abrangente e activo na família e na sociedade em geral, associado à maior disponibilidade de tempo livre, e valorizando-se pessoal e profissionalmente.

A fraca sensibilidade e valorização desta fase da vida traduz-se, na prática, numa diminuta oferta de equipamentos sociais como espaços de confraternização, convívio e realização de actividades lúdico-recreativas, assim como numa diminuta oferta de Programas da Administração Central vocacionados para esta temática. Contudo, nos anos mais recentes, regista-se um aumento considerável de projectos por parte da Administração Local, em consequência do aumento da esperança média de vida e da maior sensibilização dos técnicos e responsáveis para esta problemática.

Deste modo, é importante conhecer como a população sénior ocupa os seus tempos livres, pois tal terá repercussões ao nível da sua satisfação/realização pessoal e no seu bem-estar global e promoção de um envelhecimento activo.

A importância de uma efectiva e diversificada ocupação dos tempos livres constitui-se como uma determinante no bem-estar da população sénior: 70,1% da população que considera ter um bom estado de saúde, mostra-se igualmente satisfeita com a ocupação do seu tempo livre. A consciencialização desta realidade, explica o crescente investimento, público e privado, em actividades e serviços que se destinam a proporcionar à população sénior uma ocupação diversificada dos tempos livres.

Satisfação com a Ocupação dos Tempos Livres

A grande maioria da população sénior residente em Portugal considera-se satisfeita (71,7%) com a forma como ocupa os seus tempos livres. O grau de satisfação segundo o sexo revela que os indivíduos de ambos os sexos se encontram maioritariamente satisfeitos. Já quanto ao grau de satisfação segundo a TAU apresenta variações significativas. Assim, é nas APR que se regista a avaliação mais positiva (a proporção de indivíduos que considera estar totalmente satisfeito é superior à registada nas APU: 12,1% e 8,9%, respectivamente). Acresce realçar que é exclusivamente em territórios rurais que não ocorrem percepções de total insatisfação.

Quadro 88. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Nível de Satisfação	Tipologia das Áreas Urbanas			Total
	APU	AMU	APR	
Totalmente Satisfeito	8,9	14,6	12,1	9,6
Satisfeito	74,2	55,2	62,9	71,7
Insatisfeito	9,1	6,3	7,6	8,8
Totalmente Insatisfeito	0,9	1,0	0,0	0,8
Não responde	6,9	22,9	17,4	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A análise do grau de satisfação dos seniores com os seus tempos livres é bastante similar nos vários níveis de instrução. Todavia, verifica-se que entre a população com níveis de instrução mais elevados a

proporção dos totalmente satisfeitos adquire maior relevância. Pelo contrário, é entre a população menos instruída que os níveis de maior ou total insatisfação adquirem maior significado.

Quadro 89. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, por nível de instrução, 2007 (%)

Nível de Instrução	Nível de Satisfação					Total
	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	Não Responde	
Analfabeto	3,5	75,3	14,1	3,5	3,5	100,0
Sabe ler e escrever	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
1º Ciclo do EB	6,8	76,0	8,5	0,7	8,0	100,0
2º Ciclo do EB	14,8	68,4	6,5	1,9	8,4	100,0
3º Ciclo do EB	6,6	75,0	6,6	0,0	11,8	100,0
Curso médio	17,1	71,4	5,7	0,0	5,7	100,0
Ensino Secundário	14,3	71,4	8,6	0,0	5,7	100,0
Ensino Superior	36,5	51,9	7,7	0,0	3,8	100,0
Não responde	10,1	48,5	13,1	0,0	28,3	100,0
Total	9,6	71,7	8,8	0,8	9,1	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Em estreita relação com os níveis de instrução, registam-se também diferenças na avaliação dos tempos livres, atendendo ao nível de rendimento. De facto, embora em todas as classes de receitas médias mensais consideradas o nível de satisfação dominante seja o de satisfeito, esboçam-se ligeiras diferenças. Entre a população com maior privação económica (receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€), a proporção de indivíduos que se encontram totalmente satisfeitos é diminuta (5,9%), sobretudo, quando comparada com a proporção daqueles que se encontram insatisfeitos (11,2%). Pelo contrário, entre a população com maior poder económico, a proporção de indivíduos que se encontra totalmente satisfeita com a ocupação dos seus tempos livres é superior à dos restantes níveis de rendimento. Desta leitura depreende-se que quanto maior é a capacidade económica dos indivíduos, maior é a sua satisfação global com a ocupação que fazem dos tempos livres, dado terem possibilidade de aceder a mais e melhores serviços, equipamentos e actividades.

Quadro 90. Nível de satisfação dos seniores quanto à ocupação dos tempos livres, segundo o rendimento, 2007 (%)

Estrutura das Receitas Mensais Totais (€)	Nível de Satisfação					Total
	Totalmente Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Totalmente Insatisfeito	Não Responde	
< a 300	5,9	69,5	11,2	0,0	13,4	100,0
301-750	9,6	71,3	10,8	0,6	7,6	100,0
751-1.500	10,1	68,7	12,8	0,6	7,8	100,0
> a 1.501	18,9	67,6	5,4	2,7	5,4	100,0
Não responde/Não se aplica	10,2	73,3	5,8	1,2	9,5	100,0
Total	9,6	71,7	8,8	0,8	9,1	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Actividades desenvolvidas nos Tempos Livres

Quanto às actividades que os seniores desenvolvem nos seus tempos livres, as mais frequentes são ver televisão (90,6%), passeios a pé (76,4%), convívio com a família e amigos (74,2%) e a leitura (63,7%). Parte significativa dos seniores (44,2%) integra também os trabalhos domésticos no quadro da ocupação dos seus tempos livres. Pelo contrário, entre as actividades menos praticadas contam-se frequentar bibliotecas (9,9%), desenvolver acções de voluntariado (8,4%) e estudar (8,0%).

No que respeita à periodicidade, constata-se que ver televisão se destaca claramente entre as actividades que são desenvolvidas diariamente (53,6% dos seniores) seguida do convívio diário com a família e amigos (30,2% dos inquiridos).

Uma análise das actividades de ocupação dos tempos livres focada exclusivamente nos indivíduos que as realizam diariamente, indica diferenças baseadas no sexo. As actividades ligadas ao estudo e ver televisão revelam um perfil semelhante entre homens e mulheres, o que se encontra estreitamente associado ao facto da primeira ter pouca expressão entre indivíduos seniores e a segunda, pelo contrário, constituir a actividade mais amplamente generalizada entre este estrato etário. Porém, identificam-se actividades que são efectuadas predominantemente pelos indivíduos do sexo feminino, como é o caso dos trabalhos domésticos e a prestação de cuidados a familiares. Estas constatações são o reflexo dos padrões sociais e culturais vigentes, segundo os quais as tarefas relacionadas com a casa e os cuidados familiares são da responsabilidade das mulheres, valores dominantes sobretudo entre a população mais envelhecida. Outras actividades de ocupação dos tempos livres predominam mais nos homens, traduzidas em actividades de aprendizagem (utilização de computador com internet e leitura diárias), convívio e sociabilização (convívio diário com a família e amigos, prática de *hobbies*, jogos e desporto). A heterogeneidade nas actividades realizadas diariamente deve-se ao facto das mulheres seniores terem uma parcela significativa do seu tempo livre ocupada com tarefas domésticas e familiares, restando-lhes pouco tempo para a prática de actividades fora da residência e que promovam a sua sociabilização. Acresce que, devido a factores culturais e sociais, as mulheres apresentam uma menor motivação e predisposição para a realização dessas actividades.

Em algumas das principais actividades desenvolvidas pelo conjunto da população sénior nos tempos livres, identificam-se importantes diferenças de base territorial. A ocupação mais relevante dos tempos livres - ver TV - verificou-se ser uma actividade diária sobretudo nas APR (77,3%), comparativamente com as APU (47%), reveladora das diferenças de acesso/oferta de actividades de tempos livres entre ambas. Pelo contrário, no que respeita às actividades de leitura, estas ocorrem com maior frequência diária nas APU do que nas APR. À população rural estão associados níveis de instrução globalmente inferiores, o que explica uma menor, ou mesmo nula, adesão a actividades de leitura e acesso à informação.

Quadro 91. Actividades de ocupação dos tempos livres dos seniores realizadas diariamente, segundo o sexo, 2007 (%)

Actividades Diárias de Ocupação dos Tempos Livres	Sexo	
	Feminino	Masculino
Estudar	50,0	50,0
Trabalhos domésticos	88,3	11,7
Cuidados familiares	66,1	33,9
Ver televisão	52,0	48,0
Dedicar-se à leitura	45,7	54,3
Computador com Internet	31,1	68,9
Convívio com família e amigos	45,4	54,6
Passeios a pé	47,9	52,1
Prática desporto	42,9	57,1
Prática <i>hobbies</i> , jogos	20,7	79,3

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A Prática de Viajar

A afirmação e expansão do fenómeno turístico é, de acordo com Ferreira (2004), uma das tendências pesadas que, no plano social e económico, marca de forma indelével a história do século XX, mormente a partir dos anos 50. É neste contexto de crescimento acelerado dos fluxos turísticos internacionais, que se regista uma evolução recente do mercado turístico sénior, que à escala europeia e internacional se tem pautado por uma assinalável dinâmica de crescimento. Daí advém que entre 1990 e 2000, o seu quantitativo mais do que duplicou. De um valor estabilizado e consensual de cerca 41 milhões de viagens

internacionais em 1990, tendo como destino a Europa, em 2000, a dimensão deste mercado rondava um valor entre os 74 e os 85 milhões de viagens. De salientar ainda que o mercado turístico sénior, para além do seu peso crescente em termos absolutos, tem registado um desempenho acima dos valores médios para o turismo internacional no seu conjunto, à escala nacional e internacional, sendo um dos segmentos que tem tido uma expansão mais significativa.

A análise dos fluxos turísticos de seniores residentes em Portugal revela que se trata de uma prática que ainda não atinge metade deste segmento populacional, dado que apenas 46,3% da população costuma viajar. Todavia, estes fluxos são maioritariamente desenvolvidos por indivíduos do sexo masculino, pois entre a população sénior que viaja, 52,9% são homens e 47,1% são mulheres.

Os hábitos de viagem têm uma relação inversamente proporcional à idade; esta prática decresce significativamente com o aumento da idade, pois considerando apenas o universo da população sénior que viaja, 41,3% tem idades entre os 55 e os 64 anos, 36,4% entre os 65 e os 74 anos, 20,7% entre os 75 e os 84 anos e somente 1,3% da população que viaja tem 85 ou mais anos. Os factores de perda de autonomia e de funcionalidades, decorrentes do aumento da idade, geram uma menor predisposição ou mesmo uma incapacidade para se deslocarem.

Observa-se também uma forte correlação entre os hábitos de viajar e o nível de instrução, pois se entre a população sénior iletrada ou apenas com o 1º Ciclo do Ensino Básico a maioria não viaja, o mesmo já não se verifica nos restantes níveis de instrução. Há um aumento progressivo dos hábitos de viajar entre os indivíduos com níveis de instrução de ensino secundário e de ensino superior.

O estado civil influi também sobre a predisposição dos seniores para viajar. Com efeito, da população sénior casada a maioria (51,6%) viaja regularmente, enquanto que entre os indivíduos solteiros e viúvos a maioria não é uma prática habitual (55,6% e 67,4%, respectivamente).

O mercado turístico sénior revela uma variação em função do nível de urbanidade dos territórios, sendo uma prática usual em APU (quase metade da população sénior aí residente costuma viajar), menos frequente em AMU (pouco mais de 1/3 dos seniores aí residentes), e ainda menos significativa em territórios rurais, em que só 1 em cada 4 idosos viaja por lazer.

Quadro 92. Hábitos de viajar entre a população sénior, segundo a Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Costuma Viajar	Tipologia das Áreas Urbanas		
	APU	AMU	APR
Sim	49,2	37,5	28,8
Não	50,4	61,5	70,5
Não Responde	0,5	1,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Relativamente aos destinos de viagem, as viagens para destinos nacionais são claramente predominantes (75%) e mais frequentes, em comparação com as viagens para o estrangeiro (8%). Cerca de 17% dos seniores afirma viajar tanto em Portugal como para o estrangeiro.

O Associativismo

Entre a população sénior residente em Portugal não existe uma cultura generalizada de associativismo: cerca de 2/3 dos seniores não apresenta qualquer envolvimento associativo e apenas 18% revela um grau de associativismo pontual (membro ou associado de uma única instituição).

O associativismo apresenta-se como uma actividade desenvolvida predominantemente por indivíduos do sexo masculino.

Quanto aos grupos etários, identificam-se duas particularidades relevantes: por um lado, é entre os seniores mais jovens (55-64 anos) que ocorrem as situações de maior envolvimento associativo (este maior dinamismo no grupo etário mais jovem e menos significativo entre os indivíduos mais idosos reflecte, entre outros factores, o decréscimo das capacidades globais associadas ao avançar da idade); por outro, constata-se que os seniores de idade mais avançada (85 e mais anos) não são o segmento que revela menor grau de associativismo, mantendo ligações, ainda que pontuais, com alguma entidade/instituição.

Quadro 93. Grau de Associativismo dos seniores por sexo e grupos etários, 2007 (%)

Grau de Associativismo	Sexo			Grupos Etários		
	M	F	55-64	65-74	75-84	85+
Significativo	8,4	1,7	6,7	4,2	4,5	3,6
Pontual	21,3	14,8	16,8	20,0	15,7	25,5
Nulo	60,3	74,1	67,3	66,0	69,5	61,8
Não responde	10,0	9,4	9,2	9,8	10,3	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Uma análise detalhada pelas TAU, revela que independentemente do nível de urbanidade dos territórios onde reside a população sénior, há uma primazia do grau de associativismo nulo em todas elas. Contudo, as APU assumem uma certa singularidade, devido à clara superioridade ao nível dos extremos, isto é, constituem os territórios onde há uma maior proporção de associativismo nulo (71,6%) e simultaneamente de um associativismo mais significativo (5,7%).

Quadro 94. Grau de Associativismo dos seniores, por Tipologia das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Grau de Associativismo	Tipologia das Áreas Urbanas			
	APU	AMU	APR	Total
Significativo	5,7	2,1	1,5	5,1
Pontual	19,7	8,3	11,4	18,1
Nulo	71,6	35,4	53,0	67,1
Não responde	2,9	54,2	34,1	9,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

A Religião

A prática da religião constitui igualmente um campo a considerar na ocupação dos tempos livres. Verifica-se que a população sénior tem uma frequência de deslocação ao local de culto maioritariamente rara (51,2%), embora para mais de 1/3 dos seniores a frequência seja semanal. É sobretudo uma prática feminina (55,7%), ainda que as diferenças com os indivíduos do sexo masculino não sejam muito relevantes (44,3%).

Quadro 95. Deslocação ao local de culto, segundo o sexo, 2007 (%)

Deslocação ao Local de Culto	Sexo		
	Feminino	Masculino	Total
Vai	55,7	44,3	100,0
Não vai	30,4	69,6	100,0
Não responde	44,4	55,6	100,0
Total	49,6	50,4	100,0

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Uma desagregação segundo a tipologia urbano-rural evidencia como a deslocação ao local de culto regista maior primazia em contexto rural: enquanto que nas APR 37% da população sénior vai ao local de culto todas as semanas, nas APU essa proporção é consideravelmente inferior (26,2%). Em territórios rurais a religião continua a influenciar mais os quotidianos desta população. Por outro lado, o facto das populações em contextos urbanos beneficiarem de uma maior oferta de equipamentos e serviços de lazer e tempos livres, desvaloriza a ida ao local de culto, em detrimento de outras opções.

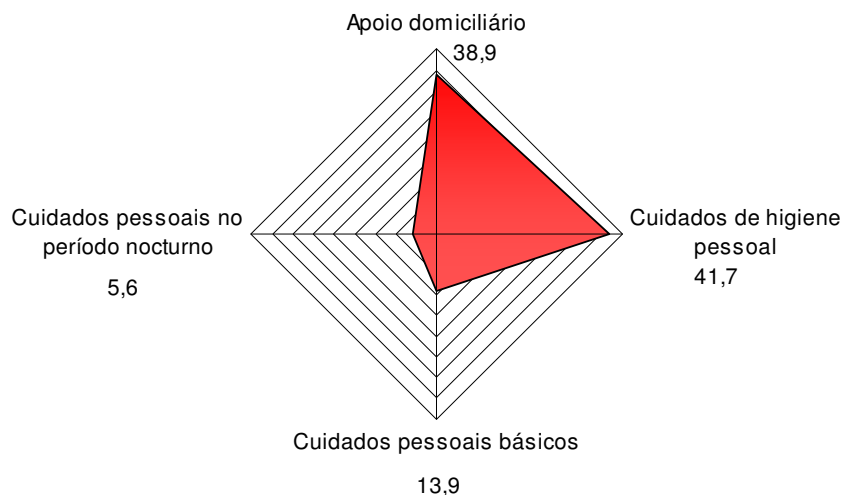
3.6. Percepção global das principais necessidades

Numa fase de conhecimento e caracterização da realidade da população sénior residente em Portugal, a identificação e análise das suas principais necessidades revela-se essencial. Para tal, adoptou-se a metodologia de análise da sua percepção de necessidades, avaliação esta que reflecte as principais limitações e dificuldades desta população. Esta análise foi realizada segundo grandes domínios, considerados centrais num processo de envelhecimento activo.

Cuidados Pessoais

As principais necessidades da população sénior de cuidados de saúde estão nos cuidados de higiene (41,7%), o que, em larga medida, se encontra associado à perda de autonomia por questões de saúde ou insegurança na capacidade de realização de tarefas básicas, como o tomar banho ou vestir-se. É relevante também a necessidade de apoio domiciliário, que corresponde, por exemplo, a uma visão integrada das necessidades dos indivíduos (38,9%) e a prestação de cuidados básicos (13,9%). Com diminuta importância, regista-se a necessidade de cuidados no período nocturno (5,6%).

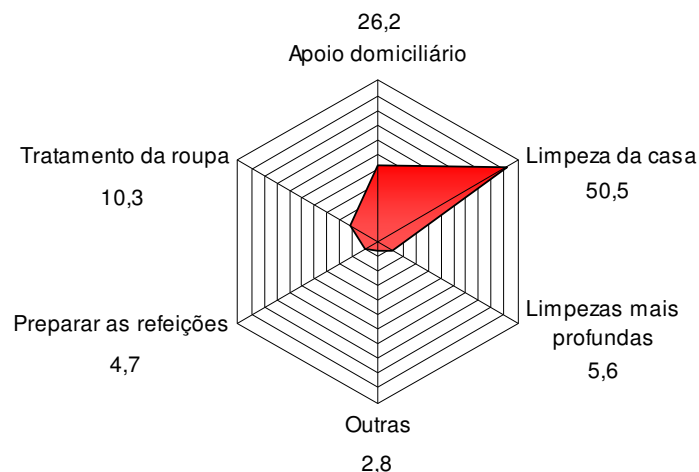
Figura 33. Principais tipologias de necessidades ao nível dos cuidados pessoais, 2007 (%)



Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Tarefas Domésticas

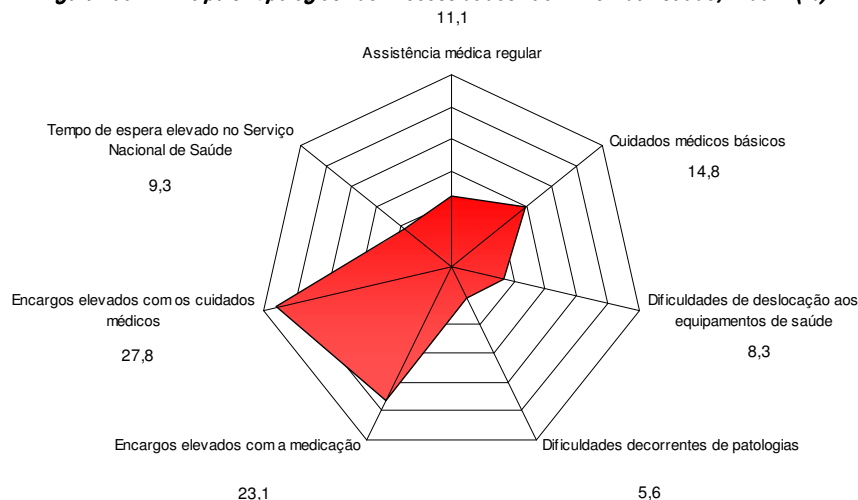
Neste domínio a população sénior apresenta uma multiplicidade de necessidades. Contudo, a limpeza da casa constitui-se como a principal, reunindo metade das citações (50,5%). A necessidade de apoio domiciliário (26,2%) reflecte necessidades associadas às tarefas da casa na sua globalidade. O tratamento da roupa constitui a terceira maior necessidade ao nível das tarefas domésticas.

Figura 34. Principais tipologias de necessidades ao nível das tarefas domésticas, 2007 (%)

Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Saúde

De entre as necessidades ao nível da saúde, ainda que a grande maioria da população sénior não tenha respondido a esta questão (aproximadamente 90%), foi possível identificar um vasto conjunto de necessidades. Os encargos financeiros surgem como as necessidades mais mencionadas, designadamente, os elevados encargos com os cuidados médicos (28%), o que inclui custos com as consultas no SNS e no sector privado, com os meios complementares de diagnóstico, entre outros, seguidos dos elevados encargos com a medicação (23%). A necessidade de cuidados médicos básicos (15%), é indicativo de que por motivos de ordem diversa (financeira, mobilidade, ou dependência) existe população privada de assistência médica elementar.

Figura 35. Principais tipologias de necessidades ao nível da saúde, 2007 (%)

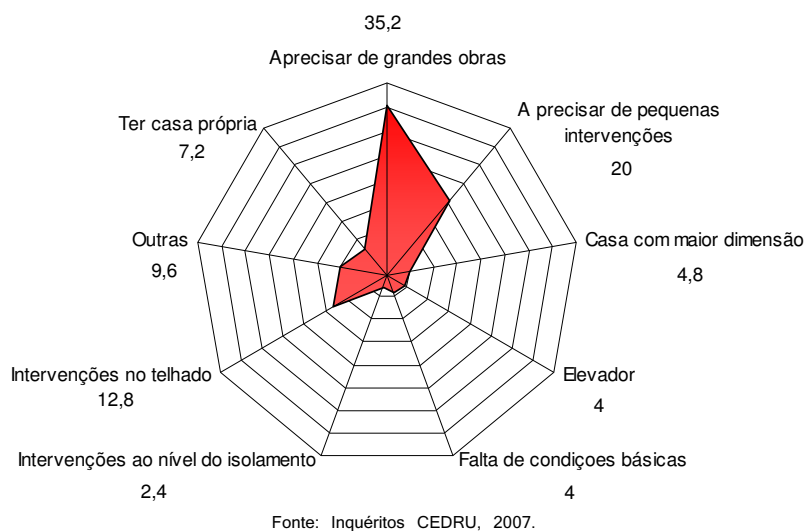
Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Habitação

No domínio da habitação, a população com 55 ou mais anos residente em Portugal regista essencialmente duas grandes necessidades de apoios/ajudas: realização de grandes obras de reparação da habitação (35,2%) e pequenas intervenções de reparação (20%). São apresentadas outras necessidades associadas à habitação, com uma significância estatística moderada ou fraca: intervenções ao nível dos telhados (12,8%),

aquisição de residência própria (7,2%), ter uma casa de maior dimensão (4,8%), ter elevador (4%), ter condições básicas (4%) e realizar intervenções ao nível do isolamento acústico (2,4%).

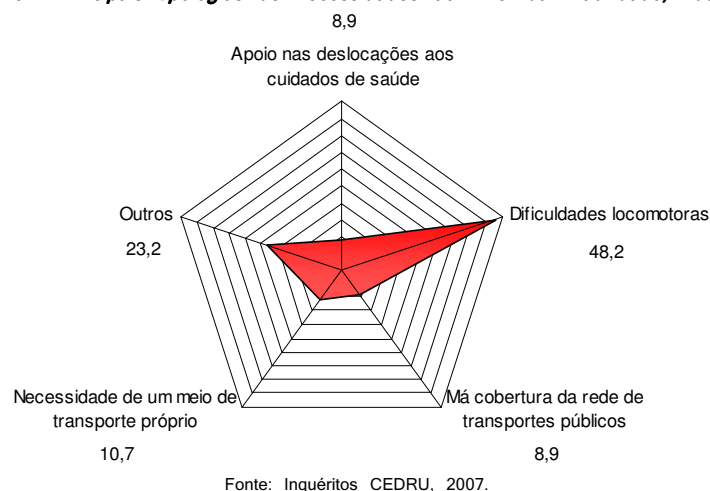
Figura 36. Principais tipologias de necessidades ao nível da habitação, 2007 (%)



Mobilidade

Com o avançar da idade, a mobilidade dos indivíduos diminui, devido a problemas físicos, psicológicos e sociais. Esta mobilidade reduzida constitui um importante constrangimento, ao limitar substancialmente o quotidiano dos indivíduos e aumentar a sua dependência. Compreende-se assim que a necessidade mais significativa a este nível esteja ligada às dificuldades locomotoras (48,2%). A necessidade de um meio de transporte próprio (10,7%), reflecte não só o sentimento de posse face a um meio de transporte que possibilite uma maior autonomia, como remete para a necessidade de um meio de transporte adaptado às necessidades e limitações desta população.

Figura 37. Principais tipologias de necessidades ao nível da mobilidade, 2007 (%)

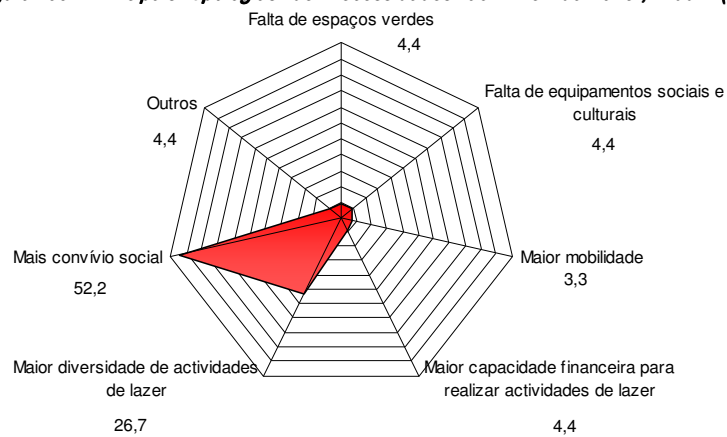


Lazer

As necessidades de lazer são igualmente importantes, na medida em que se trata de uma população com tempo disponível, que importa ser devidamente ocupado, condição essencial para a qualidade de vida desta

população. A maioria dos indivíduos referiu a necessidade de mais convívio (52,2%), reflectindo a diminuta oferta de respostas sociais assim como de equipamentos, onde seja possível o estabelecimento de relações sociais de amizade que contrariem o isolamento. Associado à primeira necessidade, o segundo aspecto mais referido consiste na necessidade de mais actividades lúdicas (26,7%).

Figura 38. Principais tipologias de necessidades ao nível do lazer, 2007 (%)

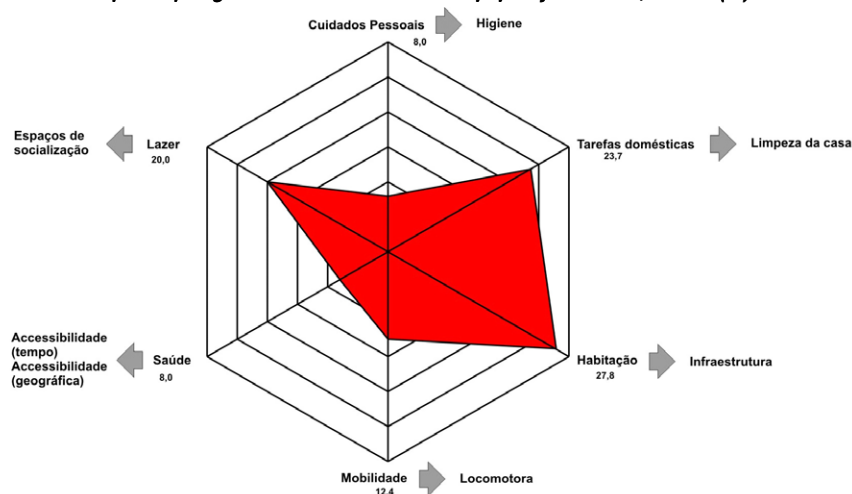


Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

Panorâmica Global

Uma análise global dos grandes domínios de necessidades que afectam o quotidiano da população sénior, evidencia que é no contexto habitacional que a população sénior regista maiores necessidades. O apoio nas tarefas domésticas (8,1%) e um maior envolvimento em actividades de lazer são também necessidades relevantes.

Figura 39. Principais tipologias de necessidades da população sénior, 2007 (%)



Fonte: Inquéritos CEDRU, 2007.

4. Síntese

- O fenómeno do envelhecimento demográfico é recente, data da segunda metade do século XX, é extensível a praticamente todas as regiões do mundo e caracteriza-se pela crescente feminização, progressiva solidão e isolamento, e “super-envelhecimento”, associado ao aumento considerável dos grupos mais idosos;

- ▶ As projecções demográficas estimam que em 2050 existirão cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial;
- ▶ Em Portugal, o envelhecimento demográfico acentuou-se paulatinamente no decurso das últimas quatro décadas, estimando-se que em 2050 a população idosa represente sensivelmente 1/3 do efectivo da população nacional;
- ▶ As principais necessidades que afectam a população sénior portuguesa incidem no domínio habitacional, designadamente, no que concerne à realização de obras de conservação e reparação;
- ▶ Entre a população sénior nacional, identificam-se cinco segmentos particularmente vulneráveis, mais precisamente, os mais idosos (com 85 ou mais anos de idade), “mais pobres” (que auferem mensalmente receitas médias mensais iguais ou inferiores a 300€ vivendo portanto abaixo do limiar da pobreza), “os que vivem sozinhos” (a tipologia de agregado familiar de “seniores sós”), as “mulheres” e, por fim, “os que vivem em APU”.

MÓDULO 2

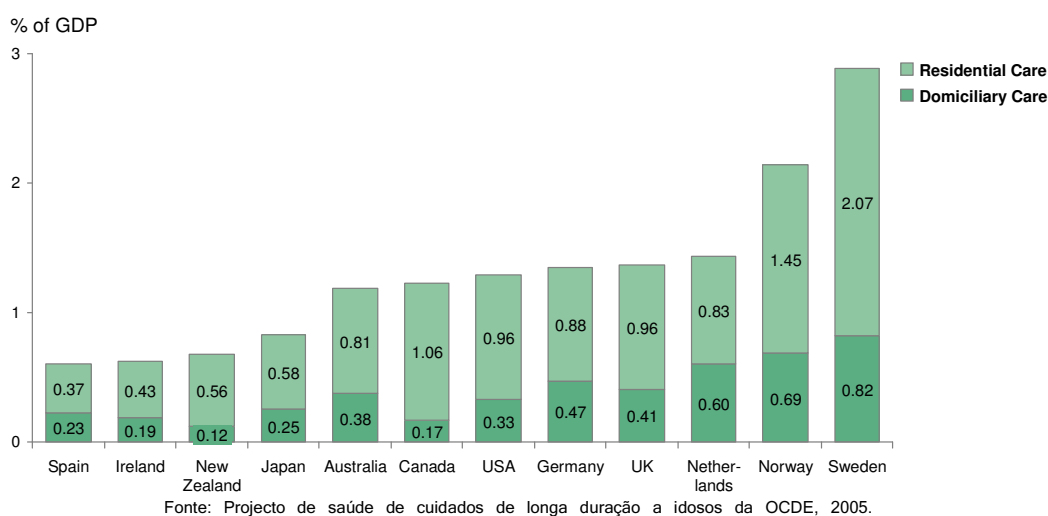
ANÁLISE DA OFERTA

1. O papel dos diferentes intervenientes na prestação de serviços à população sénior portuguesa: abordagem sistémica

1.1. Sector de cuidados a idosos: dimensão actual e perspectivas de crescimento

O sector de cuidados a idosos assume já alguma preponderância. Em 2000, as despesas públicas e privadas em prestação de cuidados de longa duração a idosos representavam percentagens do Produto Interno Bruto (PIB) relevantes, desde ~0,6% em Espanha a ~2,9% na Suécia. Na maioria dos países, os cuidados residenciais representam mais de 50% do valor do sector.

Figura 40. Despesas públicas e privadas em cuidados de longa duração a idosos, 2000 (% do PIB)



Espera-se que os sectores relacionados com o segmento dos idosos cresçam significativamente nos próximos anos, resultado do envelhecimento da população. Como exemplo, espera-se que os cuidados residenciais nos EUA cresçam a uma taxa de 11% por ano de 2006 a 2014, e que os serviços de cuidados ao domicílio aumentem 15% por ano no mesmo período. Estes números estão bastante acima da actual evolução, que foi de apenas de 5% anuais para o primeiro tipo de cuidados e de 7% por ano para o segundo (desde 1993 a 2006).

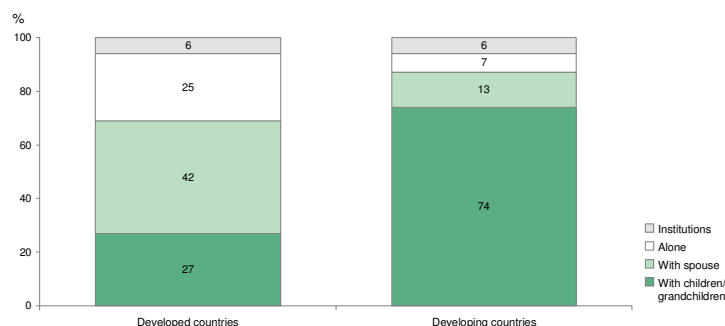
Para além do envelhecimento da população, espera-se que outros dois factores determinem o crescimento do sector de cuidados a idosos nos próximos anos:

- O menor envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos idosos;
- A maior abertura das gerações mais jovens para recorrerem a serviços de cuidados aos idosos pagos e à institucionalização.

À medida que as nações se desenvolvem, as dinâmicas familiares tendem a mudar e as famílias tendem a participar menos na prestação de cuidados aos idosos. A comparação das dinâmicas familiares nos países desenvolvidos e em desenvolvimento revela que, enquanto nos países em desenvolvimento existe uma percentagem reduzida de idosos a viverem sozinhos ou em instituições (~13%), nos países desenvolvidos essa percentagem é muito mais elevada (~31%). Essas diferenças resultam provavelmente da

existência de um maior número de mulheres empregadas com famílias nucleares (com 1 ou 2 filhos) e de uma consequente menor disponibilidade de tempo das pessoas.

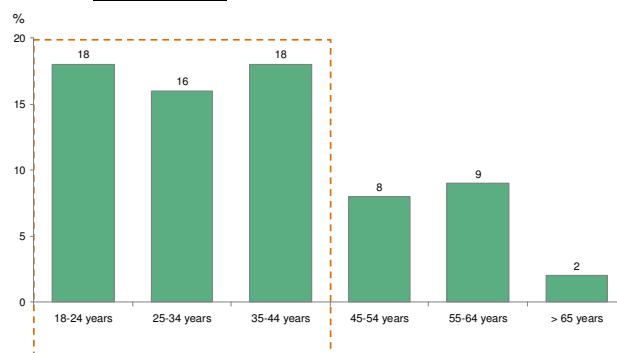
Figura 41. Comparação dos agregados familiares de pessoas com 65 ou mais anos em países desenvolvidos e em desenvolvimento (%)



Fonte: *Living Arrangements of Older Persons Around the World, United Nations 2005; An Aging World. 2001.*

Em paralelo, as gerações mais jovens, que levam vidas mais independentes e têm testemunhado uma melhoria na variedade e qualidade dos serviços de cuidados a idosos, demonstram uma maior abertura para a institucionalização e para os cuidados domiciliários. Como exemplo, num estudo recente conduzido em Espanha, ~18% das pessoas com idade entre 35 e 44 responderam lar residencial à questão “Onde quer viver quando for idoso?”. Em contraste, apenas 2% das pessoas com mais de 65 anos deram a mesma resposta.

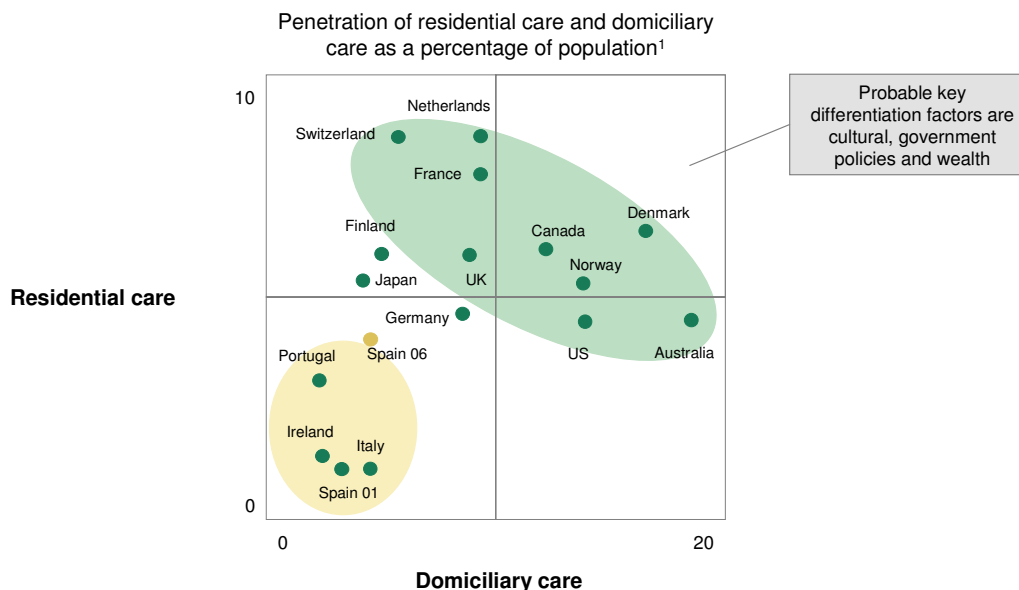
Figura 42. Resposta lar residencial à questão “onde quer viver quando for idoso?” (%)



Fonte: *Fundación La Caixa.*

Actualmente, e com base na informação do último Censos (2001), a penetração de serviços de cuidados a idosos varia nos países da EU, formando dois grupos distintos:

- Países do Norte e Centro da Europa têm taxas de penetração tipicamente mais elevadas (até 10% em cuidados residenciais e até 20% em cuidados domiciliários), apesar de ser com combinações diferentes;
- Países do Sul da Europa têm taxas de penetração mais baixas (<5% em cada tipo de cuidado).

Figura 43. Grau de penetração de serviços de cuidados a idosos em países seleccionados

Nota (1): Penetração baseada em dados de censos 2001.

Fonte: Fundación La Caixa.

Pode-se observar que os países mais pobres e mais tradicionais têm taxas de penetração mais baixas nos serviços de cuidados a idosos. Assim, os aspectos económicos e culturais parecem ter impacto no desenvolvimento do sector de cuidados a idosos. Adicionalmente, as políticas públicas parecem ser determinantes no crescimento dos serviços de cuidados a idosos, como demonstram as elevadas taxas de penetração dos serviços nos “países sociais”.

Visão global de oferta de cuidados a idosos em Portugal

Seguindo uma tendência visível nos países desenvolvidos (especialmente europeus), a sociedade portuguesa tem sofrido, nas últimas décadas, importantes transformações demográficas, das quais o aumento da esperança média de vida é, provavelmente, a mais importante. Apesar de reflectir uma evolução positiva nos cuidados de saúde e nas condições de vida da maior parte da população, este fenómeno gera novas necessidades. O exemplo mais paradigmático é a criação de novos equipamentos e serviços destinados a apoiar a população idosa. Estas necessidades não têm sido sempre satisfeitas pelos investimentos governamentais, o que origina um progressivo e perturbante hiato entre a procura actual (e potencial) e o nível de resposta em termos de oferta.

A importância e o impacto deste grupo etário “idoso” na sociedade cresceram significativamente. Neste quadro de referência, o surgimento de novas formas de intervir - principalmente em termos de serviços sociais, mas igualmente em termos de saúde e educação, para salvaguardar a qualidade de vida destes cidadãos (física, psicológica e socialmente) - tem assumido particular relevância. Assim, a diversificação de equipamentos e respostas sociais para os idosos tornou-se mais relevante: primeiro através do papel activo das entidades públicas e depois (como resultado da incapacidade do Estado em responder rápida e eficazmente à crescente procura) através de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos.

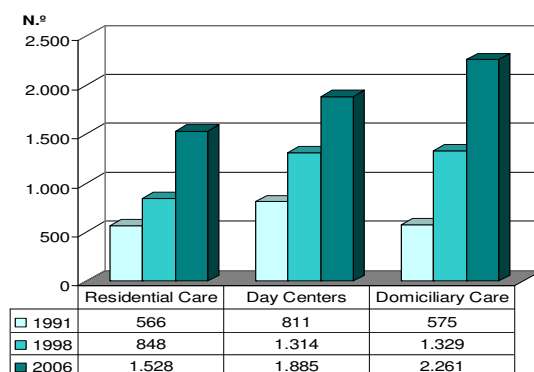
No entanto, devido ao envelhecimento demográfico, apenas nos últimos anos surgiu um novo e forte compromisso em resolver questões relacionadas com a população idosa. Ao longo da história nacional houve vários exemplos e iniciativas que ilustram o papel das diferentes instituições que apoiam cidadãos idosos (apesar da distinção entre serviços sociais para a população em geral e serviços específicos para os idosos não ser sempre perceptível ou assumida individualmente por cada instituição).

No entanto, é apenas no século XX que é adoptada uma política efectiva e consistente de apoio ao idoso, através de consideráveis investimentos. Isto resultou do surgimento de novos direitos e preocupações sociais (surtem novas entidades, novos equipamentos e novos serviços sociais para os idosos). Através de uma nova política para cidadãos seniores, que fez parte da Constituição de 1976, inicia-se igualmente uma nova fase, com uma abordagem diferente às questões relacionadas com os idosos. A mudança mais visível entre este período e o momento em que Portugal se tornou membro da CE consiste na transformação de casas de asilo em lares de terceira idade e no surgimento de serviços e instituições para cidadãos seniores.

Por outro lado, a política de apoio aos idosos nas suas habitações é igualmente introduzida em Portugal neste período, nomeadamente através da criação de centros de dia, serviços domiciliários e centros de convívio. As primeiras respostas sociais para este grupo etário apontavam principalmente para a institucionalização, mas a partir desse período, o principal objectivo passou a ser manter os utentes nas suas casas, no seu ambiente quotidiano normal. Quando Portugal se tornou membro da Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, os investimentos em equipamentos e em novas soluções cresceram de forma consistente.

De facto, nas últimas três décadas, o investimento em equipamentos e formação de recursos humanos permitiu um importante crescimento do nível de cobertura dos equipamentos sociais, o que resulta não apenas de uma maior sensibilização em relação aos direitos sociais, mas também da troca de experiências e aprendizagens no âmbito da UE e da crescente importância do Estado como gerador de estímulo para o desenvolvimento de novas políticas e acções concertadas (programas, respostas integradas, iniciativas específicas para o desenvolvimento local). Estas políticas e acções eram mais visíveis nas áreas dos serviços sociais e da saúde, mas foram também aplicadas nos domínios da educação e do lazer. Neste âmbito, o Estado assume a responsabilidade de verificar, financiar e desenvolver serviços e equipamentos sociais.

Figura 44. Evolução do número de equipamentos sociais, no Continente, 1991-2006 (N.º)



Fonte: DGAS in INE, 1999; Carta Social, 2006.

Apesar do papel chave das famílias portuguesas, a oferta de serviços de cuidados a idosos tem crescido nos últimos anos, sendo que uma grande diversidade de tipologia dos mesmos está já disponível (englobando cuidados residenciais, cuidados domiciliários, centros de dia e centros de convívio).

SERVIÇOS TRANSVERSAIS: Soluções sociais fornecidas pelo Estado e pelo Terceiro Sector

As respostas sociais são iniciativas e serviços de acção social desenvolvidos no interior ou a partir de um equipamento social, organizados em função dos diversos públicos-alvo, com vista a satisfazer determinadas necessidades dos utentes.

No que trata às respostas sociais para a população idosa, estas são múltiplas e desde 1998 até 2005 foram criadas mais 1.780 em todo o país, o que representa uma taxa de crescimento de 41,8%, reflectindo assim uma crescente preocupação e sensibilização da opinião pública para as necessidades e importância de assegurar o bem-estar e a qualidade de vida da população sénior em Portugal (DEEP, 2005).

Actualmente existem nove respostas sociais ao nível nacional para a população sénior, cada uma delas com uma repartição territorial específica e asseguradas por entidades com naturezas jurídicas muito diferenciadas.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- ii) Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- iii) Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária;
- iv) Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações inter-familiares;
- v) Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde;
- vi) Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- vii) Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.

Ao nível nacional, trata-se da resposta social com uma maior oferta (2.252 respostas sociais), sendo a repartição territorial do serviço de apoio domiciliário para idosos ao nível nacional muito dispar. A NUTS II Centro constitui-se como a região com maior concentração deste tipo de resposta, uma vez que aglutina 41,1% da oferta total em Portugal Continental, encontrando-se no extremo oposto a NUTS II Algarve com apenas 2,8% da oferta de resposta. Neste intervalo, a NUTS II Norte surge em segundo lugar com 31,9% da oferta e Lisboa e Alentejo apresentam-se com realidades tendencialmente equitativas (11,9% e 12,4%, respectivamente).

Acolhimento Familiar

Trata-se de uma resposta social destinada apenas a pessoas com 65 ou mais anos e consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas e/ou em situação de deficiência quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Acolher pessoas idosas (no máximo três indivíduos), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza socio-familiar e/ou em situação de insegurança;
- ii) Garantir ao cidadão idoso um ambiente socio-familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade;
- iii) Evitar ou retardar o recurso à institucionalização.

Lar

A resposta social lar de idosos é assegurada em equipamento onde são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de

alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu domicílio;
- ii) Assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo como objectivo a manutenção da autonomia e independência;
- iii) Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- iv) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- v) Encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para situações adequadas à sua situação.

Trata-se de uma resposta social destinada a pessoas com 65 ou mais anos ou de idade inferior, caso exista necessidade para tal.

Em 2005, existia um total de 1.508 lares em Portugal Continental, no entanto, trata-se de uma resposta social com uma distribuição territorial muito assimétrica, uma vez que ocorre uma forte concentração nas NUTS II Centro (34,3%) e Norte (30,1%) e uma escassa oferta na NUTS II Algarve (3,7%). As restantes NUTS II apresentam uma posição intermédia (Lisboa 18,1% e Alentejo 13,8%).

Residência

Resposta social desenvolvida em equipamento, constituído por um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.

Sendo a sua implementação em Portugal relativamente recente, a oferta total é ainda diminuta (39 residências para idosos), sendo a sua distribuição por NUTS II distinta e diferenciada comparativamente à tendência registada nas demais respostas sociais para idosos. Com efeito, é na NUTS II Lisboa que ocorre uma maior oferta desta resposta social (43,6%), à qual se segue a NUTS II Norte (23,1%), NUTS II Alentejo (15,4%), Centro (12,8%) e, por fim, com uma oferta muito inferior no Algarve (5,1%).

Centro de Dia

Resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio socio-familiar. Os seus públicos-alvo são todos aqueles que necessitem dos serviços prestados, ainda que prioritariamente sejam os indivíduos com 65 ou mais anos.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades do utente;
- ii) Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências negativas do envelhecimento;
- iii) Prestar apoio psicossocial;
- iv) Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- v) Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia;
- vi) Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida.

Esta constitui-se como a segunda resposta social com mais oferta em Portugal Continental, existindo um total de 1.880 centros de dia, em 2005. A sua distribuição territorial evidencia a primazia da NUT II Centro e Norte, uma vez que reúnem mais de metade da oferta total (41% e 27,3%, respectivamente), à qual se segue Lisboa e Alentejo, com realidades relativamente semelhantes, ainda que a proporção da oferta seja consideravelmente mais diminuta (14,1% e 14,6%, respectivamente). A NUT II Algarve, uma vez mais constitui-se como a de oferta mais reduzida (3%).

Centro de Convívio

Resposta social desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa dos idosos. A sua população-alvo é a residente da respectiva comunidade onde se insere a resposta social, ainda que prioritariamente sejam as pessoas com 65 e mais anos.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Prevenir a solidão e o isolamento;
- ii) Incentivar a participação e potenciar a inclusão social;
- iii) Fomentar as relações interpessoais e inter-geracionais;
- iv) Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

À data de 2005, existiam apenas 508 centros de convívio em Portugal Continental, registando no entanto uma repartição territorial mais homogénea entre as diferentes NUTS II, comparativamente a outras respostas sociais. Com efeito, é na NUTS II Norte que há uma maior concentração desta resposta social (32,7%), a qual se segue a Região de Lisboa (25,8%), Centro (25,4%), Alentejo (14,6%), constituindo-se, uma vez mais, a NUTS II Algarve como a de oferta mais escassa (1,6%).

Centro de Noite

Resposta social desenvolvida em equipamento que tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de acompanhamento durante a noite. São destinatários desta resposta social as pessoas com 65 ou mais anos com autonomia, ainda que possa ser extensível a outros indivíduos.

Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia;
- ii) Assegurar bem-estar e segurança;
- iii) Favorecer a permanência no seu meio habitual de vida;
- iv) Evitar ou retardar a institucionalização.

Esta resposta social é aquela que apresenta uma menor oferta total, contabilizando-se apenas 10 no total de Portugal Continental, em 2005. A grande maioria da oferta desta resposta social existe na NUTS II Centro (70%), à qual se segue a NUTS II Alentejo (20%) e por fim NUTS II Norte (10%), não se registando nenhuma oferta na Região de Lisboa e do Norte.

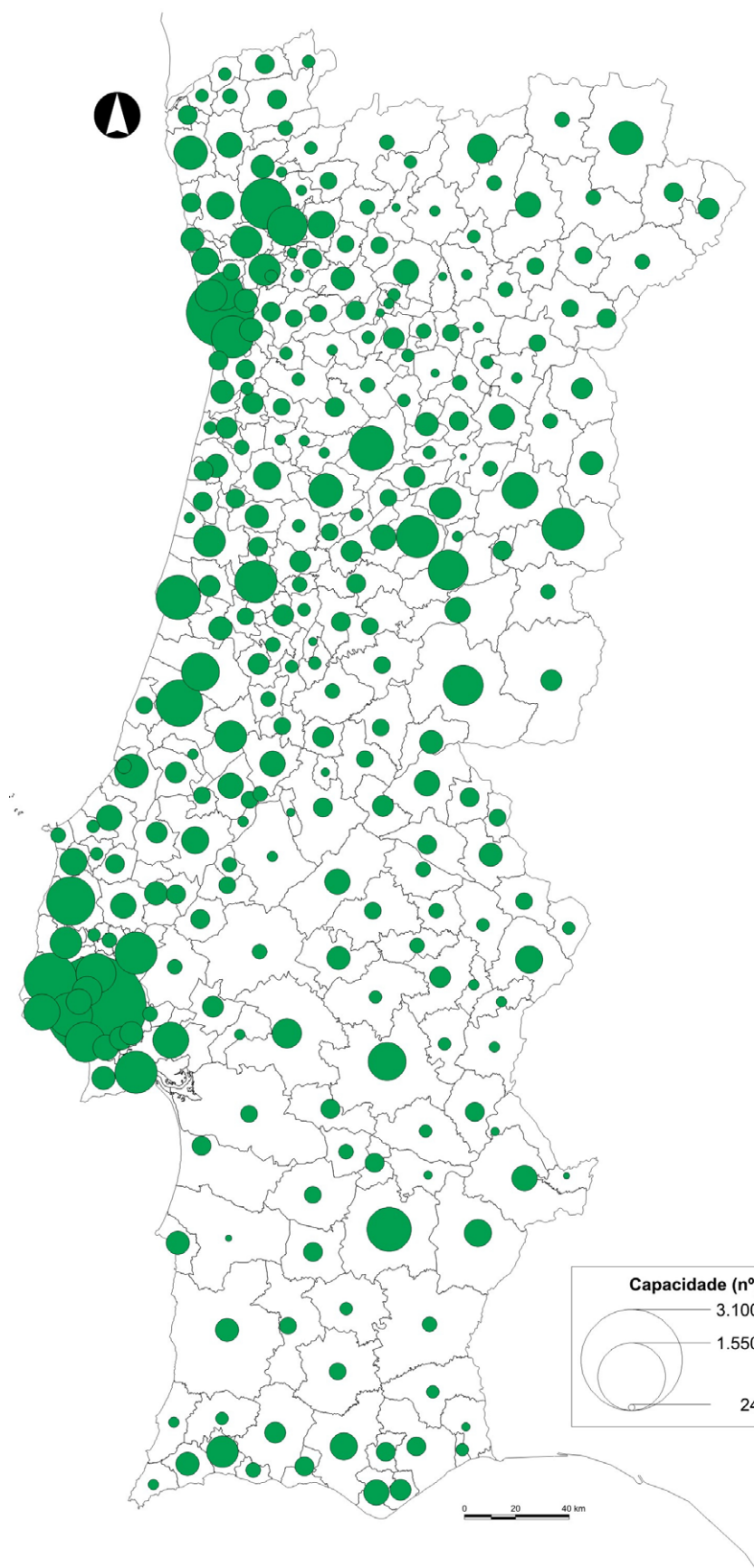
Centro de Férias

Resposta social desenvolvida em equipamento destinada à satisfação das necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores. Os destinatários são as pessoas idosas, mas também a família em geral.

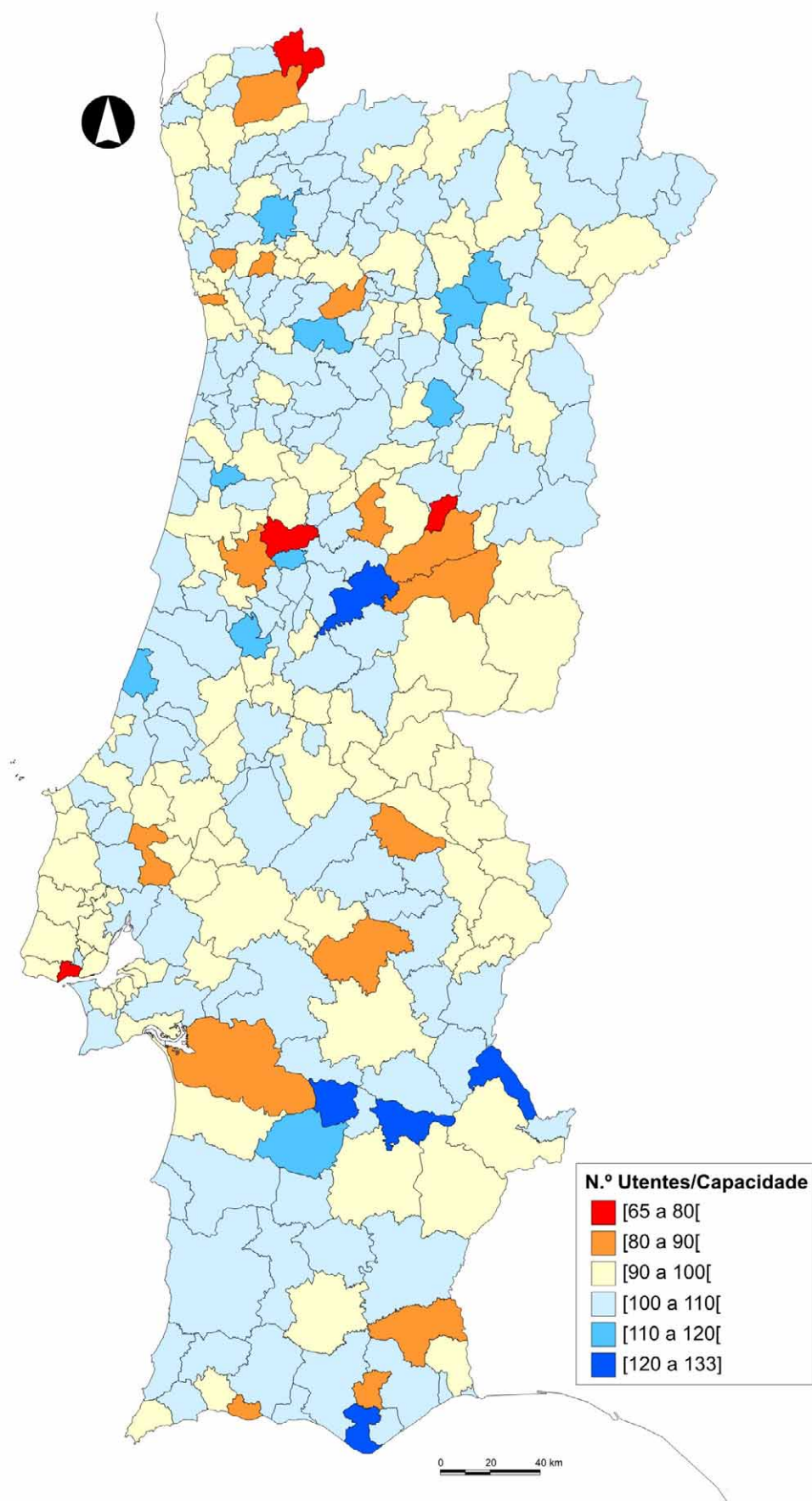
Os objectivos desta resposta social são os seguintes:

- i) Estadias fora do quadro de vida habitual;
- ii) Contactos com comunidades e espaços diferentes;
- iii) Vivências em grupo, como forma de integração social;
- iv) Promoção do desenvolvimento do espírito de entre-ajuda;
- v) Fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

Figura 45. Capacidade em lares de idosos, 2005 (N.º de lugares)

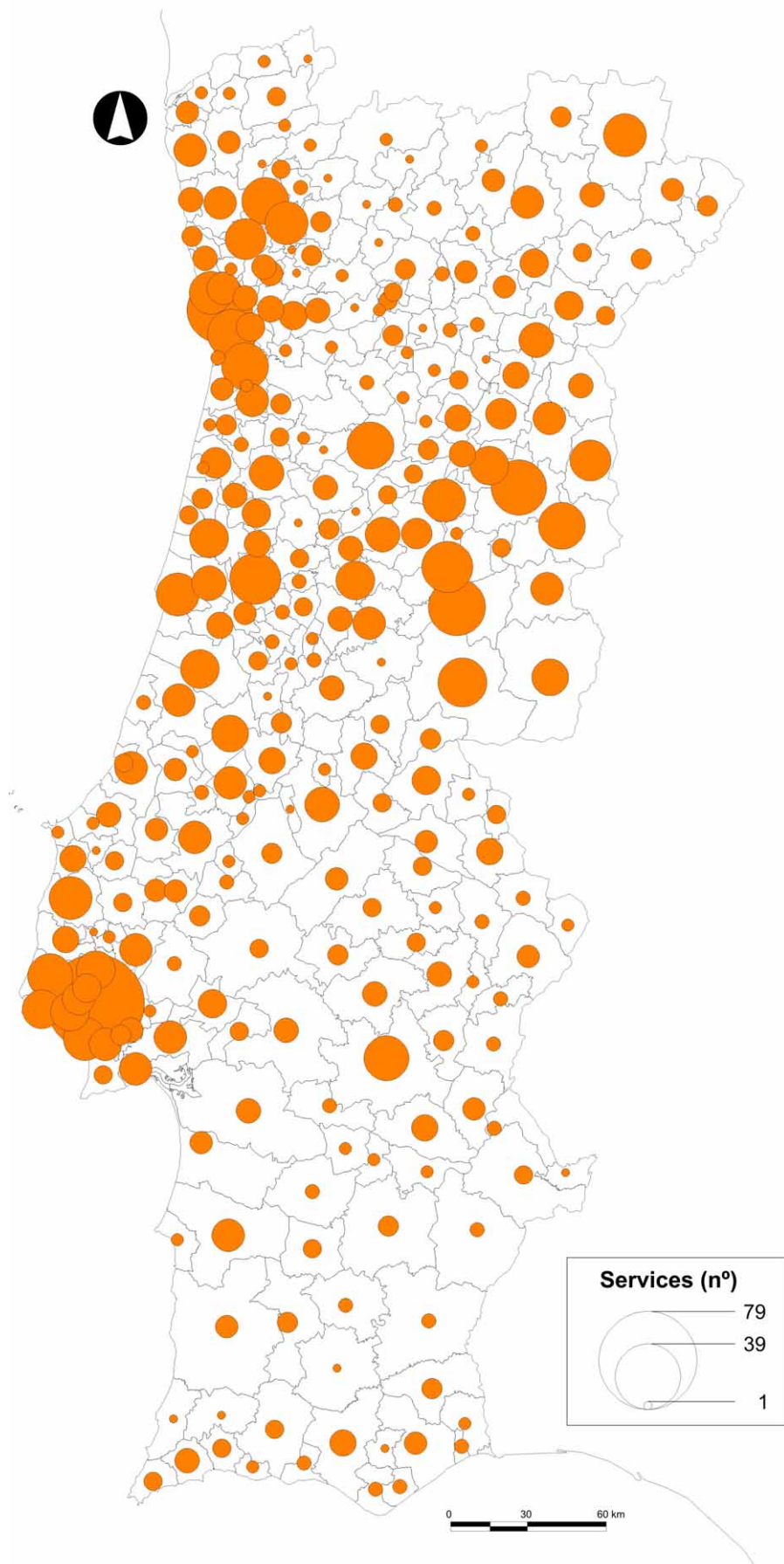


Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

Figura 46. Taxa de ocupação em lares de idosos, 2005 (%)

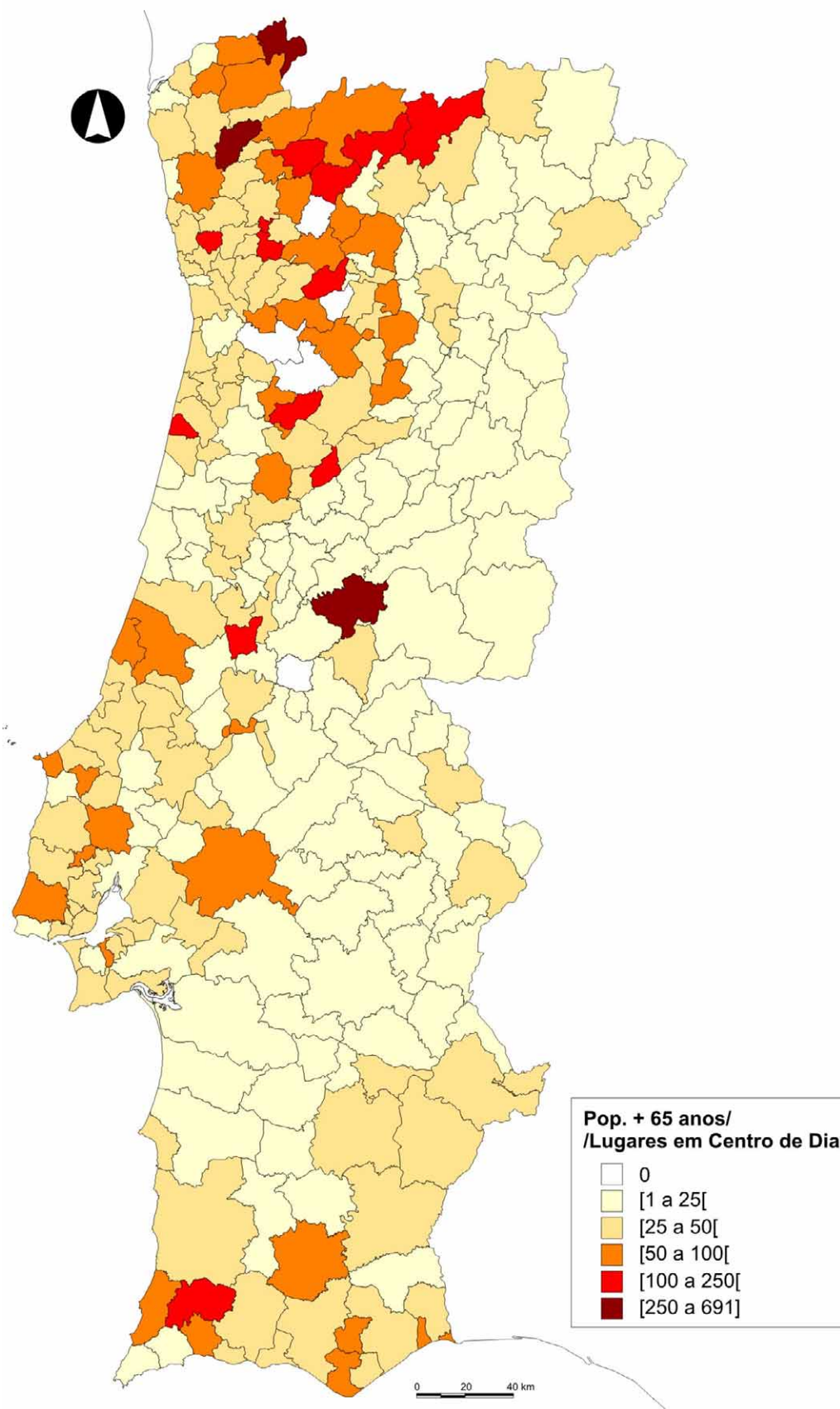
Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

Figura 47. Capacidade em centros de dia, 2005 (N.º)



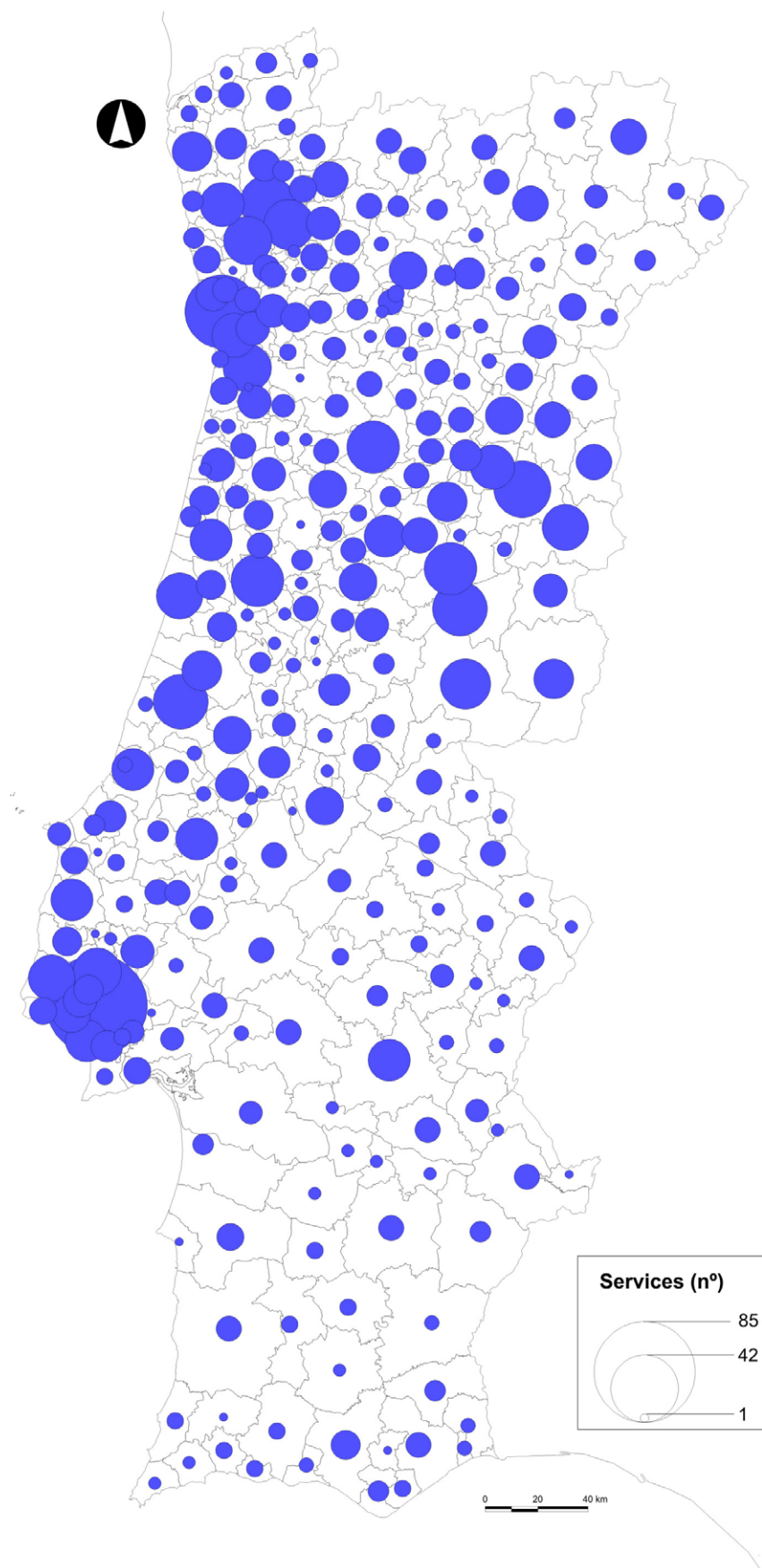
Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

Figura 48. Rácio população com 65 ou mais anos de idade / Capacidade (Lugares) dos centros de dia, 2005



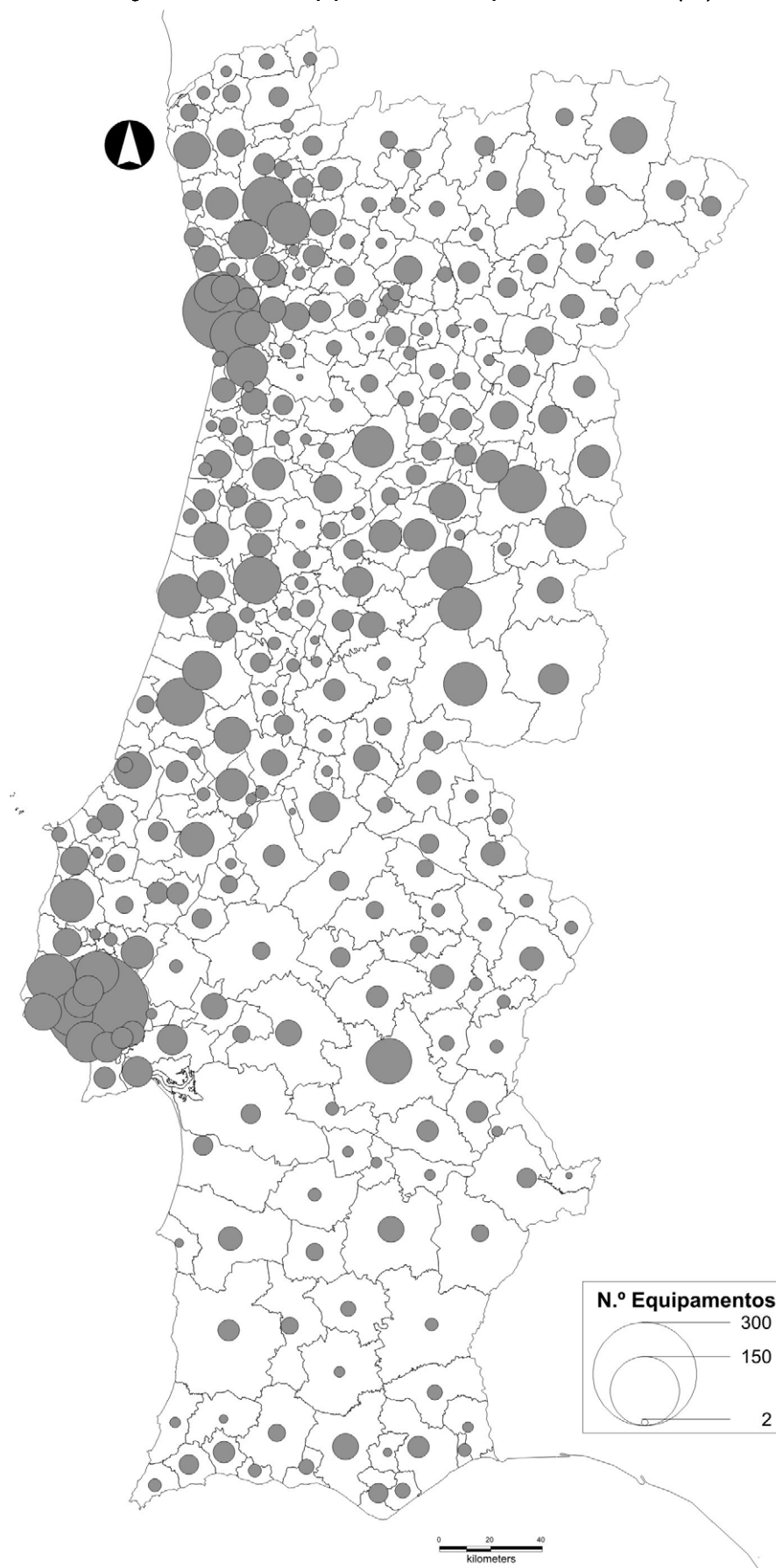
Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

Figura 49. Capacidade do serviço de apoio domiciliário, 2005 (N.º de lugares)



Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

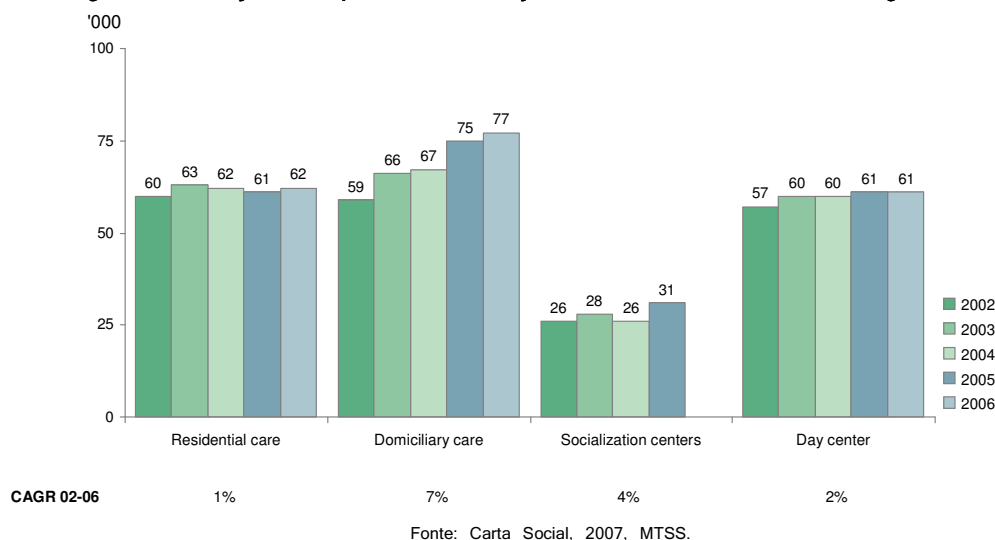
Figura 50. Total de equipamentos sociais para seniores, 2005 (N.º)



Fonte: Carta Social, 2007, MTSS.

Provavelmente devido ao facto de um dos objectivos do Governo ser a promoção da independência dos cidadãos seniores e adiar o mais possível a sua institucionalização, os serviços domiciliários e centros de convívio registaram as maiores taxas de crescimento (~7% e 4% por ano respectivamente). Por essa mesma razão, os serviços de centros de dia e de cuidados residenciais cresceram a um ritmo mais baixo (~1% e 2% respectivamente).

Figura 51. Evolução da capacidade de serviços de cuidados a idosos em Portugal, 2002-2006



Apesar deste crescimento, os serviços disponíveis de cuidados a idosos continuam a ser insuficientes. Os cuidados domiciliários atingem apenas ~4,5% da população com 65 anos ou mais, os centros residenciais e de dia abrangem apenas 4% da população idosa e os centros de convívio cobrem menos de 2% deste segmento da população. Artigos de imprensa sugerem que os cuidados residenciais são o serviço com maior escassez de oferta, com listas de espera a exceder os 15.000 idosos (ou >25% da actual capacidade).

O desenvolvimento do sector de cuidados a idosos em Portugal tem sido influenciado por aspectos culturais. Como a maior parte das pessoas mantém relações e ligações fortes com os seus parentes ao longo da vida adulta, os idosos com necessidades de apoio recorrem a familiares antes de considerarem outras opções de cuidados.

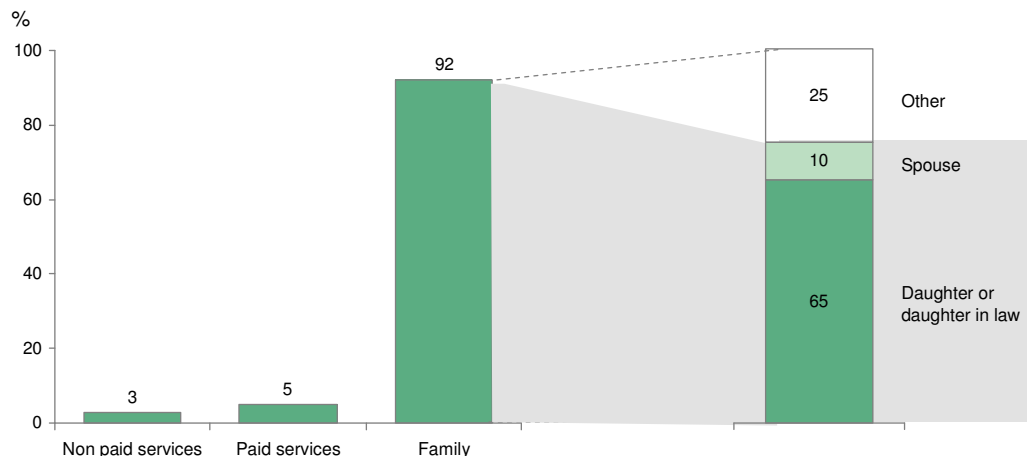
Apesar de o Governo disponibilizar algumas ajudas financeiras para quem cuida de idosos, de acordo com o Censos de 2001, ~90% dos idosos dependentes recebiam cuidados de familiares e ~2% da população total cuidava de um idoso. A maioria dos familiares que prestam cuidados é filha ou nora (~65%) e os cônjuges (~10%).

Em Portugal, os serviços de cuidados a idosos são prestados tanto pelo sector público como pelo privado. O sector público, mediante o princípio da subsidiariedade, domina a prestação de serviços de cuidados a idosos (controlando >80% da capacidade disponível no mercado) e direcciona esses serviços a idosos com baixos rendimentos. Pelo contrário, o sector privado (englobando operadores formais e informais) ainda assume um papel pouco relevante, e está vocacionado para o segmento de idosos com rendimentos médio-altos e altos.

O actual panorama resulta numa resposta incipiente à satisfação das necessidades de grande parte da população, como ilustra a **Figura 53**. De facto, as organizações públicas e sem fins lucrativos não têm capacidade para abranger na totalidade o segmento de rendimentos médios e médio-baixos, levando a que operadores formais prestem serviços a preços que não são acessíveis à maior parte destas pessoas

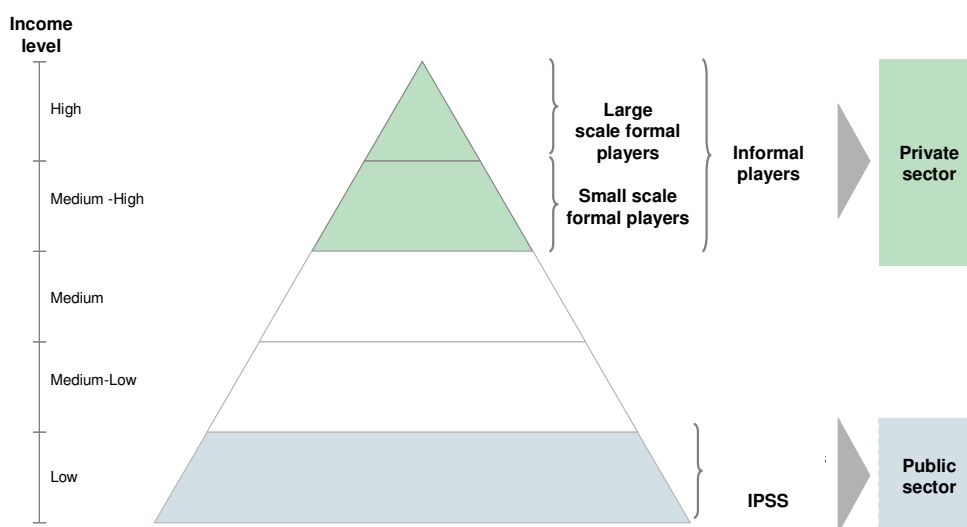
(igualmente com capacidade insuficiente). Como resultado, os segmentos de idosos com rendimentos médios e médio-baixos são servidos por operadores informais privados e pelo sector público, mas de forma insuficiente e com graves rupturas.

Figura 52. Principais prestadores de cuidados, 2002 (%)



Fonte: Tratar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções (Ensaio, 2002).

Figura 53. Consumidores alvo dos principais prestadores de cuidados a idosos



Fonte: Análise BCG.

1.2. O papel do Estado na prestação de serviços à população sénior

O final da década de 90 ficou marcado por profundas transformações ao nível da protecção social assegurada pelo Estado para os diferentes grupos sociais e em particular para os idosos. Estas visavam responder à necessidade de preparar atempadamente o sistema de protecção social para as significativas mudanças decorrentes do envelhecimento demográfico, das novas realidades familiares, do crescente desemprego e complexificação das situações de pobreza e exclusão social. Esta consciencialização conduziu a importantes reformas, com impactes nas intervenções desenvolvidas pelo próprio Estado.

Uma das transformações mais marcantes registada nos últimos anos caracterizou-se pela crise da sustentabilidade do sistema de segurança social, que advém das mudanças ocorridas na demografia e na economia e que passou a nortear as opções tomadas. Associado a este facto, regista-se uma crescente

valorização do envelhecimento activo nas políticas sociais. A conjugação destes dois factores tem-se traduzido na adopção de medidas e programas que contribuem para a permanência dos trabalhadores mais idosos nos seus postos de trabalho, com vista a aumentar a idade activa/contributiva.

Outra das mudanças recentes assenta na crescente valorização do princípio da justiça social, que tem gerado uma diferenciação das respostas de acordo com as especificidades dos seus beneficiários e dos seus territórios de residência. Valorizam-se cada vez mais as intervenções de carácter integrado, nas quais existe uma interligação entre os vários domínios, assim como as intervenções que visam o desenvolvimento das capacidades individuais das pessoas, das famílias e dos próprios territórios. Esta nova filosofia de intervenção tem como objectivo tornar as populações socialmente vulneráveis cada vez mais auto-suficientes na estruturação de um novo projecto de vida, de modo a que estas não tenham de depender de forma contínua da protecção do Estado.

A estas, acrescem inúmeras outras transformações, que progressivamente se têm vindo a consolidar, nomeadamente, o reforço da intervenção - fulcral e insubstituível - dos parceiros sociais e do papel da família, enquanto prestadores de cuidados, formais ou informais, aos idosos. Todavia, esta responsabilização social e familiar tem sido também acompanhada de maiores e mais diversificados apoios, materializados no investimento e qualificação das respostas sociais prestadas a idosos. Importante tem também sido a crescente desburocratização dos processos, materializada com a generalização da Internet e com uma descentralização dos serviços numa lógica de proximidade aos cidadãos.

Ao nível das próprias metodologias de trabalho têm-se registado também alterações, que se traduzem na maior preocupação com a monitorização regular, com os processos participativos e a crescente valorização das intervenções de escala local.

Estas mudanças na filosofia e na intervenção do Estado têm gerado dinâmicas/efeitos colaterais: uma ampliação e maior complementaridade no Terceiro Sector; uma maior consciencialização dos deveres individuais na prestação de cuidados aos ascendentes e aos idosos em geral; um fortalecimento da própria cultura do voluntariado; o fomento de uma maior sensibilização para com as necessidades dos idosos; um maior controlo da qualidade na prestação de cuidados e serviços a idosos.

Observa-se também uma viragem nos programas e projectos desenvolvidos pelos diversos organismos do Governo, que reflectem um abandono da filosofia assistencialista em detrimento das novas concepções e uma diversificação das tipologias de programas elaborados, que visam responder à crescente complexidade de situações existentes.

Naturalmente, a intervenção do Estado continua a apresentar amplas limitações e constrangimentos, destacando-se em particular as de natureza financeira, o défice de recursos humanos e a excessiva burocratização (por exemplo, em processos de candidatura e selecção dos beneficiários).

Quadro 96. Análise dos pontos e fracos da intervenção do Estado relativamente aos idosos

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Valorização social do envelhecimento activo; • Maior justiça social, tratando de forma desigual aquilo que não é igual; • Diversificação da tipologia de situações de risco social abrangidas pelos programas desenvolvidos; • Reforço dos mecanismos de combate à dependência cíclica dos beneficiários; • Valorização das intervenções multidimensionais de carácter integrado; • Reforço do Terceiro Sector, fomento da cultura do voluntariado e do envolvimento da família; • Crescente desburocratização dos processos; • Maior proximidade aos cidadãos; • Maior preocupação com alcance dos resultados esperados e programados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixas qualificações dos prestadores de cuidados a idosos do Terceiro Sector e do Estado em geral; • Complexidade das estruturas de controlo e gestão de alguns programas; • Excessiva burocratização de alguns processos e exigência de critérios para a elegibilidade dos beneficiários; • Insuficiência dos recursos humanos; • Bloqueios decorrentes da partilha de responsabilidade associadas às parcerias; • Capacidade financeira limitada para as intervenções necessárias; • Promoção indirecta da estigmatização dos beneficiários; • Excessiva valorização da capacidade financeira na selecção das candidaturas a alguns programas; • Exclusão de algumas regiões nas candidaturas a alguns programas;

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> Promoção da qualidade na prestação de cuidados e serviços; Sensibilização da sociedade em geral para com a prestação de cuidados e serviços a idosos; Sinergias decorrentes do estabelecimento de múltiplas parcerias com actores de natureza diversificada; Carácter inovador de alguns programas e intervenções; Estímulo à intervenção do sector privado, fomentando uma diversificação da oferta de cuidados e serviços; Preocupação com a sustentabilidade do financiamento dos programas; Efeitos multiplicadores na economia decorrentes da execução de alguns programas. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente oferta de cuidados e serviços para idosos; Carência de estudos específicos de promoção do conhecimento; Ações de controlo limitadas e, portanto, permissivas de uma fraca qualidade na prestação de cuidados e serviços a idosos.

1.2.1. Programas/políticas da Administração Central específicos para a população sénior

A análise que se segue tem como finalidade descrever e analisar de forma objectiva e detalhada cada um dos Programas ou Projectos, que à escala nacional, são desenvolvidos pela Administração Central, especificamente norteados para a população sénior ou dirigidos à população em geral, encontrando-se os seniores entre a sua população-alvo. Concomitantemente aos parâmetros descritivos apresentados em cada ficha de projecto, é também feita uma avaliação pela Equipa Técnica, que foi sustentada por reuniões prévias desenvolvidas com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) e no Instituto de Segurança Social (ISS), sempre que possível, com os técnicos responsáveis pela execução de cada projecto. Posteriormente serão apresentados, a título exemplificativo, alguns dos muitos projectos desenvolvidos pela Administração Local para a população sénior em Portugal.

PROGRAMA	PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS		
ENTIDADE PROMOTORA	Alto Comissariado da Saúde	TIPOLOGIA	Saúde
INICIO	2004	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	Residentes em Portugal com 65 ou mais anos de idade	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Informação não disponível		
POPULAÇÃO SERVIDA	Informação não disponível		
PARCERIAS	Direcção-Geral da Saúde; Interlocutor Científico Permanente: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.		
DESCRIÇÃO	<p>Aprovado em Junho de 2004, este Programa foi emitido pela DGS e tem um horizonte temporal até 2010.</p> <p>O objectivo geral do Programa consiste em obter ganhos em anos de vida com independência, estando a sua concretização dependente de três estratégias de intervenção:</p> <p>i) Promover um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida;</p> <p>ii) Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas desta população;</p> <p>iii) Promover o desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência da população idosa.</p> <p>O Programa visa assim contribuir para a generalização e operacionalização do conceito de envelhecimento activo das pessoas idosas, tal como preconizado pela OMS.</p> <p>O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas deverá ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, da Rede Hospitalar e da Rede de Cuidados Continuados de Saúde e será complementado, sempre que seja conveniente, pela DGS.</p> <p>O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas será aplicado ao nível regional e local por serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde que devem definir Planos de Acção, tendo em conta as orientações deste Programa, a diversidade local e regional, promovendo parcerias e aproveitando os recursos existentes</p>		
AVALIAÇÃO	<p>Decorridos três anos desde a sua aprovação, constata-se que este Programa se consolida como uma estratégia de longo alcance e bem estruturada. É, todavia, de difícil aplicabilidade, existindo um amplo desconhecimento da sua existência entre os profissionais de saúde ao nível local, escala de referência para a implementação deste Programa. Ao nível central, as principais dificuldades deste Programa encontram-se associadas às limitações financeiras e à disponibilidade de recursos humanos.</p> <p>Saliente-se que na DGS não existe nenhum projecto/programa a montante deste Programa, especificamente norteados para a população sénior, não obstante o importante trabalho que tem sido desenvolvido ao nível da promoção de saúde e prevenção da doença a diferentes níveis e para diferentes fases do ciclo de vida, o que naturalmente tem impactes ao nível da saúde da população sénior. Posto isto, este Programa reveste-se de elevada importância e constitui um importante avanço nesta matéria.</p>		

PROJECTO		PROJECTO CIDADES AMIGAS DO IDOSO	
ENTIDADE PROMOTORA	Alto Comissariado da Saúde	TIPOLOGIA	Saúde
INICIO	Plano de trabalho desenvolvido pela Direcção-Geral da Saúde (Dezembro de 2007)	ÂMBITO	Cidades (ao nível nacional)
POPULAÇÃO-ALVO	Pessoas com 65 ou mais anos de idade	ESTADO	Projecto
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Informação não disponível		
POPULAÇÃO SERVIDA	Informação não disponível		
PARCERIAS	Não se aplica.		
DESCRIÇÃO	<p>A DGS elaborou um plano de trabalho para promover o Projecto Cidades Amigas do Idoso, uma iniciativa da OMS. Esta iniciativa da DGS, resulta da constatação da forte concentração de população idosa em áreas urbanas. Considerou-se essencial o desenvolvimento de um plano para as cidades que vise a adaptação das suas estruturas e serviços para que sejam mais acessíveis e inclusivas de pessoas idosas, com diferentes necessidades e capacidades. Neste sentido, prevêem-se medidas, tais como, eliminação de obstáculos físicos e ambientais, educação da sociedade para um maior respeito pelos idosos, adaptação das habitações às necessidades desta população.</p> <p>A partir de uma recolha de informação primária efectuada em todo o mundo, junto de idosos e de prestadores de cuidados e/ou de serviços a idosos, a OMS definiu como cidade amiga do idoso, aquela que estimula o envelhecimento activo ao otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas. Foi também desenvolvido um Guia, que ajuda as cidades, nas suas diversas fases de desenvolvimento, a se analisarem sob a perspectiva dos idosos, de modo a fazerem progressos enquanto cidades amigas dos idosos. Este Guia foca-se em oito factores-chave, nomeadamente, i) prédios e espaços públicos; ii) transportes; iii) moradia; iv) participação social; v) respeito e inclusão social; vi) participação cívica e emprego; vii) comunicação e informação; viii) apoio comunitário e serviços de saúde. Actualmente, este Guia está a ser utilizado por vários países, sendo a formação de redes entre as cidades considerada fundamental para que estas possam partilhar entre si boas práticas e subseqüentemente ajudarem-se a superar problemáticas semelhantes.</p>		
AVALIAÇÃO	<p>Embora encontrando-se ainda numa fase inicial, este projecto constitui-se como inovador, na medida em que não se encontra centrado na questão do estado de saúde e dos serviços, como é usual, mas antes, procura intervir no âmbito das determinantes de saúde, suportado em metodologias de auscultação da população-alvo. Por outro lado, constitui-se como muito relevante por convergir com práticas internacionais que esboçam uma maior sensibilização para com as problemáticas com que os idosos se confrontam em ambientes urbanos.</p>		

PROJECTO		RECRIAR O FUTURO	
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2000	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	Beneficiários finais: Pessoas em fase final de vida activa, as pessoas em situação de reforma, ainda que extensível à população em geral.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Não houve envolvimento financeiro por parte da entidade promotora		
POPULAÇÃO SERVIDA	Nenhuma.		
PARCERIAS	Empresas, Uniões, Estruturas Representativas dos Trabalhadores e, eventualmente, todas as entidades com interesse relevante.		
DESCRIÇÃO	<p>Criado em 2000, tem como objectivo a preparação para a reforma, segundo uma lógica preventiva e de inclusão, sustentado por princípios, tais como o desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida, o envelhecimento activo e o <i>empowerment</i>.</p> <p>A necessidade de criação deste projecto decorre do aumento progressivo da longevidade, associada à percepção de não existência de uma efectiva preparação da população para um período de vida tão importante e cada vez maior como é a reforma.</p> <p>O projecto tem dois grandes objectivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promover o desenvolvimento pessoal, social e empresarial através da criação de planos-projecto de preparação para a reforma, entendida como uma fase da vida, pelas estruturas que representam as pessoas; ▶ Promover uma gestão de recursos humanos humanizada e ética, em que se valorizem as pessoas ao longo de toda a carreira, nomeadamente através da sensibilização para a necessidade de preparação da reforma. <p>A estes acrescem três objectivos específicos que são os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Facilitar a transição do trabalhador e promover a adaptação à nova etapa de vida que é a reforma; ▶ Promover o desenvolvimento pessoal e satisfação ao longo da vida através da sensibilização e treino de competências que contribuam para a elaboração de projectos de vida adequados a cada pessoa; ▶ Disponibilizar documentação técnica e informação que promovam a participação e inclusão social; ▶ Disponibilizar informação sobre hábitos de vida saudáveis, direitos e alternativas de ocupação que promovam o bem-estar, nomeadamente, associativismo e voluntariado e/ou outras actividades remuneradas. 		
AVALIAÇÃO	<p>Os resultados e impactes deste projecto apresentam-se diminutos ou nulos, consequência do mesmo não ter beneficiado de efectivo apoio financeiro por parte da Segurança Social, o que acabou por desmotivar a participação activa de potenciais promotores.</p> <p>Contudo, o reconhecimento de tais insuficiências e constrangimentos por parte da entidade gestora (ISS) pressupõe uma reestruturação do Programa, que irá procurar manter características e objectivos semelhantes, embora com um papel mais centrado por parte do ISS na sua promoção.</p>		

PROGRAMA	PROGRAMA DE APOIO INTEGRADO A IDOSOS - PAII		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/Ministério da Saúde	TIPOLOGIA	Social
INICIO	1994	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	Indivíduos com 65 ou mais anos, famílias, vizinhos, voluntários, profissionais e comunidade em geral e organizações sem fins lucrativos.	Estado	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 3.497.849,67€. O montante de financiamento efectivo do PAII, entre 1994 e 2006 foi de 84.662.288€. A afectação de fundos por projectos específicos entre 1995 e 2005 foi: Passes Terceira Idade (23.435.351€); Saúde e Termalismo Sénior (9.894.541€); Serviço Telealarme - STA (1.805.084€); Turismo Sénior (6.372.143€); Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), (26.404.651€); Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos (4.561.570€); Formação de Recursos Humanos (FORHUM) 1.085.051€).		
POPULAÇÃO SERVIDA	Em 2006, encontravam-se em curso 90 projectos de promoção local. No que trata aos projectos de promoção central, o STA tinha aproximadamente 700 utilizadores; o Programa de Saúde e Termalismo Sénior registava 4.956 participantes; não existindo informação disponível para o Passes Terceira Idade.		
PARCERIAS	Serviços de Saúde; Centros Distritais de Segurança Social; Autarquias (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia); União das Misericórdias Portuguesas; IPSS; ONG; PT (Portugal Telecom) Comunicações; Cruz Vermelha Portuguesa; Serviços de Segurança (Policia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR)); Bombeiros; Escolas; Organizações de Voluntários; Empresas.		
DESCRIÇÃO	<p>O PAII integra um conjunto de medidas de carácter inovador com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, preferencialmente no domicílio e no seu meio habitual. Operacionaliza-se através de projectos de desenvolvimento ao nível central e outros ao nível local e preconiza os seguintes objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promover a autonomia das pessoas idosas e/ou pessoas com dependência, prioritariamente no seu meio habitual de vida; ▶ Estabelecer medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; ▶ Implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, especialmente idosos; ▶ Promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade; ▶ Desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão; ▶ Contribuir para a solidariedade entre gerações, para uma sociedade para todas as idades, para o desenvolvimento de respostas inovadoras e integradas (saúde/acção social), para a promoção de parcerias, para a criação de postos de trabalho. <p>Este Programa foi objecto de algumas alterações ao longo dos anos, em particular em 2006, que veio modificar a forma de distribuição dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), fonte de financiamento de que o Programa beneficia.</p> <p>No âmbito do PAII são promovidos diversos projectos, à escala central e local.</p> <p>PROJECTOS DE PROMOÇÃO CENTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Serviço Telealarme (STA) - Trata-se de um projecto complementar, a partir de um sistema de telecomunicações, que se encontra actualmente em fase de reestruturação. A sua operacionalização traduz-se no accionamento de um botão de alarme que possibilita contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa, respondendo de forma mais eficaz à necessidade de ajuda; ○ Passes Terceira Idade - Visa eliminar as restrições horárias para utentes com 65 e mais anos, nos transportes das zonas urbanas e sub-urbanas de Lisboa e Porto; ○ Saúde e Termalismo Sénior - Este projecto, gerido pelo Instituto Nacional de Aproveitamento dos Tempos Livres (INATEL), visa permitir à população idosa de menores recursos financeiros o acesso a tratamentos termais, o contacto com um meio social diferente e a prevenção do isolamento social, tendo nele participado desde a sua criação, em 1997, até 2006, mais de 40.500 seniores. <p>PROJECTOS DE PROMOÇÃO LOCAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Serviço de Apoio Domiciliário - (SAD) Propõe-se permitir a manutenção das pessoas idosas ou das pessoas com dependência no seu ambiente habitual de vida, próximas dos seus familiares, vizinhos e amigos. Visam o alargamento da cobertura existente, a extensão do apoio a 24 horas/dia, assim como uma melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas; ○ Formação de Recursos Humanos - (FORHUM) Destina-se prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários, mas também a profissionais, nomeadamente das áreas da acção social e da saúde, e outros elementos da comunidade, preparando-os para a prestação de cuidados formais e informais; ○ Centro de Apoio a Dependentes / Centro Pluridisciplinar de Recursos - 		

PROGRAMA	PROGRAMA DE APOIO INTEGRADO A IDOSOS - PAI
	<p>(CAD) São centros de recursos locais, abertos à comunidade, para apoio temporário, que visam a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência, assegurando apoio e cuidados diferenciados com a finalidade de promoção da maior autonomia possível e da continuação de um projecto de vida participativa. Desenvolvidos a partir de estruturas já existentes, estes podem ter uma componente de internamento, em pequenas unidades de cariz familiar, em ligação estreita com o serviço de apoio domiciliário.</p>
AVALIAÇÃO	<p>Entre os Programas que se encontram actualmente em curso, o PAI destaca-se por ter sido o primeiro a ser criado, caracterizando-se, à data da sua entrada em funcionamento, por desenvolver acções integradas e inovadoras.</p> <p>Entre as mais valias deste Programa destacam-se os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A sua área de influência a todo o território nacional, incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; ▶ A elevada amplitude de parceiros; ▶ A implementação de novas e modernas formas de gestão e estratégias de planeamento; ▶ O seu elevado alcance, na medida em que permite melhorar a qualidade de vida de um maior número de idosos. <p>Fragilidades do Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A estruturação da Comissão de Gestão do Programa, composta por dois representantes do Ministério da Segurança e do Trabalho e dois representantes do Ministério da Saúde, uma vez que a articulação entre eles, complexifica o processo e diminui a sua agilidade de resposta; ▶ Existência de desajustamentos no Programa devido à sua já longa implementação, que ocorrem quer no próprio regulamento do Programa, quer no modelo de financiamento dos projectos, quer na própria tipologia de projectos elegíveis; ▶ Existência de impactes reduzidos no que trata ao Serviço de Telealarme, encontrando-se actualmente a aguardar a sua substituição por outro serviço equivalente (Serviço de Teleassistência Domiciliária).

PROGRAMA	COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS - CSI		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2005	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	População com 65 ou mais anos de idade e com baixos recursos financeiros	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 39.249.895,32€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Actualmente, cerca de 17.000 idosos com mais de 80 anos são beneficiários do Programa. É expectável que, em 2009, o impacte global do complemento no rendimento inicial, seja efectivamente sentido por 300.000 idosos.		
PARCERIAS	Juntas de Freguesia, ONG e IPSS;		
DESCRIÇÃO	<p>Constitui uma prestação financeira adicional, extraordinária, de combate à pobreza da população idosa. O CSI rege-se pelos seguintes princípios-base:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Atenuação das situações de maior carência e debilidade, com um acréscimo de rendimento que permita diminuir significativamente o nível de privação dos idosos; ▶ Concentração dos recursos disponíveis nos estratos da população idosa com menores rendimentos; ▶ Aplicação do princípio da diferenciação positiva enquanto instrumento de justiça social; ▶ Determinação dos rendimentos em função da dimensão e características dos agregados familiares em causa; ▶ Activação da solidariedade familiar, enquanto instrumento de concretização da coesão social. <p>Trata-se de aplicar um complemento no rendimento-base disponível, fixado por referência a um limiar de rendimento e atribuído de forma diferenciada, considerando, por exemplo, as principais características e a totalidade dos rendimentos dos agregados familiares em causa.</p> <p>O Programa sofreu um processo de reestruturação que foi conducente a um alargamento da sua população-alvo. Outra das alterações que o CSI sofreu na sua estrutura de base consistiu na criação de uma Rede Solidária, a qual é constituída por um conjunto de parceiros dispersos por todo o país (ONG, IPSS, Associações e Juntas de Freguesia), a cujos recursos humanos foi dada formação específica pelo ISS.</p>		
AVALIAÇÃO	<p>No contexto das políticas sociais contemporâneas, o CSI configura-se como um programa bastante relevante, por ser uma prestação extraordinária de combate à pobreza dos idosos. Este tem uma natureza directamente económica, uma das principais fragilidades associadas ao envelhecimento e que mais efeitos multiplicadores negativos acaba por gerar, em virtude da privação das necessidades básicas a que obriga, ao que acresce a dimensão considerável que o fenómeno da pobreza assume entre a população idosa portuguesa. Efectivamente, o ISS identificou a existência de aproximadamente 1 milhão de idosos com pensões inferiores a 300€, dos quais 30% se encontram em risco de pobreza. O facto do Programa lançar uma nova estratégia de mínimos sociais para idosos, concentrando os recursos na população idosa com menores rendimentos, assegura que os montantes financeiros são afectos aqueles que mais precisam deles, de modo a reduzir rapidamente a pobreza entre este segmento da população.</p> <p>Todavia, o Programa apresenta igualmente algumas fragilidades, encontrando-se a mais significativa articulada com o facto da determinação dos recursos do requerente contemplar: a) o rendimento do requerente e cônjuge, ou pessoas que com ele viva em união de facto e b) solidariedade familiar, de acordo com o nível de rendimento dos filhos para efeitos fiscais e a composição dos respectivos agregados.</p>		

ESTUDO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS SENIORES EM PORTUGAL

PROGRAMA	PROGRAMA DE CONFORTO HABITACIONAL PARA PESSOAS IDOSAS - PCHI		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2007	ÂMBITO	Distritos de Beja, Bragança e Guarda
POPULAÇÃO-ALVO	Pessoas com 65 ou mais anos	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 21.000,00€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Aproximadamente 600 potenciais beneficiários		
PARCERIAS	Juntas de Freguesia, União das Misericórdias Portuguesas, ONG, IPSS ou entidades similares, Centros Distritais e Câmaras Municipais.		
DISCRIÇÃO	<p>O Programa visa sobretudo apoiar investimentos, ao nível do edificado e do equipamento, na melhoria do conforto das habitações das pessoas idosas, de forma a permitir que estas permaneçam, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, tendo efeitos na melhoria da qualidade de vida e na prevenção de acidentes domésticos e de situações de dependência e pobreza, evitando portanto a sua institucionalização. De modo a ser possível concretizar na íntegra estes ambiciosos objectivos, o PCHI é financiado através de verbas provenientes dos resultados líquidos da exploração dos jogos sociais da SCML.</p> <p>O PCHI está direccionado para pessoas idosas, com 65 e mais anos, com um rendimento mensal <i>per capita</i> abaixo do índice de apoio social (IAS) e que reúne os seguintes requisitos: i) pessoas que vivem nas suas próprias casas, em condições precárias; ii) pessoas que beneficiam de serviços domiciliários ou que dependam de receber qualificações habitacionais iii) pessoas que vivam sozinhas, com um idoso, com um menor ou com familiares que sofram de deficiências; iv) excepcionalmente, pessoas que não beneficiem de assistência domiciliária podem beneficiar, desde que a sua situação seja devidamente justificada.</p> <p>Actualmente o Programa está a ser implementado em três distritos do interior. Em 2008 irão ser acrescentados mais seis novos distritos (incluindo Castelo Branco)</p>		
AVALIAÇÃO	<p>O PCHI tem-se deparado com diversos constrangimentos que têm limitado a sua capacidade de concretização, constituindo por isso elementos que fundamentam uma avaliação negativa dos seus resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Problemas processuais relacionados com a elegibilidade dos beneficiários ao Programa; ► Múltiplas dificuldades relacionadas com a actuação das Autarquias (por exemplo, ao nível financeiro). <p>Entre os factores positivos do Programa, destaque-se a assinatura de protocolos entre o ISS e todas as Autarquias dos três distritos inicialmente seleccionados para o projecto-piloto, o que reflecte bem a valorização dos objectivos do Programa.</p>		

PROGRAMA	PROGRAMA DE TURISMO SÉNIOR		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério da Economia e da Inovação / Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Lazer/Social
INICIO	1995/1996	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	População com 65 ou mais anos	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Co-financiado pelos Ministérios da Economia e Inovação / do Trabalho e da Solidariedade Social.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Mais de 500.000 participantes deste a sua primeira edição e até 2007		
PARCERIAS	Santas Casas da Misericórdia, Câmaras Municipais		
DESCRIÇÃO	<p>Este Programa é gerido pelo INATEL. O seu objectivo é permitir aos seniores visitar locais de interesse turístico e cultural em Portugal e, desde 1997, também em Espanha, graças a um protocolo entre o INATEL e o seu correspondente espanhol <i>Instituto de Migraciones y Servicios Sociales</i> (IMSERSO). Os preços são baixos (o pagamento é feito de acordo com o nível de rendimento) e as condições de segurança são apropriadas para os idosos. As vantagens deste Programa são de natureza social, económica e cultural, porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Melhora a qualidade de vida dos idosos; ► Mantém e cria empregos nas zonas turísticas durante as épocas baixas; ► Permite aos hotéis manter o nível de ocupação e as actividades durante a época baixa; ► Proporciona aos idosos a oportunidade de conhecer as regiões portuguesas. <p>Entre todos aqueles que participaram no Programa é possível encontrar um vasto leque de perfis sociais, económicos e demográficos.</p>		
AVALIAÇÃO	<p>Numa perspectiva social, este Programa tem tido um papel relevante na redefinição de práticas turísticas por parte dos idosos, porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Dá a muitos idosos a oportunidade de passarem as férias num ambiente diferente do seu; ► Permite aos participantes ir de férias (talvez a única vez em todo o ano); ► Estimula o turismo, tornando a prática de férias num hábito (seja no contexto do Programa ou não). 		

1.2.2. Outros programas/políticas da Administração Central

PROGRAMA	REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - RNCCI		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Saúde/Social
INÍCIO	2006	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	Pessoas em situação de dependência, o que inclui múltiplas situações, tais como pessoas idosas com dependência funcional, pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente, pessoas em fase terminal, por doença, pessoas que sofrem de demência e pessoas em situação transitória de doença.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 2.270.560,45€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Fevereiro de 2008: 1.867 camas operacionais (2.229 camas novas com protocolo já assinado). Em 2016 espera-se que o Programa atinja a sua cobertura total: 2.782 Unidades de Convalescença; 3.091 Unidades de Média Duração e Reabilitação; 7.728 Unidades de Longa Duração e Manutenção; 2.318 Unidades de Dia e Promoção da Autonomia; 927 Unidades de Cuidados Paliativos; 40 Equipas hospitalares de cuidados paliativos; 50 Equipas comunitárias de cuidados paliativos; 90 Equipas de Gestão de Altas (1 em cada hospital).		
PARCERIAS	Hospitais, Centros de Saúde, Serviços Distritais e Locais da Segurança Social, Rede Solidária e Autarquias.		
DESCRIÇÃO	<p>Deve entender-se por cuidados continuados integrados o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social decorrentes da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo. Os cuidados continuados integrados incluem-se no SNS e no sistema de Segurança Social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção por um período de tempo, não só para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, mas também depois disso.</p> <p>O objectivo geral da Rede consiste na prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, com os seguintes objectivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência; ▶ Promover, sempre que possível, a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, mediante apoio domiciliário, para que possam ser assegurados os cuidados terapêuticos e o respectivo apoio social necessários à prestação e manutenção de conforto e qualidade de vida; ▶ Actuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; ▶ Melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; ▶ Apoiar os familiares ou prestadores informais na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; ▶ Articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; ▶ Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura ao nível nacional das necessidades de cuidados integrados e de cuidados paliativos das pessoas em situação de dependência. <p>Esta Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.</p>		
AValiação	<p>A RNCCI constitui-se como um importante avanço na prestação de cuidados, promoção de autonomia e melhoria da qualidade de vida das populações idosas.</p> <p>Contudo, a Rede carece ainda de ampliação do número de respostas, assim como da tipologia de respostas prestadas, sendo que estas fragilidades são decorrentes, entre outros factores, da sua recente implementação.</p> <p>Embora tenha vindo a crescer paulatinamente e a bom ritmo, a Rede ainda está longe do número de camas que deveriam já estar disponíveis.</p>		

PROGRAMA	LINHA NACIONAL DE EMERGÊNCIA SOCIAL		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INÍCIO	2001	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	População em situação de emergência social: vítimas de violência doméstica; crianças e jovens em perigo; pessoas em situação de sem-abrigo; idosos em situação de abandono.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 2.237.914,26€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Em 2007, a Linha recebeu 28.783 chamadas.		
PARCERIAS	PT, Forças de Segurança Pública (PSP e GNR), IPSS, Pensões e outros parceiros locais.		

DESCRIÇÃO	<p>A Linha Nacional de Emergência Social é um serviço, criado em 2001, público e gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto, da competência do ISS. Este serviço, disponível no número de telefone 114, destina-se à protecção e salvaguarda da segurança dos cidadãos em situação de Emergência Social, 24 horas por dia, 7 dias por semana, durante todo o ano.</p> <p>O objectivo central consiste em acionar uma resposta social imediata em situações de emergência social e assegurar o acesso a um posterior encaminhamento e acompanhamento social, numa perspectiva de inserção e autonomia.</p> <p>A constatação de que havia uma utilização desajustada do serviço, que levava a que este fosse accionado por motivos de doença e não apenas por emergências de carácter social, levou a que o ISS estabelecesse um protocolo com a PT para a criação de uma linha telefónica, na qual é efectuada a triagem da tipologia de chamadas, por técnicos que receberam formação do ISS. Após essa triagem, apenas as situações de emergência social são encaminhadas para a linha do ISS, cuja equipa é constituída por psicólogos, técnicas de acção social e uma jurista.</p> <p>Em 2007, chegaram à primeira linha um total de 244.827 chamadas, sendo que 87,4% foram consideradas chamadas não úteis. Porém, as situações de efectiva emergência social foram de 28.783 chamadas, quantitativo que ilustra bem a crucialidade desta resposta.</p>
AValiação	<p>Este serviço apresenta como grande potencialidade a ampla plataforma de parceiros envolvidos, dotados de competências bastante heterogéneas, o que constitui condição essencial para assegurar o sucesso das respostas dadas nas situações de emergência social. Todavia, outros factores são igualmente relevantes, nomeadamente, o facto de funcionar em contínuo durante todo o ano e do respectivo acesso ao serviço ser gratuito.</p> <p>Os seus principais factores críticos são: a existência de equívocos relativamente à sua função, o que gera um uso inadequado comprometendo a sua eficácia; e a sua insuficiente capacidade de resposta técnica perante um aumento considerável do número de chamadas.</p>

PROGRAMA		RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO - RSI	
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2003	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	Indivíduos e famílias em situação de grave carência económica e que preencham os requisitos pré-estabelecidos para poderem beneficiar deste apoio.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 345.709.136,71€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Em 2005, foram registados 202.100 beneficiários do RSI		
PARCERIAS	Estado (estruturas sociais), Indivíduos, Famílias, Instituições, Comunidades e Grupos Sociais.		
DESCRIÇÃO	<p>Foi com a implementação do Rendimento Mínimo Garantido (RMG), antecessor do RSI, que surgiram em Portugal conceitos e práticas inovadoras de combate à pobreza e de apoio à inserção social. Concretamente, estes novos instrumentos pretendiam (e pretendem) garantir a disponibilidade e o direito a mínimos de subsistência, a todos aqueles a quem escasseiam recursos, associando-lhe uma contrapartida de esforço de inserção (re-inserção social e profissional).</p> <p>O RSI foi criado com o objectivo de conferir maior eficácia ao Programa e de reforçar o carácter de transitoriedade. À semelhança do RMG, o RSI é composto por uma prestação, de natureza pecuniária, mas de carácter transitório e de montante variável, e por um Programa de inserção "de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e que favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária". Assim, o Programa de inserção do RSI passa a ser constituído por um conjunto de acções destinadas à gradual integração social dos titulares desta medida, bem como dos membros do seu agregado familiar.</p>		
AValiação	<p>O RSI consolidou-se como um importante instrumento de política social à escala nacional, por promover um eficaz combate à pobreza.</p> <p>De acordo com a "Avaliação de Impactes do RMG" (2002), constata-se que os beneficiários do mesmo apresentam uma visão do mundo resignada e não activa, ao que acresce uma dependência face às instituições.</p> <p>O RSI constitui-se como uma nova política social, com inúmeros impactes positivos, designadamente, o facto do carácter regular da prestação permitir às famílias suportar encargos fixos e indispensáveis, e subsequentemente ter um papel decisivo na garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, mas também por promover melhorias significativas ao nível da auto-estima, da motivação, do desenvolvimento de capacidades socio-profissionais e no aumento dos níveis de sociabilidade e afectos.</p> <p>Uma das mais significativas fragilidades desta medida consiste no facto desta gerar uma estigmatização dos seus beneficiários.</p>		

PROGRAMA		REDE SOCIAL	
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	1997	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	A comunidade em geral, e em particular, os indivíduos em situação de pobreza e exclusão social.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Co-financiado pelo Fundo Social Europeu (FSE). Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 2.051.371,85€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Não aplicável.		
PARCERIAS	Autarquias, Entidades públicas e privadas sem fins lucrativos.		
DESCRIÇÃO	O objectivo da Rede Social é promover a união e articulação de esforços entre autarquias e entidades públicas e/ou privadas, de modo a contribuir para a erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão social, num contexto de promoção e aposta no desenvolvimento social.		

PROGRAMA	REDE SOCIAL
	<p>As Redes Sociais corporizam-se em Comissões Sociais de Freguesia (CSF) e em Conselhos Locais de Acção Social (CLAS), sendo a estas que compete elaborar e aprovar os Regulamentos Internos que garantem a aplicação dos princípios da Rede Social.</p> <p>Os objectivos estratégicos preconizados para a Rede Social passam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Pelo desenvolvimento de uma parceria, efectiva e dinâmica, que articule a intervenção social dos diferentes agentes locais; ► Pela promoção de um planeamento integrado e sistemático, potenciando sinergias, competências e recursos ao nível local; ► Pela garantia de uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais nos concelhos e freguesias em causa. <p>A proposta metodológica de implementação da Rede Social assenta numa estratégia participada de planeamento, que comporta, numa primeira fase, a elaboração de um diagnóstico social e, numa segunda fase, sequencial, a realização de um Plano de Desenvolvimento Social onde se definam os objectivos e estratégias de intervenção, se preconizam os planos de acção a concretizar a curto-médio prazo, incluindo a definição do processo de avaliação a encetar posteriormente.</p>
AVALIAÇÃO	<p>O Programa, tal como concluído na "Avaliação de Programa da Rede Social - Relatório Síntese" (2005), à semelhança das novas políticas sociais, demarca-se das tradicionais formas de intervir nas questões sociais, quer por visar uma intervenção multidimensional dos problemas sociais, quer pelas acções terem lógicas territorializadas, tendo em conta as especificidades socio-culturais de cada contexto. Por outro lado, o Programa Rede Social concebe o "desenvolvimento" como o resultado de uma intervenção integrada de diferentes actores. Este assume-se como um Programa ambicioso e inovador ao nível das políticas sociais, que apela à reconceptualização global da intervenção.</p>

PROGRAMA	PROGRAMA PARA A INCLUSÃO E DESENVOLVIMENTO - PROGRIDE		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INÍCIO	2004	ÂMBITO	Portugal Continental
POPULAÇÃO-ALVO	Grupos confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza persistentes.	ESTADO	-
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 13.076.373,67€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Informação não disponível.		
PARCERIAS	Entidades de direito privado sem fins lucrativos que actuem na área da solidariedade social e Autarquias Locais.		
DESCRIÇÃO	<p>Este Programa pretende agir sobretudo nos fenómenos de pobreza e exclusão social. De modo a poder alargar o seu âmbito e dimensão de actuação, podem candidatar projectos, para além das autarquias locais, entidades de direito privado sem fins lucrativos que actuem no domínio da solidariedade social (por exemplo, IPSS, Misericórdias, ONG, etc).</p> <p>Assumindo uma abordagem multidimensional destas problemáticas e visando intervenções de carácter integrado, o Programa procura atingir alguns objectivos fundamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Promover a inclusão social em territórios marginalizados e degradados e combater o isolamento, o esvaziamento demográfico e a exclusão em territórios marcadamente deprimidos; ► Intervir activamente junto de grupos específicos, persistentemente confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza. <p>De modo a concretizar estes objectivos, encontra-se estruturado em duas medidas distintas: uma que apoia projectos de combate a fenómenos graves de exclusão (em territórios considerados prioritários), e outra que apoia projectos que promovam a inclusão e melhoria das condições de vida de alguns grupos populacionais específicos.</p>		
AVALIAÇÃO	<p>O PROGRIDE apresenta um conjunto de fragilidades, de entre as quais se salienta a necessidade de correcção para um maior esforço de coesão territorial, decorrente da exclusão dos territórios mais deprimidos por falta de dinâmica das instituições locais, por uma inadequada correspondência entre os meios e a mobilização dos actores e parceiros face aos objectivos genéricos estabelecidos, a não integração das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e a desordenada distribuição geográfica dos projectos face a um planeamento desejável (havendo uma distribuição avulsa dos territórios contemplados).</p>		

PROGRAMA	PROGRAMA COMUNITÁRIO PARA AJUDA ALIMENTAR A CARENCIADOS - PCAAC		
ENTIDADE PROMOTORA	Comissão Europeia (CE)	TIPOLOGIA	Social
INÍCIO	1986/1987	ÂMBITO	União Europeia
POPULAÇÃO-ALVO	Famílias/pessoas e instituições/utentes cuja situação de dependência social e/ou económica pode ser observada e provada.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 222.615,31€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Em Portugal, o PCAAC tem cerca de 1.700 entidades mediadoras		
PARCERIAS	Instituições, ISS.		
DESCRIÇÃO	<p>Anualmente promovido pela CE, o PCAAC baseia-se no fornecimento de produtos alimentares existentes nos armazéns de intervenção da CE com a finalidade de ajuda.</p> <p>O Conselho, de acordo com os objectivos da Política Agrícola Comum - nomeadamente a redução de stocks para nível normal estabeleceu as "normas gerais para o fornecimento de certas organizações em termos de produtos alimentares através dos stocks de intervenção para serem distribuídos pelos mais necessitados na Comunidade".</p> <p>Os beneficiários do PCAAC são todas as famílias/pessoas e instituições/utentes, cuja situação de dependência social e/ou financeira for constatada e reconhecida com base nos Critérios de Elegibilidade aprovados.</p>		

AVALIAÇÃO	<p>Uma avaliação do PCAAC revela tratar-se de um Programa importante, na medida em que visa suprimir carências essenciais (alimentares), no entanto, a sua aplicabilidade prática depara-se com notáveis fragilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► O cabaz de alimentos, que se apresenta pouco diversificado; ► Os critérios de elegibilidade estabelecidos para o público-alvo consideram situações que nem sempre correspondem a uma pobreza efectiva e carência económica; ► A complexa e morosa gestão do Programa; ► O facto de ter subjacente uma filosofia assistencialista; ► O Programa poderia chegar a um universo de beneficiários superior ao actualmente registado, caso existissem contra-partidas para as entidades mediadoras. <p>Contudo, o Programa apresenta também um conjunto de potencialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Elevado alcance; ► Uma vasta plataforma de parcerias; ► As reestruturações de que o Programa está a ser alvo, com vista à sua melhoria, possibilitando uma gestão mais eficaz e eficiente do mesmo.

PROGRAMA	PROGRAMA DE ALARGAMENTO DA REDE DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS - PARES		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2006	ÂMBITO	Nacional
POPULAÇÃO-ALVO	IPSS ou equiparadas	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Segundo dados do ISS, a despesa relativa ao ano de 2007 afecta a este Programa é de 363.344,36€.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Na primeira fase de candidaturas ao PARES, foram aprovadas 275 novas respostas que correspondem a 9.097 novos lugares em equipamentos cujo público-alvo são os idosos.		
PARCERIAS	Públicas e Privadas.		
DESCRIÇÃO	<p>Nos próximos anos, à escala nacional, a ampliação da rede de equipamentos sociais, estará centrada no PARES. O PARES planeia as necessidades de equipamentos ao nível territorial, com selecção de projectos em áreas com baixa taxa de cobertura e mais vulneráveis à exclusão social, de forma a corrigir as assimetrias na distribuição da capacidade instalada. Simultaneamente, procura estimular o investimento privado privilegiando os projectos que recorram a um maior financiamento próprio, através de parcerias entre as instituições e os seus parceiros locais.</p> <p>O alargamento da rede de equipamentos assenta na criação de novos lugares em determinadas respostas sociais alvo: Infância e Juventude (propõe-se o aumento da capacidade instalada em 50%); Pessoas Idosas (aumento da capacidade em 10%); Pessoas com Deficiência (aumento da capacidade instalada entre 10 a 30%).</p> <p>O Programa deverá ser implementado através de parcerias com a Rede Solidária, constituída pelas IPSS ou equiparadas, e também através de um incentivo inovador ao sector privado lucrativo, mediante um processo autónomo de apoio ao investimento.</p> <p>Assim, no âmbito da Rede Solidária os projectos a co-financiar, podem ter como âmbito de intervenção obras de construção de raiz; ampliação ou melhoria dos equipamentos existentes (desde que geradores de novos lugares); a aquisição de imóvel ou fracção e a aquisição de imobilizado corpóreo necessário ao funcionamento dos mesmos. Na Rede Privada o Programa apoia o pagamento de juros face ao crédito adquirido para a construção e aquisição de novos equipamentos ou remodelação de outros já em funcionamento.</p>		
AVALIAÇÃO	<p>Uma avaliação <i>on-going</i> do Programa coloca em evidência a existência de um importante conjunto de aspectos positivos, entre os quais se destacam os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► A consciencialização da necessidade de aumentar a oferta de equipamentos sociais à escala nacional; ► O seu carácter inovador em termos de prossecução de um efectivo planeamento das necessidades ao nível territorial, com critérios de selecção estabelecidos; ► A tipologia do financiamento do Programa é igualmente um aspecto importante a ter em conta, pois permite a sustentabilidade do financiamento num horizonte temporal ajustado à tipologia dos projectos; ► A criação de novos postos de trabalho. <p>Não obstante a multiplicidade de factores positivos do Programa, este apresenta também fragilidades a ter em conta, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ► O facto de numa primeira fase se revelar circunscrito a três públicos-alvo, excluindo outros com carências ao nível da oferta; ► No que trata às metas de aumento da rede para a população idosa (10%), esta revela-se insuficiente para as necessidades actuais; ► A exclusão das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. 		

PROGRAMA	PROGRAMA DE APOIO AO INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS SOCIAIS - PAIES		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	2006	ÂMBITO	Portugal Continental
POPULAÇÃO-ALVO	Entidades privadas (com e sem finalidade lucrativa), excluindo as IPSS ou equiparadas.	ESTADO	Em curso
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	O Programa é financiado por ganhos de jogos sociais atribuídos pelo MTSS. O montante total do investimento irá criar 6.260 novos locais entre os equipamentos sociais.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Informação não disponível.		
PARCERIAS	IPSS e Entidades Privadas.		

PROGRAMA	PROGRAMA DE APOIO AO INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS SOCIAIS - PAIES
DESCRIÇÃO	<p>Enquadrado no Projecto de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais, o PAIES destina-se a entidades privadas (com e sem finalidade lucrativa), excluindo as IPSS ou equiparadas a IPSS, dado que as mesmas poderão beneficiar do Programa PARES.</p> <p>O apoio ao investimento no âmbito do PAIES, destina-se a novos lugares a criar tendo como tipologias de projecto: obras de construção de raiz; obras de ampliação, remodelação de edifício ou fracção; aquisição de edifício ou fracção. O PAIES tem como principal finalidade apoiar o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais, mediante a concessão de incentivos ao investimento, por parte da iniciativa privada, em respostas destinadas às crianças, às pessoas idosas e às pessoas portadoras de deficiência.</p>
AVALIAÇÃO	<p>Uma breve avaliação ao PAIES, embora condicionada por se tratar de um Programa relativamente recente, permite no entanto identificar um conjunto de potencialidades, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A própria natureza do Programa, cujo objectivo consiste no investimento em equipamentos sociais; ▶ A sustentabilidade do financiamento num horizonte temporal ajustado à tipologia dos projectos; ▶ O facto do Programa fomentar o investimento privado. <p>Como fragilidade do Programa destaca-se a exclusão dos Arquipélagos dos Açores e da Madeira, atendendo a que o mesmo é restrito Portugal Continental.</p>

PROGRAMA	SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA		
ENTIDADE PROMOTORA	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	TIPOLOGIA	Social
INICIO	Ainda não foi iniciado.	ÂMBITO	-
POPULAÇÃO-ALVO	Pessoas em situação de risco por idade, incapacidade ou autonomia limitada.	ESTADO	Em fase de projecto
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Informação não disponível.		
POPULAÇÃO SERVIDA	Para o primeiro ano de implementação do projecto está previsto abrangerem-se 5.000 beneficiários.		
PARCERIAS	Celebração de contrato de prestação de serviços com uma empresa privada.		
DISCRIÇÃO	Este serviço, da responsabilidade do ISS, possibilita a pessoas em situação de risco "por motivos de idade, incapacidade ou limitação na sua autonomia", o acesso a um sistema de vigilância domiciliária permanente e, simultaneamente, e a assistência em caso de emergência ou de situações problemáticas. Em termos operacionais, trata-se de uma linha telefónica e de um equipamento de comunicação, que conectam uma Central de Prestação de Cuidados e o domicílio do utente todos os dias do ano, durante as 24 horas do dia. Numa experiência piloto a realizar no distrito de Setúbal estará também contemplada uma unidade móvel.		
AVALIAÇÃO	Embora este serviço ainda não tenha sido implementado, num contexto de avaliação ex-ante, ressaltam desde logo alguns aspectos. O primeiro factor crítico está associado ao facto de alguns objectivos (indicadores de resultado) do Programa serem demasiado ambiciosos, designadamente, estar previsto para o primeiro ano de implementação do projecto abrangerem-se 5.000 beneficiários, quando o perfil da população sénior portuguesa se apresenta ainda profundamente marcado pela iliteracia, resistência à inovação e fraca adesão a novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Um segundo factor crítico resulta da não implementação do Programa até ao momento, devido a questões processuais associadas ao concurso público internacional lançado (recurso e contestações por parte de diversas empresas concorrentes), o que tem adiado sucessivamente a materialização do Programa.		

PROGRAMME	PROGRAMA DE APOIO A DOENTES ESTRANGEIROS - PADE		
ENTIDADE PROMOTORA	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) / Instituto de Segurança Social (ISS)	TIPOLOGIA	Social/Saúde
INICIO	Dezembro de 2007	ÂMBITO	Internacional
POPULAÇÃO-ALVO	Doentes estrangeiros oriundos dos PALOP para Portugal para fins de tratamento.	ESTADO	Em fase de projecto
MONTANTE FINANCEIRO AFECTO	Informação não disponível.		
POPULAÇÃO SERVIDA	8 pacientes, mas existe a possibilidade deste quantitativo aumentar. Uma das metas que este Programa se propõe atingir consiste na atribuição de 75 bolsas anuais para apoio social aos doentes		
PARCERIAS	-		
DESCRIÇÃO	A criação do Programa resulta da constatação de ausência de enquadramento na sociedade portuguesa dos imigrantes cujo motivo de imigração é a doença. Esta situação despoleta consequências negativas para a sua saúde e resulta numa estadia irregular no país a partir do momento que saem do hospital. O seu objectivo é dar uma resposta de acolhimento temporário e apoio financeiro aos doentes estrangeiros oriundos dos PALOP durante a sua estadia em Portugal para efeitos de tratamento de doença, encontrando-se igualmente prevista a prestação de apoio aos seus acompanhantes, desde que as embaixadas comprovem efectiva capacidade de apoio aos cidadãos em causa.		
AVALIAÇÃO	Atendendo a que o PADE se encontra na fase de arranque, a sua avaliação configura-se relativamente limitada. Todavia, aspectos críticos e positivos podem desde já ser salientados. Este Programa visa um acompanhamento dos cidadãos dos PALOP em circuito fechado. Tal intervenção tem uma dupla eficácia, em primeiro lugar, porque tem efeitos positivos directos na eficácia do próprio tratamento médico, e em segundo lugar porque se constitui como uma medida de combate à imigração ilegal em Portugal. Está prevista uma monitorização criteriosa com o objectivo de suprimir eventuais fragilidades identificadas no decurso da sua execução. Concentram-se os beneficiários do Programa na mesma habitação, por motivos de obtenção de sinergias na prestação de serviços e apoios e por motivos financeiros. Esta situação, embora possa constituir-se como um factor crítico pelo facto de se juntarem pessoas, todas elas com problemas patológicos, comprometendo, do ponto de vista psicológico a sua recuperação, constitui igualmente uma potencialidade, sendo uma oportunidade de partilha de experiências e de força individual entre cidadãos com percursos semelhantes.		

1.2.3. Programas da Administração Local para a população sénior: alguns exemplos

“Amadora Multiserviços”

Criado em 2007, o Programa Amadora Multiserviços (basta um toque 800 207 632) é desenvolvido em parceria pela Câmara Municipal da Amadora e pela Escola Intercultural das Profissões e do Desporto da Amadora (EIPDA).

Os objectivos do Programa Amadora Multiserviços passam por:

- ▶ Proporcionar aos destinatários do projecto a realização de pequenas reparações/adaptações na sua habitação;
- ▶ Promover a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários;
- ▶ Facilitar a inserção socio-profissional de públicos desfavorecidos em serviços de proximidade;
- ▶ Apoiar a permanência de pessoas no domicílio assegurando as necessidades relacionadas com a sua mobilidade, segurança e conforto;
- ▶ Constituir uma resposta complementar de apoio às Instituições prestadoras de serviços de apoio.

Em termos concretos, através de uma chamada para a linha telefónica do serviço, com atendimento por pessoal especializado, são disponibilizados serviços de: carpintaria, construção civil, serralharia, electricidade, comunicações, canalização, isolamentos, impermeabilização, bem como a deslocação de móveis dentro da habitação, a substituição de vidros partidos, a colocação de fitas anti-derrapantes em escadas, entre outros. Os residentes com dificuldades motoras ou com mais de 65 anos podem beneficiar ainda da entrega domiciliária de bens de primeira necessidade, incluindo medicamentos. Destina-se a uma população-alvo constituída por idosos com 65 ou mais anos, mas também a portadores de deficiência e pessoas em situação de dependência, residentes no concelho e com baixos recursos económicos (rendimento *per capita* igual ou inferior à pensão social).

Cartão Sénior Municipal Estarreja



Este Programa beneficia essencialmente os que têm um rendimento reduzido, sem esquecer todas as pessoas a partir dos 65 anos.

A iniciativa municipal pretende fomentar o convívio, a frequência de espaços culturais e de lazer, o comércio local e a melhoria da situação económica dos seniores. Desta forma pretende-se atenuar a solidão dos idosos do concelho, dinamizando momentos de lazer e reforçando a sua participação e contribuindo para a melhoria das suas condições de vida.

O Cartão Sénior apresenta duas modalidades: geral e específico, sendo este destinado a titulares cujo rendimento *per capita* não exceda os 70% do salário mínimo nacional.

Os benefícios são concedidos em diversas áreas, desde a cultura e o lazer, ao desporto, passando pelas infra-estruturas básicas (água e saneamento), saúde e comércio.

Benefícios gerais do Cartão Sénior:

- ▶ Bilhetes gratuitos de entrada (em número limitado e pré-definido) nos espaços e actividades culturais promovidos pela Câmara Municipal de Estarreja;
- ▶ Isenção no pagamento das entradas nas piscinas municipais;

- ▶ Possibilidade de isenção no pagamento das entradas nos espectáculos culturais e desportivos das Colectividades do concelho que venham a celebrar protocolos de cooperação com a Câmara Municipal;
- ▶ Descontos em estabelecimentos comerciais em bens e/ou serviços prestados por empresas locais que venham a celebrar protocolos de cooperação com a Câmara Municipal.

Benefícios específicos do Cartão Sénior (para titulares cujo rendimento *per capita* não exceda os 70% do salário mínimo nacional):

- ▶ Isenção do pagamento de consumo de água para fins domésticos e das tarifas de saneamento até 3m³;
- ▶ Redução de 50% no custo de ligação domiciliária de água, incluindo a ligação do contador;
- ▶ Comparticipação de 25% da parte não comparticipada pelo SNS e até ao limite anual da pensão social, na medicação adquirida mediante receita médica;
- ▶ Caso o idoso sofra de doença crónica a comparticipação será até ao montante de duas pensões sociais.



Programa Nacional de Desporto para Todos

A melhoria da saúde e da qualidade de vida da população portuguesa é a missão do Programa Nacional de Desporto para Todos, cujos objectivos são:

- ▶ Mobilizar a população sedentária para incluir a Actividade Física nas rotinas diárias;
- ▶ Aumentar o conhecimento dos benefícios de uma vida saudável;
- ▶ Aumentar o conhecimento público de que a prática de Actividade Física regular é um comportamento promotor de saúde;
- ▶ Aumentar o conhecimento de que todas as pessoas, independentemente da idade ou estatuto sócio económico, podem e devem realizar regularmente actividade física adaptada às suas condições de vida;
- ▶ Aumentar o conhecimento de que se pode começar ou recomeçar a prática em qualquer idade;
- ▶ Autonomizar os cidadãos para a actividade física, através de disseminação de informação/educação.

O Instituto do Desporto de Portugal, através do Programa Mexa-se, procura impulsionar a prática regular de actividade física e desportiva, em cooperação com o movimento associativo e autarquias locais, bem como com outras estruturas da Administração Central. O principal objectivo do Programa Mexa-se é promover a generalização da prática de actividade física moderada, de forma regular, tornando-a numa atitude quotidiana para a maioria das pessoas. Ao fazê-lo espera-se retorno em qualidade de vida, produtividade e redução dos custos com cuidados de saúde.

Carta Social

A Carta Social (Carta de Equipamentos e Serviços Sociais do Concelho) constitui um documento orientador dos investimentos em equipamentos e serviços sociais ao nível concelhio, que deriva de um processo de diagnóstico territorial, social e institucional e da aplicação de diferentes metodologias de planeamento estratégico e de programação de equipamentos e serviços sociais. Considerando as ainda baixas taxas de cobertura de equipamentos e respostas sociais, ao nível nacional, é fundamental dispor de uma Rede Social adequada, de forma a responder com eficácia e eficiência aos problemas, maximizando os resultados. Nesse sentido, a Carta Social não só fornece indicações claras em matéria de ordenamento do território, como sinaliza os domínios prioritários de investimento de modo a orientar a acção dos actores privados e cooperativos.

Ir mais longe à redescoberta da história local

Este projecto destina-se à população idosa com mais de 65 anos residente no concelho de Oliveira de Azeméis, e tem como objectivo dar a “oportunidade de redescobrir as potencialidades culturais, históricas e paisagísticas da região” aos mais velhos, estimulando o convívio e combatendo o isolamento social em que muitos se encontram. Neste sentido, são organizadas excursões a diferentes locais do concelho em que é dada a conhecer a história regional, desconhecida para a maioria dos participantes.



Programa de Actividade Física para a População Sénior do Concelho de Viseu

Destinado aos residentes com idade superior a 60 anos, o Programa Actividade Sénior - Programa de Actividade Física para a População Sénior do Concelho de Viseu, visa sensibilizar a população para os riscos do sedentarismo e para o importante papel que a actividade física pode desempenhar na criação e manutenção do bem-estar deste grupo etário.

Este Programa resulta de uma colaboração entre a Câmara Municipal de Viseu, a Associação de Desenvolvimento e Investigação de Viseu (ADIV) e a Escola Superior de Educação de Viseu (ESEV) e visa a organização e operacionalização de um curso de especialização na área da Actividade Física para a Idade Sénior, direccionado para licenciados em Educação Física e Desporto, que certificará a qualidade e segurança desejada aos monitores que participarão no projecto. Outros parceiros deste projecto serão também as Juntas de Freguesia e as IPSS.

1.3. O Terceiro Sector

O Terceiro Sector é constituído por organizações da sociedade civil (criadas por iniciativa dos cidadãos) com a finalidade de darem continuidade às práticas tradicionais de caridade, assentes na participação voluntária dos cidadãos, sem fins lucrativos.

O período pós-25 de Abril de 1974 promoveu a emergência de múltiplos movimentos associativos que defendiam causas tão diversificadas como a qualidade de vida, melhores condições de trabalho, de habitação e de cuidados e serviços para os mais vulneráveis. Foi neste contexto que em 1979 foi aprovado o estatuto de IPSS, inicialmente na qualidade de prestadoras de serviços sociais, mas a partir de 1983, também de serviços de saúde, de educação, de habitação, entre outros. Em 1986, com a adesão de Portugal à CE, promoveu-se uma nova ênfase neste sector, pois a chegada de fundos estruturais exigia não só uma maior responsabilidade para com os mais desfavorecidos, mas também porque a adesão

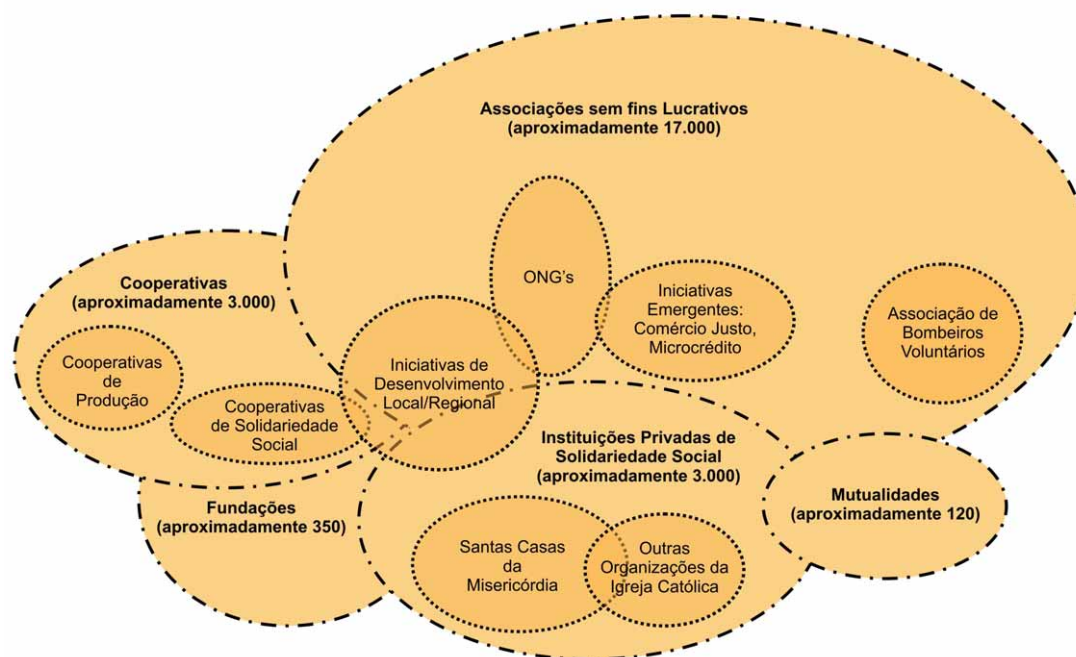
pressuponha a criação de um novo tipo de instituições (Franco, 2005). Deste modo, gerou-se uma consolidação e diversificação dos movimentos associativos na sociedade portuguesa.

Presentemente, o Terceiro Sector assume as seguintes formas legais em Portugal:

- ▶ **Associações:** Este constitui o domínio do Terceiro Sector que abrange o maior número de instituições (aproximadamente 17.000) e complexidade de realidades. Incluem-se aqui as ONG, as iniciativas de desenvolvimento regional e local, as iniciativas de voluntariado e outras recentemente emergentes, tais como as de micro-crédito, de comércio livre, as associações de bombeiros, de defesa dos consumidores, de estudantes, de imigrantes, das famílias, das mulheres, dos jovens, de defesa do ambiente, da leitura e da cultura. Saliente-se que algumas Associações têm o estatuto de IPSS;
- ▶ **Mutualidades:** Estima-se que existam aproximadamente 120 Mutualidades em Portugal, tratando-se portanto do domínio mais circunscrito do Terceiro Sector. Tratam-se de IPSS, com um número ilimitado de membros e a sua principal finalidade consiste em garantir a protecção social e benefícios de saúde aos seus membros;
- ▶ **Cooperativas:** Existindo sensivelmente 3.000 Cooperativas na sociedade portuguesa, estas constituem um dos maiores domínios do Terceiro Sector. As Cooperativas são pessoas colectivas autónomas, com capital e composição variável, que promovem a cooperação e auto-ajuda entre os seus membros, com o objectivo de satisfazer as suas aspirações e necessidades económicas, sociais e culturais, sem lucro. Em Portugal, existem Cooperativas de diferentes tipos, designadamente, consumo, comercialização, agrícola, crédito, habitação e construção, produção operária, artesanato, pescas, cultura, serviços, ensino e solidariedade social. Importa salientar que algumas Cooperativas têm o estatuto de IPSS;
- ▶ **Fundações:** Estima-se a existência de aproximadamente 350 Fundações em Portugal, constituindo uma realidade relativamente recente, introduzida no Código Civil apenas em 1867. À semelhança das cooperativas, estas são pessoas colectivas, que segundo a Lei Portuguesa, requerem a existência de fundos suficientes para estruturar e desenvolver as suas missões. Actualmente, as Fundações existentes têm áreas de intervenção diversificadas, embora incidindo particularmente sobre a educação, ciência e tecnologia, arte, beneficência, entre outros. Note-se que algumas Fundações têm o estatuto de IPSS;
- ▶ **Misericórdias:** Estão entre as organizações sem fins lucrativos mais antigas em Portugal. Estão, desde a sua génese, ligadas à Igreja Católica. A primeira Misericórdia - de Lisboa - foi criada em 1498 e mantém as suas actividades, embora como instituição pública, registando um estatuto único. As Misericórdias recebem apoio financeiro do Estado através do estatuto de IPSS (algumas Misericórdias têm o estatuto de IPSS) a que a maioria acedeu. São cerca de 400, distribuídas pelo país, e concentram-se nas áreas da assistência social e saúde, sendo representadas pela União das Misericórdias, que defende os interesses comuns destas instituições.

Embora se identifiquem cinco grandes domínios no Terceiro Sector em Portugal, as suas intervenções não são isoladas, mas antes relacionais, quer pela sua natureza não lucrativa, quer pelos princípios e objectivos que prosseguem. A estruturação do Terceiro Sector em Portugal é assim sustentada por estas cinco formas legais, que constituem grandes domínios, às quais acresce um sexto domínio, o das Instituições IPSS, que não constitui uma forma legal, mas antes um estatuto (Quintão, 2006). As IPSS são organizações constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa de privados, com o propósito de dar expressão organizacional à defesa dos direitos morais, de solidariedade e justiça entre os indivíduos na sociedade. Podendo estas assumir diferentes naturezas jurídicas (qualquer organização sem fins lucrativos pode adquirir esse estatuto), são as organizações religiosas, nomeadamente da Igreja Católica, que assumem um peso significativo entre as IPSS, dos quais se destacam os Centros Sociais e Paroquiais e as Misericórdias. Actualmente existem mais de 3.000 IPSS em Portugal visando objectivos muito distintos.

Figura 54. Estruturação do Terceiro Sector, em Portugal



Fonte: Adaptado de Carlota Quintão, 2006.

1.3.1. As organizações não lucrativas

1.3.1.1. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)

A figura IPSS surge na Constituição de 1976, como uma resposta para a tentativa de criar condições de alojamento para o crescente número de cidadãos idosos e pessoas com necessidades, num esforço conjunto entre o Estado e a Sociedade Civil. Assim, as IPSS apresentam-se como “instituições sem fins lucrativos, criadas por entidades privadas, com o objectivo de uma materialização organizada dos valores de solidariedade e justiça entre indivíduos”. Esta figura a que qualquer organização não lucrativa pode aceder, confere a essa organização o estatuto de utilidade pública, permitindo-lhe beneficiar de um conjunto de vantagens e financiamentos provenientes do Estado. Um dos seus principais objectivos é “proteger os cidadãos idosos e deficientes em situações onde haja uma lacuna significativa de meios (ou que não haja meios de todo) de subsistência ou capacidade de trabalho”. Em 2007, estima-se que existiam 3.500 instituições de solidariedade a prestarem serviços sociais, dirigidos a diferentes grupos-alvo, entre eles, os idosos (*Figura 55*).

Hoje em dia, a intervenção das IPSS junto dos idosos adquire uma perspectiva ainda mais alargada, não estando limitada aos domínios tradicionais de protecção e apoio básicos às necessidades dos seniores. É necessário ter uma visão holística no que diz respeito às acções dirigidas à população idosa e nesse sentido, as acções desenvolvidas pelas IPSS têm sido louváveis em áreas que - embora não essenciais - são relevantes na promoção do bem estar e na qualidade de vida desta população: cultura, desporto ou tempos livres. De salientar a importância da Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS), cujo principal objectivo de promover um envelhecimento activo e o desenvolvimento individual e em comunidade foi atingido através do apoio à implementação de uma rede nacional de universidades da terceira idade (*Figura 56*).

Figura 55. Instituições Particulares de Solidariedade Social, 2007 (N.º)

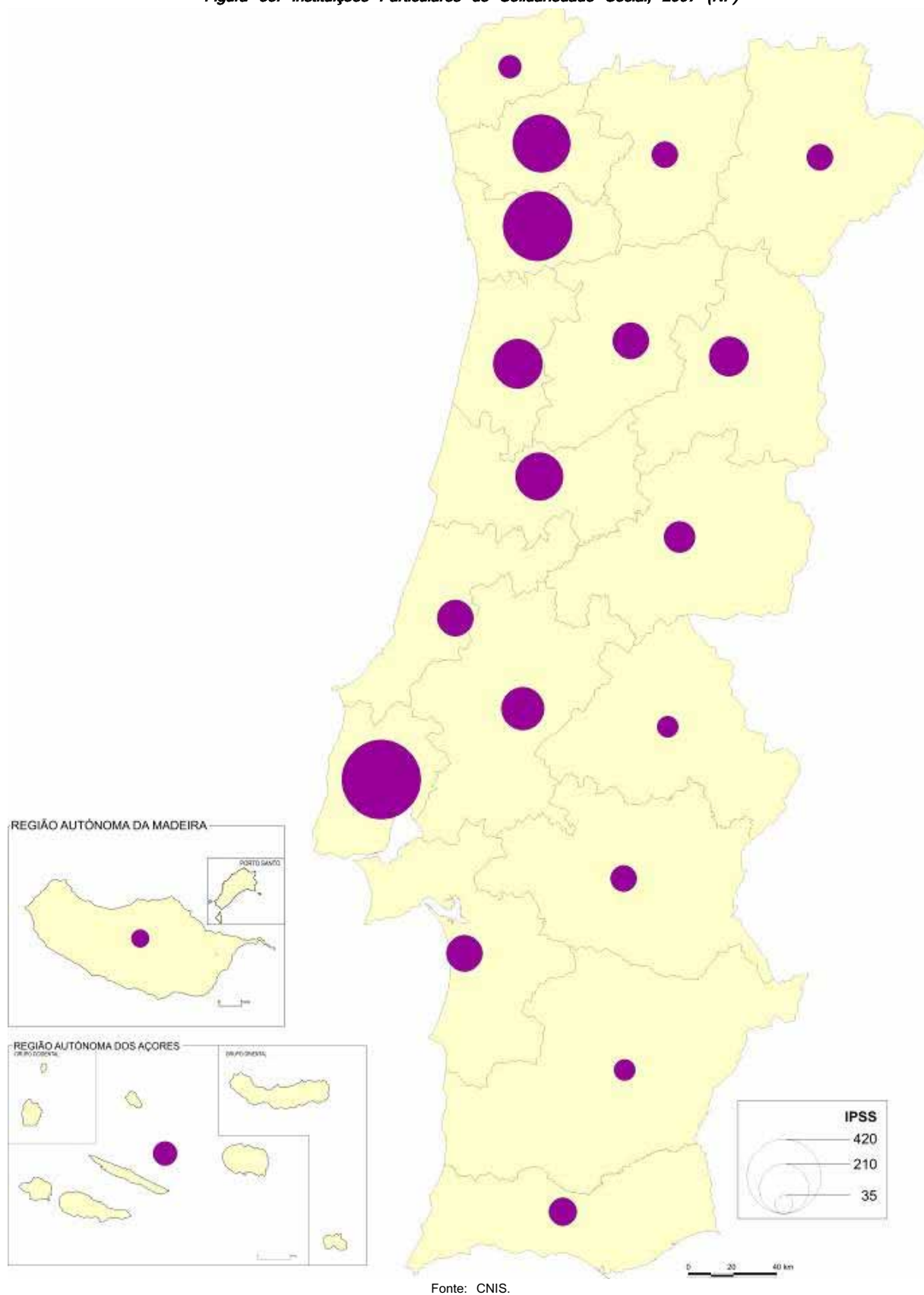
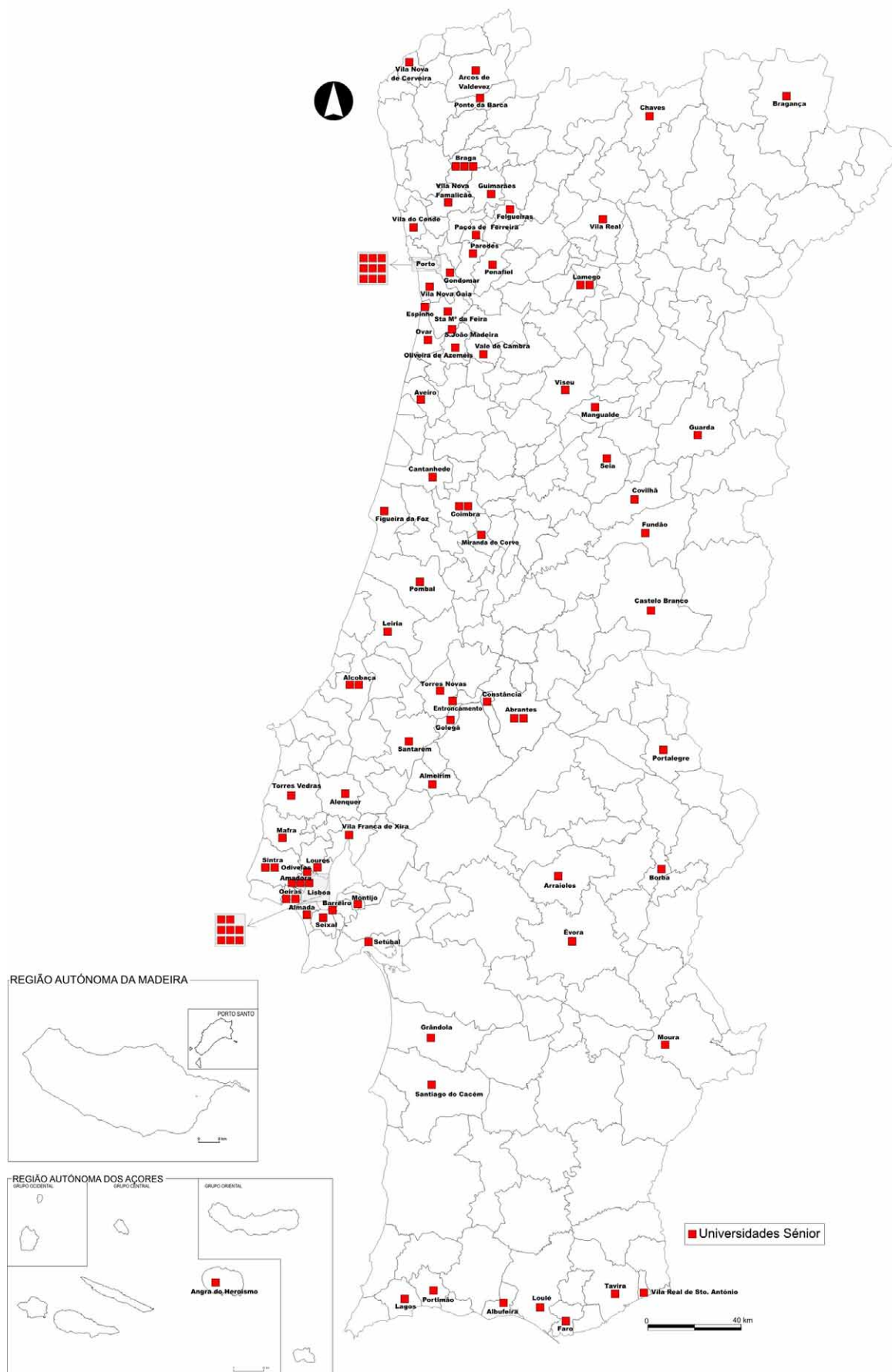


Figura 56. Universidades Seniores, 2007 (N.º)



Fonte: RUTIS - Rede das Universidades da Terceira Idade.

Podem ser estabelecidos acordos de cooperação (com concessão directa de benefícios), assim como acordos de gestão entre o Estado (Administração Central ou Local) e as IPSS (nos quais estas assumem os serviços de gestão e equipamentos do Estado). As IPSS podem igualmente receber apoio estatal para a construção ou remodelação de equipamentos sociais, através do Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC) ou outros programas específicos. O apoio do Estado evoluiu assumindo a forma de contrato através do qual o Estado paga um montante pré-definido por cada beneficiário que as IPSS servem. Estas parcerias entre Estado e IPSS têm sido fundamentais na implementação e cumprimento de uma política eficaz de apoio a idosos.

As IPSS têm um segundo nível de organização, as Uniões Distritais, que defendem os interesses das IPSS perante o poder político e prestam diversos apoios, tais como aconselhamento legal e serviços de contabilidade, e um terceiro nível, a Confederação das IPSS, que representa as Uniões Distritais.

Para além das IPSS, existem outras entidades privadas sem fins lucrativos, que podem levar a cabo várias actividades de apoio social, no âmbito dos serviços sociais, tendo em conta vários públicos-alvo, entre os quais, os idosos. Estas entidades são sujeitas a licenciamentos, inspecções e supervisão por parte das respectivas autoridades competentes do Estado.

Quadro 97. Montante financeiro que o Instituto de Segurança Social afecta às Instituições Privadas de Solidariedade Social, 2007

	Montante Financeiro Afecto às IPSS	Montante Financeiro Afecto às IPSS Destinadas à Prestação de Apoio a Idosos	
	€	€	%
COOPERAÇÃO			
Gestão Corrente	1.049.395.282,00	414.279.256,97	39,5
Programa	17.108.939,00	5.464.240,47	31,9
SUBSÍDIOS			
Subsídios Eventuais	2.699.597,85	2.699.597,85	100,0
PROGRAMAS/PROJECTOS			
Total	24.071.213,09	3.994.139,67	16,6
PRESTAÇÕES			
Rendimento Social de Inserção	12.346.265,32	-	0,0

Fonte: ISS, IP. - Departamento de Gestão Financeira, 2008.

Misericórdias Portuguesas

As Misericórdias Portuguesas estão entre as organizações mais antigas de Portugal. A primeira - de Lisboa - foi criada em 1498, em resultado da intervenção da Rainha D. Leonor, com a finalidade de ajudar a resolver os problemas sociais que iam surgindo nos grandes centros urbanos do país, na sequência da expansão marítima e das batalhas. O exemplo pioneiro de Lisboa acabou por ser seguido por outras localidades, ainda nesse ano. No ano seguinte, surgiram também Misericórdias em duas importantes cidades, Porto e Évora. Até à morte de D. Leonor, terão sido criadas 1.525 Misericórdias, existindo actualmente 377 Santas Casas da Misericórdia em todo o país.

As Misericórdias Portuguesas são coordenadas pela União das Misericórdias Portuguesas (UMP), criada em 1976, no seguimento das transformações sociais que ocorreram após o 25 de Abril de 1974. A UMP rege-se por estatutos próprios gozando de personalidade jurídica civil e canónica e é uma Associação formada pelo conjunto das Misericórdias que votaram os estatutos e por todas as que acabaram por aderir.

A prestação de cuidados por parte das Misericórdias aos idosos, foi inicialmente orientada para aqueles que saíam das unidades hospitalares e, portanto, padeciam de maiores cuidados sociais e de saúde. A constatação de que os idosos representavam um público-alvo em crescimento e que as restantes entidades manifestavam um diminuto interesse em lhes assegurar a prestação de cuidados, revelando uma preferência por outros públicos-alvo, levou a que as Misericórdias comesçassem a construir lares para idosos, na

década de 60. Contudo, nesta época, a esperança média de vida apresentava-se inferior e os níveis de autonomia e subsequente mobilidade eram maiores, o que gerava períodos de institucionalização diminutos. Na década de 90, registava-se um cenário bastante diferente, pois associado ao aumento da esperança média de vida da população portuguesa, registou-se um aumento substancial do tempo de permanência dos idosos nos lares da Santa Casa da Misericórdia, frequentemente idosos muito dependentes, o que fez com que estes equipamentos se tornassem espaços pouco atractivos para aqueles que apresentavam maior autonomia.

As Misericórdias Portuguesas, impulsionadas pela UMP, têm procurado diversificar a sua prestação de serviços à população idosa, apresentando actualmente respostas sociais diversificadas como lares, centros de dia, centros de convívio, residências assistidas, serviço de apoio domiciliário e, mais recentemente, tipologias de serviços que compõem a rede de cuidados continuados de saúde.

Procurando orientar e estruturar as actividades das Misericórdias, a UMP criou a Turicórdia, uma estrutura para criar a Rede de Turismo Social nas Misericórdias. Entre as múltiplas dimensões do turismo social, juvenil, cultural, religioso e empresarial, encontra-se também a componente sénior, reflectindo assim uma vez mais uma preocupação focada nesta população.

De acordo com dados recentemente avançados num estudo da Congregação das Santas Casas da Misericórdia (Lemos, 2005), ao nível nacional, e baseado nos resultados de um inquérito a 47% do total das Santas Casas do país, é possível confirmar a larga escala destas entidades.

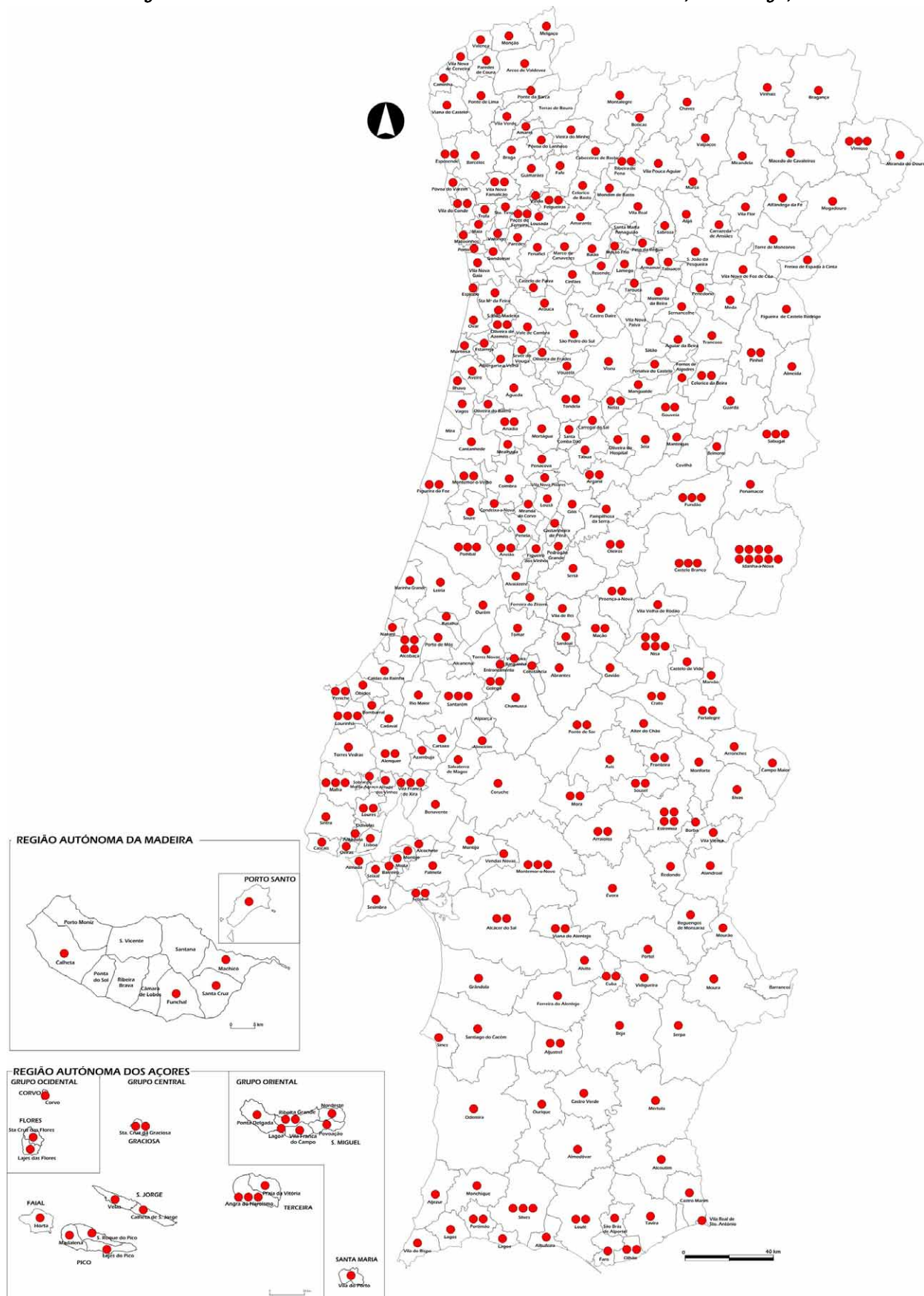
As principais respostas sociais proporcionadas aos idosos pelas Santas Casas da Misericórdia são: famílias de acolhimento, apoio domiciliário; centros de dia; lares de grande dependência (no total, existem 712 respostas sociais). A capacidade total destas respostas é de 30.720 vagas; as respostas com maior capacidade são os lares (11.499 utentes); o apoio domiciliário (9,254 visitas domiciliárias) e os centros de dia (6.631 vagas). O número de utentes é também mais elevado nos lares (11.499 utentes); no apoio domiciliário (8.344 utentes) e nos centros de dia (6.568 utentes). O total de utentes das Santas Casas da Misericórdia é de 29.096. Não obstante a elevada capacidade de resposta das Santas Casas da Misericórdia, ainda existe um total de 17.567 utentes em lista de espera. As casas de repouso são a resposta social com maior procura (14.679 utentes em lista de espera), seguidas pelo apoio domiciliário (1.273 idosos em lista de espera).

Quadro 98. Estatísticas globais relativas às respostas sociais nas Santas Casas da Misericórdia, 2005 (N.º)

Respostas Sociais	N.º	Capacidade	Utentes	Idosos em Lista de Espera
Famílias de Acolhimento para Idosos	0	0	0	0
Apoio domiciliário	210	9.254	8.344	1.273
Centros de Dia	205	6.631	6.568	233
Lares para grandes dependentes	21	849	838	757
Lares	195	11.835	11.499	14.679
Residências Assistidas	18	503	578	394
Outros	63	1.648	1.269	231
Total	712	30.720	29.096	17.567

Fonte: "As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos", 2005.

Figura 57. Padrão de estabelecimentos das Santas Casas da Misericórdia, em Portugal, 2008



Fonte: Estatísticas da União das Misericórdias Portuguesas.

O estudo acima referido confirma que o custo médio por utente/mês varia de acordo com o seu grau de autonomia/dependência. Consequentemente, e no geral, quanto mais elevado é o grau de dependência, mais elevados são os custos mensais do utente. Deste modo, a média dos custos atinge o montante médio mais elevado nos lares para grandes dependentes (722€ em média), seguido da resposta social residências assistidas (614€ em média) e finalmente, os lares (482€ em média). Nas restantes respostas sociais os custos médios mensais por utente são substancialmente mais reduzidos.

Quadro 99. Custos médios por utente/mês, de acordo com o grau de autonomia/dependência, por resposta social, 2005 (€).

Respostas	Autónomo	Parcialmente Dependente	Dependente	Muito Dependente	Média
Famílias de Acolhimento para Idosos	-	-	-	-	-
Apoio domiciliário	185,00	197,00	205,00	216,00	201,00
Centros de Dia	152,00	175,00	211,00	224,00	191,00
Lares para grandes dependentes	712,00	681,00	695,00	802,00	722,00
Lares	435,00	456,00	484,00	551,00	482,00
Residências Assistidas	546,00	615,00	627,00	667,00	614,00
Outros	173,00	164,00	248,00	423,00	252,00
Total	1.549,00	1.586,00	1.631,00	1.674,00	1.610,00

Fonte: "As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos", 2005.

Actualmente, existem aproximadamente 400 Santas Casas da Misericórdia em Portugal Continental e Ilhas. O seu padrão de estabelecimento revela que existe uma concentração significativa ao longo da zona costeira atlântica e nas NUTS II Norte e Centro como uma das suas principais características, o que contrasta com a escassez na NUTS II Alentejo. Nesta região a questão do envelhecimento é bastante preocupante devido à grande proporção de idosos que na sua maioria vivem sozinhos, sendo uma região muito pobre, com uma iniciativa social e económica bastante fraca.



Caso de Estudo **Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)**

Enquadramento

A SCML foi a primeira Misericórdia Portuguesa a ser fundada, a 15 de Agosto de 1498. Fruto das transformações políticas, económicas e sociais, a SCML, pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, sofreu profundas alterações, com reflexo nas suas áreas de actuação. Assim, durante os anos 80, iniciaram-se os trabalhos de reforma dos Estatutos da Misericórdia de Lisboa, que vieram a ser aprovados pelo Decreto-Lei nº 322/91, de 26 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei nº 469/99, de 6 de Novembro, estabelecendo-se que a Instituição prossegue, de forma humanitária e benemerente, fins de acção social, de prestação de cuidados de saúde, de educação e cultura e de promoção da qualidade de vida, sobretudo, a favor dos mais desfavorecidos, devendo dar particular ênfase às obras de misericórdia, nomeadamente nas seguintes áreas: família, maternidade e infância, menores desprotegidos, pessoas idosas, situações sociais de carência grave, cuidados de saúde primários e diferenciados, cumprimento dos encargos decorrentes de doações, heranças ou legados dos seus benfeitores.

Intervenção

No contexto das Instituições Portuguesas de Caridade, as Santas Casas da Misericórdia têm uma natureza legal única, na medida em que constituem uma corporação com utilidade pública administrativa no sector público. Esta articulação estreita entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o Estado corporiza-se num conjunto de deveres e direitos, tais como o facto de ser responsável pelo serviço social do Governo na cidade de Lisboa e ter uma Administração nomeada pelo Governo.

No contexto da acção social, a infância e juventude e a população idosa constituem os principais públicos-alvo das intervenções da SCML. No âmbito da população idosa, essa intervenção caracteriza-se pela existência de um

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



Caso de Estudo

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

conjunto diversificado de respostas sociais, tais como apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, centro de convívio, centro de dia, lar para idosos, residência assistida e residência temporária. Estas respostas sociais existem de forma dispersa por toda a cidade de Lisboa, constituindo os lares de idosos a resposta social mais numerosa. Em 2006, a oferta e procura das respostas sociais da SCML configurava a seguinte realidade:

Lar de idosos

N.º de utentes: 286; N.º de equipamentos: 116; Taxa de ocupação Global: 94%.

Centro de dia

Capacidade: 2.125; N.º de utentes: 1.340; N.º de equipamentos: 81; Taxa de ocupação: 63%.

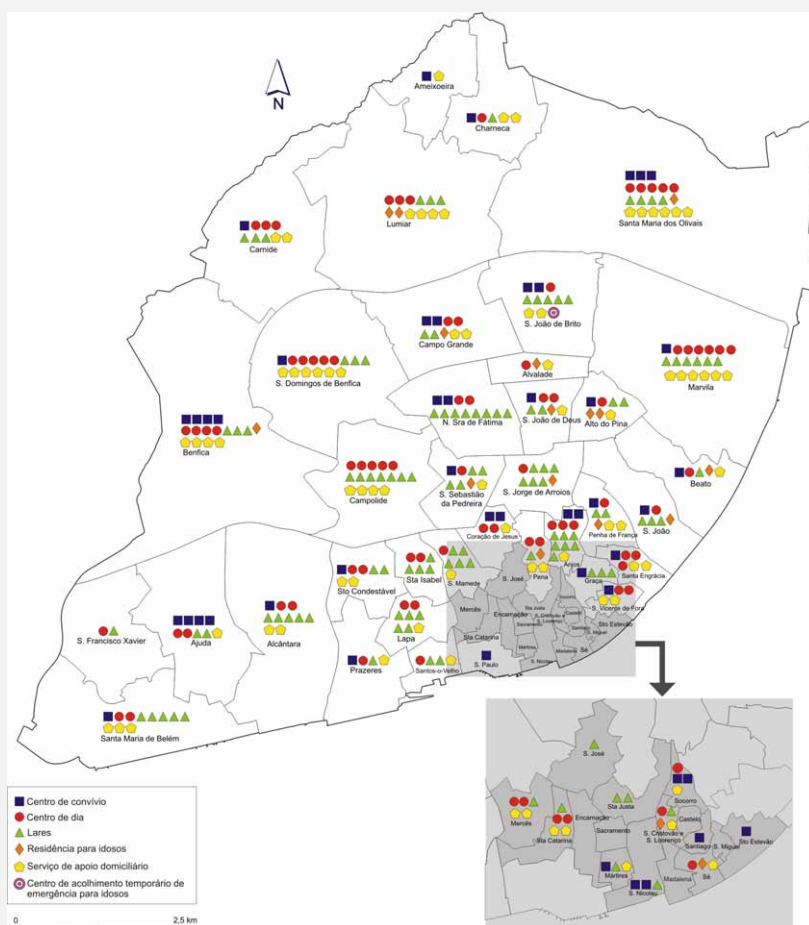
Centro de convívio

Capacidade: 280; N.º de utentes: 224; N.º de equipamentos: 47; Taxa de ocupação: 80%.

Apoio domiciliário

Capacidade: 1.720; Utentes: 1.570; N.º de equipamentos: 79; Capacidade de resposta: 98%.

Figura 58. Respostas sociais para idosos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2007



Fonte: Estatísticas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Concomitantemente a estas respostas sociais, nos anos recentes a SCML tem desenvolvido um vasto conjunto de



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



Caso de Estudo

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

outras tipologias de intervenção norteadas para os idosos, e promovido um conjunto de estudos, solicitado a equipas de investigação externas.

A SCML tem também desenvolvido um conjunto de projectos em múltiplas áreas, orientados para a população idosa, de forma exclusiva ou não, sendo a sua exequibilidade possível devido ao estabelecimento de múltiplas parcerias. Entre esses projectos destacam-se os seguintes:

- ▶ **Cartão de Saúde** - Resultante de uma parceria estabelecida com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, este cartão é atribuído de acordo com 4 escalões de comparticipação, mediante avaliação da situação económico-social de cada idoso, possibilitando o 1º escalão um acesso gratuito aos serviços de saúde. Ainda que não se tratando de um projecto dirigido exclusivamente a idosos, acaba por ter uma importância elevada junto deste público-alvo, em virtude do elevado consumo de cuidados de saúde inerente a este grupo etário;
- ▶ **Programa Partilhar** - Resultante de um protocolo com a Fundação Portugal Telecom, este Programa tem como objectivo a difusão das novas tecnologias junto daqueles que apresentam dificuldades de mobilidade, nomeadamente idosos isolados e jovens apoiados pela SCML. No âmbito deste projecto são distribuídos diversos equipamentos e serviços que permitirão a esta população uma maior sociabilização através de conversações permanentes por vídeo, voz e texto, entre si ou com os centros de dia da SCML que lhes prestam apoio;
- ▶ **Programa Mais Voluntariado, Menos Solidão** - Este Programa é desenvolvido pela SCML em parceria com a Associação Coração Amarelo e a Delegação de Lisboa da Cruz Vermelha Portuguesa, contando ainda com a colaboração de parceiros como as Juntas de Freguesia, Paróquias, Centros de Saúde e PSP. O objectivo deste Programa consiste em apoiar, através de acções de voluntariado, pessoas com 65 ou mais anos que se encontrem em situação de solidão, dependência e/ou isolamento, desprovidos de qualquer tipo de ajuda, de modo a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida. O Programa tem como área de influência a cidade de Lisboa, sendo as acções desenvolvidas por voluntários, que receberão frequentemente formação inicial e acções de formação específica. Os voluntários apoiam os idosos no acesso a infra-estruturas básicas de saúde, culturais e religiosas, bem como no desenvolvimento de actividades de ocupação e lazer, que favoreçam a sua estabilidade emocional e sentimento de segurança;
- ▶ **Projecto Qual_Idade** - Projecto aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL, sustentado numa parceria entre a SCML (parceiro interlocutor junto do Gabinete de Gestão EQUAL), a União das Misericórdias Portuguesas, o Instituto Português da Qualidade, o CEQUAL e a Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos, iniciado em Janeiro de 2005. Considerando o desfasamento existente entre os níveis de qualificação pretendidos e a realidade observada na generalidade dos equipamentos e serviços existentes, o objectivo deste projecto consiste em analisar o grau de adaptabilidade dos Modelos de Avaliação da Qualidade concebidos pelo ISS (no caso dos lares de idosos e do serviço de apoio domiciliário) e pela DGS (no caso dos Cuidados Continuados) com vista a: i) produzir recomendações que possibilitem um aperfeiçoamento dos Modelos de Referência propostos, de modo a aumentar a exequibilidade da implementação dos próprios referenciais; ii) possibilitar a elaboração de instrumentos facilitadores e que apoiem a implementação e o desenvolvimento de Processos de Gestão e Avaliação da Qualidade nos equipamentos e serviços relativos às respostas sociais mencionadas;
- ▶ **Observatório do Envelhecimento (OE)** - Criado em 2006 pela SCML, o OE surge da necessidade interna de promover uma maior sistematização do conhecimento sobre as práticas, metodologias de intervenção e perfil dos utentes (e das suas famílias e/ou cuidadores informais) e de acompanhar a evolução do fenómeno do envelhecimento na sociedade. O OE pretende efectuar uma recolha e sistematização da informação relativa à actividade dos serviços e equipamentos da SCML dirigidos à população idosa, procurando deste modo avaliar e melhorar as respostas, mas também a obter e actualizar informação sobre os factores de exclusão social da população idosa e dos territórios e comunidades em que se integra, melhorando procedimentos, ajudando



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

*Caso de Estudo****Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)***

à tomada de decisão da Direcção da Acção Social da SCML na definição de formas de intervenção mais ajustadas, e procurando a melhoria sustentada dos processos e a prestação de serviços mais adequados aos seus beneficiários. De forma a responder aos seus objectivos, o OE desenvolveu durante 2007, um vasto conjunto de actividades, nomeadamente, i) organização de sessões de partilha de experiências e de resultados de intervenção, com vista à disseminação de boas práticas ao nível interno; ii) constituição de bases de dados assentes em pesquisas regulares; iii) edição e divulgação de uma *Newsletter*; iv) estabelecimento de parcerias formais e informais, à escala nacional e internacional; v) realização de estudos temáticos (designadamente, um estudo em colaboração com um centro de investigação académico denominado “Estudo prospectivo sobre a adequação de respostas às necessidades dos cuidadores informais dos utentes idosos da SCML” de modo a adaptar e/ou criar serviços de suporte à actividade de apoio à prestação de cuidados realizada por aqueles agentes e um Estudo sobre a evolução do perfil dos idosos admitidos pela Misericórdia de Lisboa entre 1991 e 2006); vi) apoio à melhoria da gestão de informação interna, encontrando-se em curso a implementação de um Sistema de Informação Geográfico (SIG) que dotará o OE de bases de dados georeferenciadas de equipamentos, serviços e utentes da SCML, mas que incorporará informação externa diversa e a diferentes escalas; vii) construção e divulgação de publicações sob a forma de guias/manuais;

- **Banco de Ajudas Técnicas** - O projecto do Banco das Ajudas Técnicas (BAT) da Acção Social da SCML surgiu da constatação no terreno da dificuldade de obtenção de ajudas técnicas, em tempo útil, para desenvolver processos de reabilitação, manutenção e prevenção em termos de autonomia e qualidade de vida. O BAT procura a optimização das ajudas técnicas já existentes em algumas respostas sociais, centralizando num único serviço a gestão de todas as ajudas técnicas. O BAT terá a sua sede numa loja em Lisboa, acessível, onde haverá um espaço para as demonstrações, sendo no entanto possível o esclarecimento de dúvidas via telefone ou ainda no domicílio (alguns dos tipos de ajudas técnicas disponíveis no BAT: cama articulada; grua de elevação, cadeira de rodas, cadeira rotativa para banheira, andarilho, canadiana, talheres adaptados, entre outros). Neste espaço será ainda dada formação aos prestadores de cuidados formais (ajudantes familiares da SCML) e informais (familiares, responsáveis legais e vizinhos). Este novo serviço de qualidade tem como grande mais valia o facto de se disponibilizar gratuitamente o empréstimo de ajudas técnicas e o facto da loja estar aberta ao público em geral, de modo a informar e sensibilizar a população.

Avaliação Intercalar

A intervenção da SCML junto da população idosa encontra-se marcada por um conjunto de aspectos positivos, de entre os quais importa salientar desde logo, o facto desta entidade ter uma longa experiência de terreno junto desta população, que lhe confere um vasto conhecimento, essencial no desenvolvimento de acções mais eficazes. Intrinsecamente associado ao longo passado de existência enquanto entidade prestadora de cuidados e apoio social, a SCML consolida-se actualmente como uma entidade com notável maturidade que explica a existência de uma estrutura técnica complexa e bem planeada, dotada de recursos com competências multidisciplinares que lhe permite compilar e tratar informação de forma sistemática e integrada, possibilitando o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, suprimindo assim fragilidades identificadas e incorporando conceitos inovadores nesta área.

Um outro factor a ter em conta consiste na valorização do estabelecimento de parcerias com diferentes entidades no desenvolvimento de projectos e serviços para a população idosa. Atendendo a que cada parceiro reúne experiências e conhecimentos específicos, a sua articulação promove uma complementaridade e aproveitamento de sinergias relevantes.

O desenvolvimento de intervenções em domínios de actuação díspares (acção social, saúde, TIC, gestão e avaliação da qualidade dos equipamentos e serviços, entre outros) apresenta-se como outra potencialidade da SCML, indicativa de uma visão holística sobre as necessidades da população idosa e dos factores necessários para a promoção de uma melhoria da qualidade de vida, que a permitem afirmar-se como uma entidade de vanguarda na prestação de respostas e serviços de qualidade.

Seguidamente, são apresentados dois casos de estudo, tratam-se da Caritas Diocesana de Setúbal e do Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo. Em ambos os casos tratam-se de IPSS prestadoras de serviços a idosos ligadas à Igreja Católica.



Caritas Diocesana de Setúbal

Caso de Estudo *Cáritas / Cáritas Diocesana de Setúbal*

Enquadramento

A Cáritas é uma instância oficial da Igreja para a promoção da sua acção social. A Cáritas Portuguesa constitui-se como uma federação nacional representativa das 20 Cáritas Diocesanas distribuídas por Portugal Continental e insular. Sendo as Cáritas IPSS, regem-se pela doutrina social da Igreja e procuram responder às situações mais graves de pobreza, exclusão social e situações de emergência decorrentes de catástrofes naturais ou calamidades públicas. Os seus objectivos são a assistência em situações de emergência ou dependência, a promoção da autonomia e do desenvolvimento integral de cada indivíduo e a transformação nos domínios sociais e ambientais segundo os valores e princípios da ética cristã. A Cáritas apresenta uma multiplicidade de áreas de intervenção, nomeadamente, apoio materno-infantil, infante-juvenil, terceira idade, mulheres vítimas de violência doméstica e exclusão social na sua maior amplitude (minorias étnicas, imigrantes, toxicodependentes, seropositivos e alcoólicos). Partindo destes pressupostos de base, transversais a todas as Cáritas nacionais, constata-se no entanto que cada uma delas apresenta especificidades ao nível das intervenções que desenvolve.

A Cáritas de Setúbal é um serviço da Igreja Diocesana para a promoção da sua acção social, cuja actividade principal é a de animação da pastoral social que visa a criação e funcionamento de serviços paroquiais para um melhor conhecimento dos problemas. Entre os seus públicos-alvo encontram-se os idosos, quer da cidade de Almada ou de Setúbal, sendo as suas diferentes actividades concretizadas por um vasto número de colaboradores.

A intervenção da Cáritas junto da população idosa ocorre em duas componentes, designadamente: a) ao nível das respostas sociais, oferecendo respostas de lares de idosos, centros de dia, centros de convívio, apoio domiciliário e centros de noite, e b) desenvolvendo outras actividades para esta população com o envolvimento da sociedade civil em geral.

Intervenção

As principais fontes de financiamento para o desenvolvimento das suas intervenções neste domínio são os apoios financeiros do Estado e as participações familiares, que constituem uma fonte limitada, atendendo a que a Cáritas trabalha essencialmente com públicos-alvo social e economicamente mais vulneráveis. Contudo, a estas acrescem outras fontes de financiamento, embora mais irregulares, designadamente, as doações materiais ou financeiras da sociedade civil e montantes financeiros a que acedem por concurso a Programas promovidos pela Administração Central ou de carácter comunitário.

A actividade da Cáritas de Setúbal beneficia bastante do apoio através de acções de voluntariado, apesar esta ser uma realidade ainda pouco difundida na sociedade portuguesa. De salientar ainda que esta Cáritas tem procurado desenvolver as suas actividades em parceria com diferentes actores, em particular, a Administração Central e Local, as escolas locais, os centros de saúde.

Avaliação intercalar

Reflectindo a realidade subjacente às demais Cáritas Portuguesas, as intervenções da Cáritas de Setúbal deparam-se com factores críticos relevantes, representando importantes forças de bloqueio ao desenvolvimento e sucesso dessas actividades.

Os principais factores críticos agrupam-se em dois grandes domínios: a) ao nível dos recursos humanos apresentam diminutas qualificações, idades tendencialmente avançadas (quando a incorporação de técnicos jovens seria bastante positiva, pelo contacto inter-geracional), um fraco estímulo para trabalhar no domínio da gerontologia (contrariamente ao registado, por exemplo, na área da infância e juventude, quer por ser um trabalho fisicamente mais exigente, quer porque pressupõe um maior esforço de gestão da própria vida pessoal, atendendo a que algumas das



Caritas Diocesana de Setúbal

Caso de Estudo

Cáritas / Cáritas Diocesana de Setúbal

respostas sociais orientadas para idosos funcionam a *full-time*); b) ao nível dos recursos financeiros, a Cáritas confronta-se com diminutas fontes de financiamento, associadas ao perfil socio-económico dos agregados dos seus utentes e à oscilação dos donativos, o que compromete o funcionamento global do serviço prestado, e em particular, não permite investir nos recursos humanos, quer por via de acções de formação, quer pela prática de salários mais convidativos

Estas limitações têm efeitos multiplicadores de carácter negativo que geram novas limitações, com efeito cíclico, designadamente: i) o facto de não se criarem as condições necessárias para fixar os recursos humanos, o que é difícil de gerir no contexto dos idosos institucionalizados, porque estes precisam de um prestador social de referência; ii) a incapacidade financeira para investir na modernização das infra-estruturas, dificultando a valorização da qualidade do serviço prestado, que por sua vez impede a Instituição de reunir um conjunto de pré-requisitos exigidos nas candidaturas a determinados protocolos e programas públicos; iii) e, consequência mais directa, a diminuição da taxa de cobertura dos idosos servidos.

Contudo, factores positivos são igualmente identificáveis na actuação da Instituição, salientando-se desde logo o esforço e capacidade de gestão dos escassos recursos humanos e financeiros disponíveis, de forma a responder ao maior número possível de idosos carenciados. Articulado com este factor, destaca-se também a atitude pró-activa da Instituição no envolvimento de um vasto número de actores-locais e da própria sociedade civil nas intervenções sociais norteadas para idosos, promovendo-se subsequentemente uma maior sensibilização e respeito por este público-alvo.



Caso de Estudo

Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo

Enquadramento

As raízes do Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo radicam no ano de 1920, embora tenha sido fundado apenas em 1959. O Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo tem vindo a desenvolver a sua obra de caridade nos Bairros da Serafina e da Liberdade, zonas de precariedade social, habitacional e económica da cidade de Lisboa.

O principal objectivo da Instituição tem sido desenvolver a sua intervenção como um espaço de integração e de inclusão social. Para tal, têm criado vários equipamentos que visam responder às muitas e variadas necessidades sociais de uma população carenciada, envelhecida e onde pontuam factores de exclusão.

O Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo é uma IPSS, de natureza religiosa, cujo funcionamento decorre sob orientação do Patriarcado de Lisboa e de acordo com a Doutrina Social da Igreja Católica.

No contexto das perturbações políticas, económicas e sociais decorrentes da Revolução do 25 de Abril de 1974, a acção social registou uma perda de dinamismo e verificou-se uma degradação do património edificado. A partir de 1977, com a nomeação de um novo Pároco, foi dado um novo ímpeto às actividades do Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo, tendo sido dada primazia aos idosos.

Intervenção

Nos últimos 25 anos, o Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo realizou um importante esforço na promoção de prestação de cuidados, serviços e apoios à população idosa da comunidade. Em 1980, foi inaugurado um pré-fabricado que funcionou como centro de dia e prestava apoio domiciliário, com capacidade para 60 utentes idosos, até 1992, altura em que foi inaugurado um novo equipamento que assegurava a resposta centro de dia, com uma capacidade superior (100 utentes). O ano de 1992 constituiu um marco na história da acção social do Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo, pela riqueza de acções empreendidas, pois foi também criado um lar residencial para idosos em fase terminal, um apoio domiciliário com capacidade para 100 utentes e um serviço de fisioterapia extensivo a toda a população, entre outras actividades norteadas para outros públicos-alvo. Em 1996, foi edificado um ginásio, auditório, lar residencial para mais 25 idosos e em 2000, inaugurado o 2º piso para mais 40



Caso de Estudo

Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo

idosos em fase terminal. Actualmente, a intervenção orientada para a população idosa pauta-se pela existência das seguintes respostas sociais:

- ▶ **Apoio domiciliário:** Este serviço conta com um conjunto de ajudantes familiares e consiste em colaborar na execução de cuidados de higiene pessoal, tarefas domésticas, confecção de refeições, compras, tratamento de roupas e acompanhamento nas deslocações aos cuidados de saúde, de modo a assegurar a autonomia dos idosos e a sua permanência na sua residência. Em determinadas situações este serviço é também alargado aos fins-de-semana. Actualmente este serviço responde a aproximadamente 80 idosos diariamente;
- ▶ **Centro de dia:** Esta resposta social visa fomentar o convívio com a comunidade, possibilitar o relacionamento inter-institucional e quebrar a monotonia, o isolamento e a solidão com que muitos dos idosos se confrontam. Com recurso aos transportes próprios, é efectuado o transporte dos idosos entre as suas residências e o equipamento. Actualmente dão resposta a cerca de 65 idosos provenientes dos Bairros da Liberdade e da Serafina e da zona envolvente na freguesia de Campolide;
- ▶ **Lar de acolhimento:** Trata-se de uma resposta social intercalar entre as respostas de apoio domiciliário/centro de dia e o lar para idosos dependentes. Este lar acolhe idosos que já não possuem as competências suficientes para permanecerem sozinhos nas suas residências, alguns dos quais foram desalojados pela Câmara Municipal de Lisboa e que optaram por esta solução habitacional em detrimento de outra residência situada fora deste espaço. Presentemente, este lar tem 25 utentes;
- ▶ **Lar para idosos dependentes:** Trata-se da resposta social mais procurada na Instituição, sendo concedida prioridade às famílias com maiores dificuldades em gerirem a realidade de terem um ascendente acamado. Trata-se de um serviço com custos elevados, no entanto, fruto do estatuto de IPSS da Instituição, este beneficia de um protocolo com o Estado. Actualmente, o lar para idosos dependentes tem capacidade para 85 idosos.

Para além das respostas sociais acima mencionadas, existem complementarmente outros serviços: clínica de fisioterapia, que funciona como apoio aos utentes do lar e do centro de dia; clínica de estomatologia, aberta a toda a comunidade, cuja prioridade é a população com maiores dificuldades económicas; distribuição de géneros provenientes do Banco Alimentar a 50 famílias da comunidade.

O desenvolvimento destas actividades é sustentado por 155 funcionários e um amplo número de voluntários. De facto, o voluntariado é uma componente relevante na actividade da Instituição, quer ao nível das tarefas de direcção quer das tarefas operativas, como se observa no quadro seguinte:



Caso de Estudo
Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo

Actividades	N.º de Voluntários
Apoio às refeições dos utentes em lar	10
Distribuição de almoços aos utentes em apoio domiciliário	4
Apoio nas actividades com crianças	20
Apoio nas actividades com adolescentes	25
Decoração, limpeza, ...	10
Colaboração com produtos para a Instituição	40-70
Visitas a doentes	11
Auxílio na preparação de festas	60
Apoio na preparação e distribuição de géneros do Banco Alimentar	6
Apoio a serviços gerais	10
Direcção	5
Conselho Fiscal	3
Secretariado Permanente	7
Conselho Pastoral	27

Avaliação intercalar

A intervenção do Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo confronta-se actualmente com um conjunto de fragilidades que condicionam o alcance dos seus resultados. Entre os condicionalismos mais relevantes destacam-se os seguintes.

O maior constrangimento reside na incapacidade de responder à procura crescente registada nos últimos anos. O acelerado processo de envelhecimento demográfico da população residente na Cidade de Lisboa e, em particular, em algumas zonas da Cidade de que Campolide é um bom exemplo, têm aumentado consideravelmente as necessidades de respostas e serviços sociais. Todavia, a limitada capacidade financeira da Instituição não lhe tem permitido prosseguir os investimentos na sua rede de equipamentos e serviços.

Intrinsecamente associada ao condicionalismo anterior, emerge como limitação da intervenção da Instituição a incipiente cultura de voluntariado na sociedade portuguesa. Ainda que o Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo disponha de um considerável quantitativo de voluntários, este afigura-se ainda muito limitado para as necessidades registadas na comunidade local, que regista elevadas carências de apoio social.

Como terceiro constrangimento da Instituição, destaca-se a sua capacidade financeira limitada. Embora beneficiando de um protocolo com o Estado, os apoios financeiros cedidos apresentam-se muito limitados, permitindo apenas fazer face às despesas fixas existentes. A este factor, acresce o facto dos seus utentes apresentarem um perfil tendencialmente marcado pelos baixos níveis de instrução, fracos recursos económicos, algumas situações de desestruturação familiar, constituindo portanto uma população económica e socialmente fragilizada. A articulação destas duas realidades limita significativamente a capacidade da Instituição em efectuar investimentos ao nível da ampliação da sua rede de equipamentos e serviços, mas também na diversificação das actividades promovidas para o seu público-alvo.

Contudo, o Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo apresenta pontos fortes importantes. Destaque-se desde logo, o facto de ter sido o precursor da prestação de apoio domiciliário em Portugal. Saliente-se ainda que a atitude pró-activa manifestada no passado permanece na actualidade, pois a Instituição revela actualmente uma avaliação muito crítica quanto ao padrão de apoio dominante prestado ao nível nacional. O facto deste ser perspectivado como um serviço não permanente, sendo interrompido ao fim-de-semana, e de ser efectuado por equipas que não são verdadeiramente multidisciplinares, são duas das maiores fragilidades deste serviço.

Como segunda grande mais-valia da Instituição, ressalta-se o facto de promover um apoio à população idosa que acompanha gradualmente as diferentes fases do seu ciclo de envelhecimento e portanto permite responder às suas necessidades. Este modelo de actuação possibilita assim que esta população permaneça no seu território do



Caso de Estudo
Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo

quotidiano ao longo da sua vida, sendo este um factor determinante para um envelhecimento com qualidade de vida.

Por fim, importa destacar o elevado envolvimento da comunidade nesta realidade. No decurso do ciclo de vida, os elementos desta comunidade acabam por ser elementos importantes na actuação da Instituição, quer como prestadores de apoio e cuidados, quer como utentes, sendo por isso, uma Instituição fortemente enraizada no contexto em que se insere e um importante actor de dinamização local.

1.3.1.2. Organizações Não Governamentais (ONG)

As ONG não se encontram todas vinculadas ao Estado, mas têm funções sociais e políticas dentro das suas comunidades (sem fins lucrativos). Actualmente, existem várias ONG activas em Portugal, algumas das quais apoiam directamente a população sénior. São disso exemplo, Os Médicos do Mundo (MdM), a Assistência Médica Internacional (AMI), a Cruz Vermelha Portuguesa, entre outras.



Caso de Estudo
Cruz Vermelha Portuguesa

Enquadramento

A génese da Cruz Vermelha Portuguesa data de 1865, designando-se na altura de “Comissão Provisória para Socorros a Feridos Doentes em Tempo de Guerra”, tendo sido oficialmente reconhecida em 1868 e admitida na Liga Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, em 1919. Trata-se de uma instituição que goza dos benefícios inerentes às instituições de utilidade pública e instituições particulares de solidariedade social. A Cruz Vermelha desenvolve a sua missão subordinada às convenções internacionais de Genebra, de forma autónoma relativamente ao Estado, em obediência a sete princípios: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade.

A Cruz Vermelha Portuguesa desenvolve a sua actividade ao nível nacional, na qualidade de única Sociedade Nacional da Cruz Vermelha. A sua actuação incide em domínios diversos, nomeadamente, acção social, saúde, socorrismo, formação, teleassistência e pesquisa.

Intervenção

A intervenção da Cruz Vermelha Portuguesa junto de populações idosas é uma das suas importantes áreas de actividade no âmbito da Acção Social. Nos últimos anos, esta tem sido orientada por dois eixos estruturantes: a promoção de um envelhecimento activo e da autonomia dos seniores e um apoio na dependência. As suas respostas para seniores têm registado alterações significativas, que visam, por um lado, acompanhar as crescentes necessidades decorrentes do acentuar do envelhecimento populacional e por outro lado, privilegiar o desenvolvimento de intervenções que potenciem a permanência dos seniores no seu ambiente familiar e residencial.

Actualmente, as respostas sociais e serviços que a Cruz Vermelha presta a este segmento da população são as seguintes:

- ▶ **Serviço de Telealarme:** Um serviço que funciona através de um protocolo de Cooperação entre a Comissão de Gestão do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), a PT-Comunicações, S.A. e a Cruz Vermelha Portuguesa. Este serviço assenta num sistema inovador de telecomunicações constituído por uma central com atendimento permanente, um telefone especial colocado no domicílio e um medalhão com botão de alarme integrado. Possibilita assim apoiar pessoas em situação de dependência no seu próprio domicílio;
- ▶ **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Apoio Domiciliário Integrado:** Serviços financiados pelos Centros



Caso de Estudo

Cruz Vermelha Portuguesa

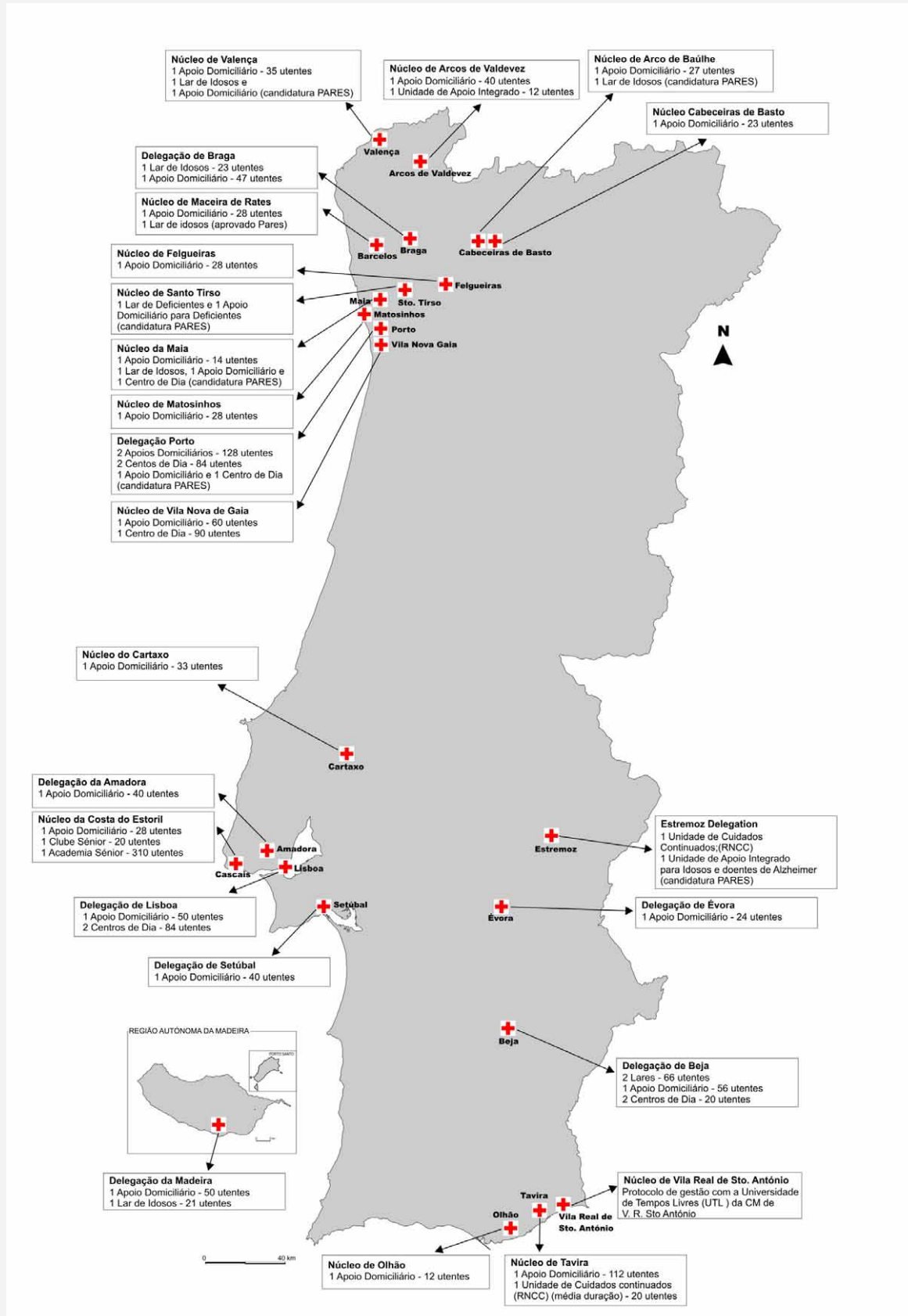
Distritais de Solidariedade e Segurança Social em articulação com a Administração Regional de Saúde/Centros de Saúde. Actualmente, à escala nacional, existem 21 SAD com 853 utentes. A Cruz Vermelha dispõe de duas Unidade de Apoio Integrado, uma resposta social que se insere no âmbito dos cuidados continuados, actualmente com 12 utentes, mas com capacidade, cada uma delas, para 30 utentes;

- ▶ **Unidades Móveis:** Estas foram adquiridas com financiamento do Programa Saúde XXI e funcionam em protocolo com os Centros de Saúde, prestando cuidados pluridisciplinares ao domicílio (Núcleo de Murça e Núcleo de Arcos de Valdevez);
- ▶ **Transporte Adaptado e Ajudas Técnicas:** O Transporte Adaptado pretende facilitar a acessibilidade das pessoas com problemas de mobilidade, permitindo-lhes deslocações para fins de trabalho, estudo, acessibilidade a cuidados médicos. Actualmente estes serviços localizam-se em 11 Delegações ao nível nacional. As Ajudas Técnicas são um serviço prestado pela generalidade das Delegações/Núcleos e consiste num serviço tradicional da Cruz Vermelha, estimando-se que atinjam anualmente 2.500 pessoas/ano, em Portugal.



Caso de Estudo Cruz Vermelha Portuguesa

Figura 59. Rede de serviços sociais para a população sénior da Cruz Vermelha Portuguesa, 2008 (N.º de beneficiários)



Fonte: Cruz Vermelha Portuguesa.



Caso de Estudo

Cruz Vermelha Portuguesa

- **Lares e centros de dia:** Estas respostas sociais, comuns ao nível nacional, funcionam em protocolo com os Centros Distritais de Solidariedade e Segurança Social. Actualmente a Cruz Vermelha dispõe, ao nível nacional, de 4 lares para idosos e dependentes em funcionamento, com um total de 110 utentes e de 9 centros de dia/clube sénior;
- **Academia sénior:** Esta constitui uma das respostas sociais para idosos menos tradicionais da actuação da Cruz Vermelha Portuguesa. Trata-se de uma resposta que visa promover uma nova forma de lazer e ocupação da população sénior. Existindo actualmente apenas duas academias ao nível nacional, estas têm um total de 310 utentes. O Núcleo da Costa do Estoril é considerado um modelo de sucesso em termos de inovação e de integração de valências, o que faz com que se procure a curto e médio prazo disseminar esta experiência pelo território nacional.

É também importante referir que a Cruz Vermelha tem em curso um programa intercalar dirigido especificamente aos idosos, em articulação com a SCML e a Associação Coração Amarelo: “Mais Voluntariado, Menos Solidão”.

Note-se ainda que para além destas respostas sociais, serviços e programas, a Cruz Vermelha costuma desenvolver projectos pontuais, direccionados para os seniores, como sendo acções de educação para a saúde.

Muitas das actividades que a Cruz Vermelha Portuguesa tem vindo a desenvolver são suportadas em parcerias estabelecidas, com destaque para o Estado. Contudo, ao nível local são também desenvolvidas múltiplas intervenções com diversos actores.

As suas fontes de financiamento são obtidas essencialmente através de protocolos estabelecidos com a Segurança Social e através do financiamento de Programas e Projectos públicos a que se vão candidatando. A academia sénior tem a particularidade de se auto-financiar, através do pagamento de uma quota por parte dos seus utentes.

Avaliação Intercalar

Actualmente, a intervenção da Cruz Vermelha Portuguesa junto da população sénior confronta-se com um conjunto de desafios. Em primeiro lugar, porque consideram que de algum modo se tem registado um desinvestimento do Estado neste sector, o que obriga a uma reorganização das suas tradicionais formas de actuação. Em segundo lugar, porque, embora tratando-se de um segmento populacional em crescimento e, portanto, uma área de intervenção em expansão, depara-se cada vez mais com a intervenção de uma multiplicidade de actores. Associado ao aumento deste segmento, há também uma diversificação das necessidades o que exige também uma diversificação das respostas, serviços prestados e das formas de actuação, padrões de qualidade cada vez mais elevados e criteriosos.

A intervenção da Cruz Vermelha depara-se com uma importante fragilidade, que resulta do facto desta não ter fundos próprios que lhe permitam ampliar a sua intervenção e prestar um apoio mais diversificado ao seu público-alvo. Porém, esta reúne um conjunto de potencialidades inegáveis e específicas. O facto de ter uma longa tradição no desenvolvimento deste tipo de actividades é desde logo uma grande mais-valia. Acrescem outros factores tais como: o seu nível de organização, atendendo a que se trata de uma Instituição com largo espectro de actuação e de âmbito nacional e a existência de uma cultura de voluntariado bastante forte.

Actualmente a Cruz Vermelha Portuguesa apresenta um conjunto de propostas de investimentos para alargar as suas actividades junto da população idosa, de entre as quais se destacam a necessidade de aumentar o apoio a altas hospitalares (nas situações em que a rede de cuidados continuados não responde) e a disseminação da resposta social academia sénior pelo território nacional.



Caso de Estudo

Médicos do Mundo (MdM) Portugal

Enquadramento

Os Médicos do Mundo são uma ONG, de ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa, fundada em França, em 1980. Com o objectivo central de promoverem assistência médica às populações mais vulneráveis e/ou carenciadas, em situação de emergência humanitária e/ou de exclusão social, actualmente desenvolvem projectos em 88 países, contando na sua rede internacional com 12 delegações autónomas, 10.000 sócios, 2.500 voluntários e 600 assalariados. Presentes em Portugal desde 1999, os projectos desenvolvidos incidem essencialmente nas duas áreas metropolitanas do país (Lisboa e Porto), nos quais têm como principal objectivo prestar cuidados médicos às populações mais vulneráveis, seja por motivos sociais, psicológicos, económicos ou médicos. Como tal, embora tenham um público-alvo abrangente, destacam-se os imigrantes, os idosos e as pessoas em situação de sem-abrigo.

Intervenção

A actuação dos MDM direccionada para os idosos em Portugal decorreu da percepção de que muitos idosos se deparavam com múltiplos constrangimentos, tais como o isolamento social, carências económicas, doenças crónicas e ausência de redes de apoio formais e informais, conducentes a situações de pobreza e exclusão social. A crescente dimensão desta problemática, conduziu a duas intervenções nacionais direccionadas para a população idosa, que não obstante as especificidades de cada uma delas, visam na sua globalidade o combate ao isolamento, reforçando as redes de apoio voluntário e realizando actividades culturais, de alfabetização e prevenção de doenças típicas da idade.

PROJECTOS EM CURSO

PROJECTO "VIVER SAUDÁVEL"

Referências-Chave

Início do Projecto: Informalmente, em 1999/2000, tendo a sua formalização ocorrido em 2002.

Área de Intervenção: Bairro da Picheleira, freguesia do Beato, concelho de Lisboa.

Parcerias: Centro de Saúde de São João; Paróquia do Espírito Santo; Exército de Salvação; Junta de Freguesia do Beato.

Fontes de Financiamento: Fundação Calouste Gulbenkian; PAII.

População-alvo: Residentes com 60 ou mais anos ou com situação comprovada de exclusão socio-económica e/ou com dificuldade de acesso efectivo aos sistemas de cuidados de saúde no país.

Descrição sumária

A intervenção neste território decorreu da existência de um grande número de idosos a viverem, na sua grande maioria, sozinhos e com elevadas taxas de analfabetismo, a residirem em apartamentos alugados ou cooperativas, com baixas reformas e elevados encargos mensais com a medicação, num território com uma rede deficitária de transportes e de apoio social.

Tendo como objectivo central proporcionar um acesso mais facilitado aos cuidados de saúde através de uma relação de proximidade com o SNS, os seus objectivos específicos são:

- i) Efectuar acções de promoção de saúde e prevenção da doença de forma a contribuir para uma mudança de comportamentos;



Caso de Estudo *Médicos do Mundo (MdM) Portugal*

ii) Contribuir para uma melhoria da qualidade de vida (bem-estar físico, psíquico e social) dos idosos, promovendo o envelhecimento activo;

iii) Contribuir para a adopção de comportamentos saudáveis.

Para a concretização desta panóplia de objectivos, o projecto contempla as seguintes actividades:

i) Cuidados de saúde (atendimentos em regime de ambulatório, aconselhamentos médicos e de enfermagem, encaminhamentos para o SNS; apoio ao domicílio, onde são prestados cuidados básicos de enfermagem, apoio psicossocial, ajuda em tarefas diárias, bem como vigilância e encaminhamento para o SNS);

ii) Actividades socio-culturais e lúdicas;

iii) Actividades de promoção do exercício físico;

iv) Distribuição de comida e, pontualmente, de roupa;

v) Realização de estudos.

A execução deste projecto beneficia de parcerias com várias entidades, algumas das quais já prestavam serviços e apoios a esta população, anteriormente ao início da intervenção dos MDM. Os parceiros do projecto são o Centro de Saúde de São João, a Paróquia do Espírito Santo, o Exército de Salvação e a Junta de Freguesia do Beato.

Quanto ao financiamento do projecto, em 2002, este foi financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, o que possibilitou a actuação em outras áreas de intervenção que não apenas o apoio ao domicílio. Em 2003, a continuidade do projecto foi assegurada pelo PAII, na vertente SAD/CAD (apoio ao domicílio), que financiou o projecto até Setembro de 2005. Em Julho de 2006, foi assinado um protocolo com o Núcleo de Respostas Sociais do ISS, que tornou viável o financiamento do serviço de apoio ao domicílio na vertente de higiene ao lar e ao utente, para além do apoio que já era prestado.

As actividades e abrangência do projecto foram assim variando ao longo dos tempos, reflexo em larga escala dos apoios financeiros, sendo actualmente prestado apoio domiciliário a cerca de 12 utentes e tendo aproximadamente 60 utentes nas demais actividades.

Avaliação Intercalar

Uma avaliação dos resultados esperados no início do projecto face aos resultados alcançados, permite validar a importância do projecto, sem o qual esta população teria uma qualidade de vida em geral certamente inferior, ainda que se constate que os mesmos não foram concretizados na sua totalidade. Esta situação é, em parte, consequência das fragilidades com que este se depara, decorrentes da falta de continuidade nos financiamentos e do voluntariado, factores limitadores do número de utentes a apoiar e fomentador de alguma instabilidade.

PROJECTO TERCEIRA (C)IDADE

Referências-Chave

Início do Projecto: 2005.

Área de Intervenção: S. Mamede de Infesta e Leça do Balio, Concelho de Matosinhos, Distrito do Porto.

Parcerias: Centro de Apoio à Terceira Idade (CATI), a Escola Secundária de Abel Salazar, a Junta de Freguesia de S. Mamede de Infesta, a UNINORTE (União Cooperativa Polivalente da Região Norte, Crl), a ULSM (Unidade Local de Saúde de Matosinhos) e o Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta.

Fontes de Financiamento: Junta de Freguesia de S. Mamede de Infesta.



Caso de Estudo ***Médicos do Mundo (MdM) Portugal***

População-alvo: População idosa, em situação de solidão, isolamento e exclusão social.

Descrição sumária

A intervenção neste território decorreu da identificação de um vasto conjunto de problemas, entre os quais foram considerados prioritárias as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a forte incidência de problemas de saúde junto da população mais desfavorecida e a existência de lacunas nas respostas sociais e de saúde, em particular, ao nível das respostas sociais de larga importância no combate à solidão.

Com efeito, o objectivo geral do projecto consiste na melhoria do estado bio-psico-social das pessoas idosas e tem como objectivos específicos:

- i) Melhorar o acesso a cuidados de saúde;
- ii) Dar acompanhamento psico-afectivo;
- iii) Garantir o usufruto dos serviços da rede social;
- iv) Garantir condições de segurança habitacional.

Para a efectiva concretização destes objectivos, são actividades do projecto:

- i) Visitas domiciliárias, quer de voluntários (acompanhamento do idoso ao Serviço Nacional de Saúde, ao jardim, compras e lazer, mas também para lhe fazer companhia), quer por pessoal médico ou de enfermagem;
- ii) Actividades socio-culturais e lúdicas, mais concretamente a organização de lanches e jantares de convívio entre idosos e voluntários do projecto e ainda dinâmicas de grupo com os idosos.

Actualmente o projecto responde às necessidades de 24 idosos e 3 cuidadores informais (familiares).

Avaliação intercalar

Na prática, este projecto apresenta algumas dificuldades de concretização, consequência das limitações financeiras com que se confronta. Como tal, acaba por assegurar apenas o apoio domiciliário, sendo as demais actividades desenvolvidas de forma muito pontual.

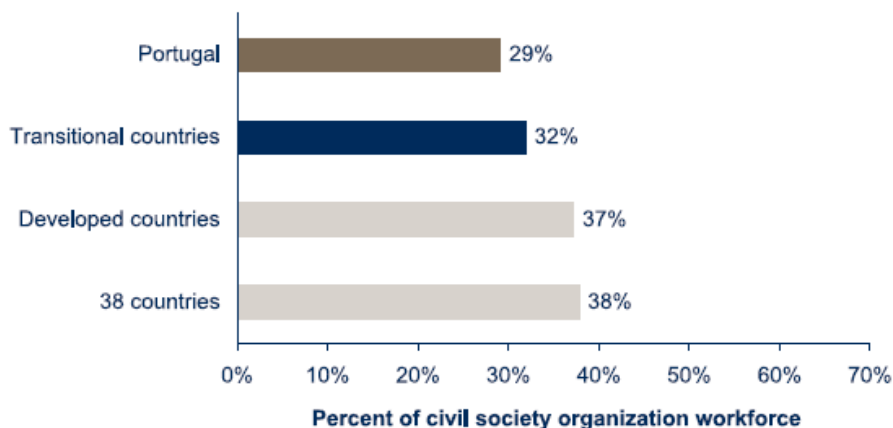
1.3.2. O sector do voluntariado

Por voluntariado entende-se “o conjunto de acções de interesse social e comunitário, realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade, desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas. Desta condição excluem-se as actuações que, embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança.” (Art.º 2.º da Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro).

O trabalho em regime de voluntariado assume grande importância no sector não lucrativo português: “O sector da sociedade civil portuguesa envolve a energia de quase um quarto de milhão de trabalhadores equivalentes a tempo inteiro (ETI) (incluindo os envolvidos em actividades de culto), dos quais dois terços (70%) em posições remuneradas e os restantes como voluntários. Isto representa cerca de 4,2% da população economicamente activa do país e cerca de 5% do emprego não agrícola. Só o valor do esforço voluntário, estimado em 675 milhões de euros contribui mais de 0,5% para o PIB da Nação” (*Raquel*

Campos Franco et al., “O Sector Não Lucrativo Português Numa Perspectiva Comparada”, 2005, Universidade Católica Portuguesa/Johns Hopkins University. Noutra perspectiva, “The volunteer share of the nonprofit sector workforce in Portugal is lower than it is both internationally and in the other developed countries for which we have data”).

Figura 60. Voluntários como uma parte da mão-de-obra da organização de sociedade civil (%)

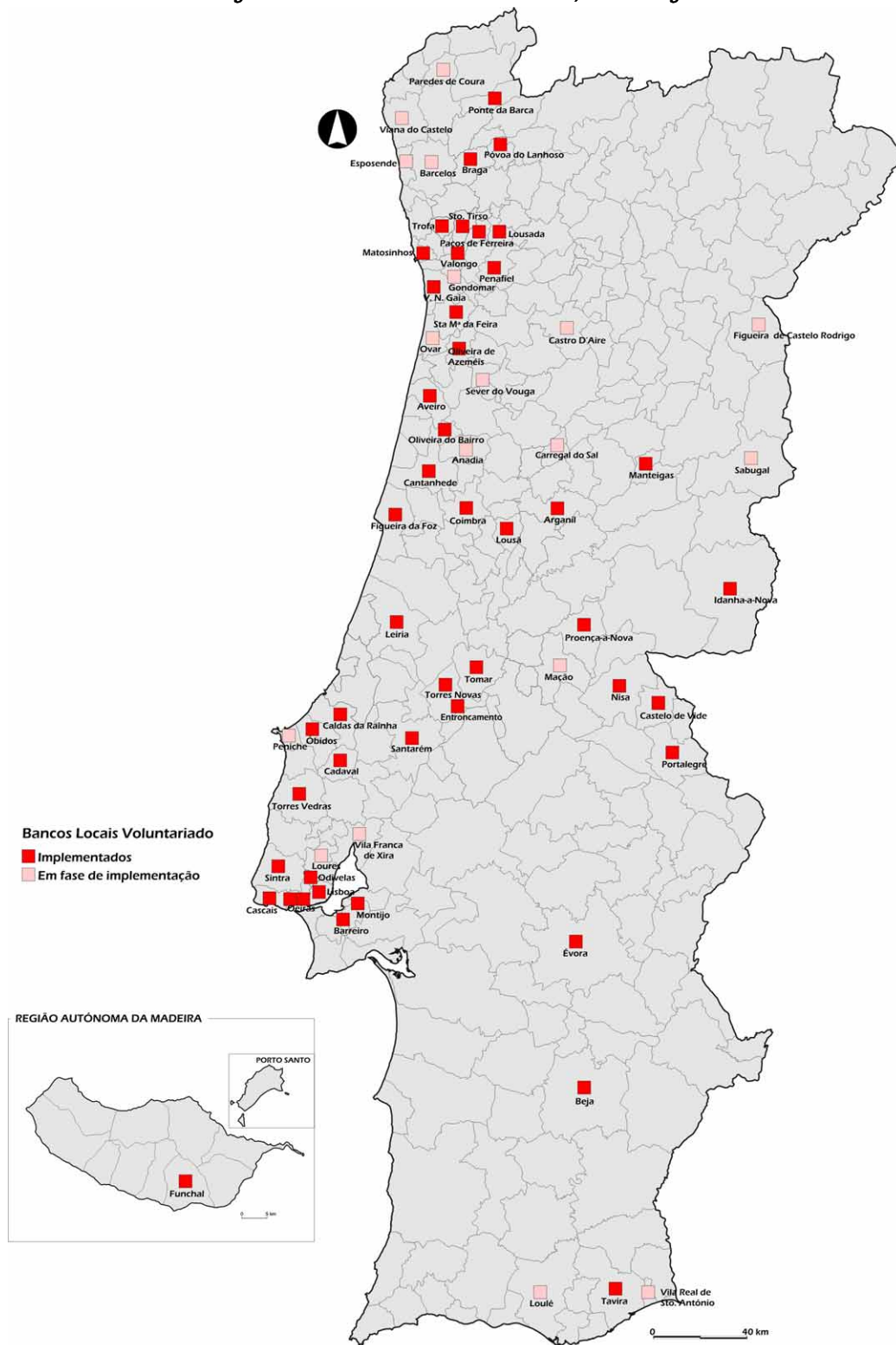


Fonte: Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, 2005.

Segundo o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV), a prática do voluntariado constitui uma dinâmica recente em Portugal, com uma adesão crescente e que, em 2005, se estimava ser exercida por cerca de 1.6 milhões de indivíduos. O acréscimo de inscritos - singulares e institucionais - na Bolsa de Voluntariado, criada em 2006, é revelador dessa mobilização crescente: na sua criação contava com 200 voluntários individuais e 39 instituições aderentes; no final de 2007 incluía já quase 5.000 voluntários e 447 entidades participantes. A distribuição actual dos Bancos Locais de Voluntariado evidencia também o ritmo e a cobertura territorial alargada da acção do voluntariado (**Figura 61**).

A problemática do voluntariado, hoje, coloca-nos perante um dilema sobre o modo como o devemos encarar e, por consequência, sobre o grau de exigência que devemos fixar: se deverá ser “... algo mais do que uma boa vontade”, do qual se espera profissionalismo, disponibilidade, comprometimento e empenhamento ou, se deve assumir que o voluntariado representa uma “... ocupação agradável dos tempos livres” (Padre Feytor Pinto). Em qualquer circunstância, urge proceder ao devido enquadramento do voluntariado nas instituições de acolhimento, tornando-o melhor aceite, mais eficaz e assim vantajoso para todos: voluntário, instituição e beneficiário.

Figura 61. Bancos locais de voluntariado, em Portugal



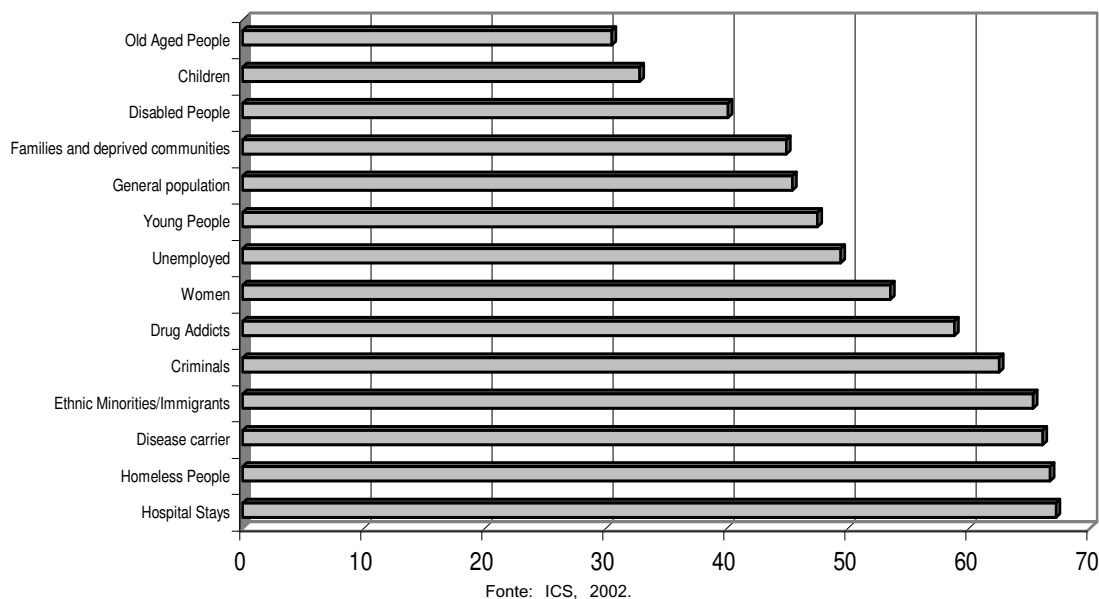
Fonte: Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (<http://www.voluntariado.pt/left.asp?04.01.03>).

O estatuto não lucrativo e o objectivo de solidariedade social das Associações e Cooperativas determina que as funções exercidas nos seus órgãos sociais sejam de natureza voluntária e que, por isso, o voluntariado de direcção esteja presente na grande maioria destas entidades.

De acordo com o Estudo Caracterização do Voluntariado em Portugal, a presença de voluntários é, nas tipologias de organizações mais relevantes na prestação de cuidados a idosos, uma característica dominante: voluntariado hospitalar; ONG para o desenvolvimento; centros paroquiais/organizações religiosas; associações de solidariedade social; Misericórdias; cooperativas e fundações de solidariedade social (CNAI/ICS, 2002). Todavia, é de referir que, nas tipologias de acção social, o voluntariado de execução (os voluntários - de forma individual ou coadjuvados por funcionários remunerados - que executam tarefas de apoio directo aos utentes), apresenta menor expressão, em virtude das disponibilidades financeiras e das exigências de tarefas mais especializadas, que requerem a contratação de profissionais remunerados.

Relevante para os objectivos deste estudo é o facto de o voluntariado de execução apresentar, de entre um leque diversificado de tipologias de beneficiários, a sua menor expressão junto dos idosos, revelando maior preferência por outros segmentos-alvo.

Figura 62. Voluntariado por tipos de beneficiários, 2002



Entre as entidades que integram o Terceiro Sector em Portugal verifica-se, globalmente, uma fraca integração de trabalho voluntário. Esta característica é, porém, menos comum nas instituições de natureza religiosa, onde o voluntariado (sobretudo o de execução) tem uma presença mais significativa. Segundo Hespanha (1997) "...a razão deste facto pode residir em parte na estrutura organizativa das instituições, muito centrada nas valências e nas obrigações funcionais decorrentes dos acordos com a segurança social (regularidade e requisitos técnicos da prestação do serviço, competência profissional e qualificação técnica do pessoal, etc.)".

Os principais argumentos invocados para a escassez de voluntariado nas organizações são:

- ▶ Reduzido número de voluntários;
- ▶ Especificidade das tarefas (a requerer funcionários especializados);
- ▶ Disponibilidade financeira para contratar profissionais;
- ▶ Apreciações negativas sobre o voluntariado (disponibilidade irregular; menos capacitado; potencial gerador de insegurança junto do beneficiário; potencial conflituosidade com o *staff* profissional).

Verifica-se uma avaliação dual do desempenho dos voluntários que realizam tarefas de apoio directo aos utentes:

- Recurso importante para suprimir insuficiências várias, com vantagens comparativas relevantes (custo, motivação, adaptabilidade, valores);
- Recurso com função supletiva, com défices de desempenho, cuja “activação” reflecte a condição financeira das instituições.

Uma conclusão importante do estudo atrás referido é a relação que se observa entre o perfil socio-económico e a prática de voluntariado; quanto maior a capacidade económica individual/familiar, mais tempo é passível de afectar a tarefas não obrigatórias nem essenciais, como o voluntariado. Os resultados do inquérito CEDRU permitem deduzir conclusão similar pois, como se observa no quadro seguinte, a proporção de voluntários cresce à medida que se progride para escalões de rendimento mais elevados.

Quadro 100. Voluntariado sénior por escalão de rendimento, 2007 (%)

Escalão de Rendimento	Realiza Voluntariado	
	Sim	Não
> 300 €	3	97
301-750 €	4	96
751-1.500 €	9	91
> 1.500 €	20	80

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

Outro domínio de análise em que o estudo de referência e o presente inquérito realizado pelo CEDRU coincidem é a correlação, igualmente positiva, entre as práticas religiosas e de voluntariado. Esta relação é simultaneamente causa e efeito para a maior proporção de voluntários nas instituições de natureza religiosa. Estas funcionam como elementos “integradores da comunidade, geradores de interacção entre os membros, divulgando oportunidades de participação para os voluntários e as necessidades e problemas dos potenciais beneficiários” (ICS, 2002).

Quadro 101. Voluntariado sénior por prática religiosa, 2007 (%)

Frequenta Locais de Culto	Realiza Voluntariado	
	Sim	Não
Nunca	2	98
Raro	3	97
Regular	6	94

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

Participação dos seniores em acções de voluntariado

Em termos globais, os indivíduos que realizam acções/tarefas de voluntariado caracterizam-se por um assinalável equilíbrio segundo o género, contrariando a imagem pré-concebida de que estas constituem uma prática eminentemente feminina. Também quanto ao perfil etário dos voluntários, os estudos consultados não confirmam outra ideia comum, de que estes são na sua maioria de idade avançada, pois o voluntariado atinge a sua máxima expressão no grupo etário dos 46-65 anos. Da mesma forma que em outros quadros de referência internacionais, verifica-se na população portuguesa um acréscimo de voluntariado no final da vida activa e imediatamente após a reforma, voltando a diminuir quando a idade e limitações várias progridem. Assim, são os seniores jovens (55-64 anos) que participam de forma mais expressiva em acções de voluntariado, pois esta propensão decai a partir dos 65 anos.

De um ponto de vista geracional, espera-se que o envolvimento crescente da população jovem e adulta em acções de voluntariado se reflecta numa maior tendência para o trabalho voluntário, quando estes chegarem à terceira idade. O actual contexto da dinâmica social destaca esta tendência de mobilização

crescente por parte dos seniores para o voluntariado: aumento da população idosa; estratégias de envelhecimento activo; promoção de mecanismos de socialização para a terceira idade.

Quadro 102. Voluntariado sénior por grupo etário, 2007 (%)

Idade	Realiza Voluntariado	
	Sim	Não
55-64	13,0	87,0
65-74	4,5	95,5
75-84	4,0	96,0
> 85	7,5	92,5

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

O aumento da esperança de vida, acompanhado de níveis crescentes de autonomia dos seniores, retira também argumentos aos que apontam fragilidades aos voluntários seniores como sejam um maior absentismo (contraditório com uma maior prevalência de voluntariado regular neste segmento) ou uma menor flexibilidade e capacidade de adaptação a regras. Não obstante este quadro - de participação efectiva mas contida, de um crescimento espectável mas não isento de singularidades - para as diversas instituições que beneficiam/dependem do voluntariado para prosseguirem os seus objectivos de prestadores sociais, "...este crescente contingente de potenciais voluntários idosos poderá ser um grupo que interessa cativar, desenvolvendo programas e incentivos específicos, canais de acesso ao voluntariado, tarefas e actividades adequadas aos seus interesses e capacidades." (ICS, 2002).

No domínio do voluntariado sénior releva-se o trabalho realizado pela Instituição ENTREAJUDA. Esta Instituição, *sui generis* em Portugal, presta apoio a Instituições de Solidariedade Social actuando nos domínios organizacional e de gestão, de modo a melhorar o desempenho e eficiência das instituições e, por consequência, proporcionando um melhor apoio às pessoas carenciadas. A ENTREAJUDA "propõe soluções, mobiliza parceiros e voluntários, implementa soluções e avalia impactos e desempenhos" (www.entreajuda.pt). O corpo de voluntários da Entreajuda integra voluntários de todas as idades: activos, reformados ou desempregados. A constituição de uma Bolsa do Voluntariado (www.bolsadovoluntariado.pt), um dos projectos especiais da ENTREAJUDA, é apoiada por uma das principais instituições bancárias nacionais (a Caixa Geral de Depósitos) que, entre outros propósitos, pretende mobilizar os seus colaboradores para "em regime de voluntariado e de acordo com as suas disponibilidades, prestarem apoio nas respectivas áreas de especialidade em IPSS seleccionadas pela ENTREAJUDA e propondo uma alternativa de vida interessante aos colaboradores reformados e pré-reformados".



Caso de Estudo **Associação Coração Amarelo**

Enquadramento

A Associação Coração Amarelo é uma IPSS criada no ano 2000. O seu surgimento está associado ao crescente e acelerado processo de envelhecimento populacional na cidade de Lisboa registado nas últimas décadas e a uma crescente percepção de que a população idosa se encontra cada vez mais isolada, importante factor de exclusão social.

A actividade da Associação Coração Amarelo assenta no trabalho de voluntários e tem como objectivos principais: i) promover iniciativas que visam apoiar pessoas em situação de solidão e/ou dependência, preferencialmente as mais idosas; ii) promover junto das entidades responsáveis iniciativas tendentes à sua sensibilização para a necessidade da melhoria da qualidade de vida das pessoas; iii) dinamizar o desenvolvimento de acções de solidariedade e

cooperação em articulação com pessoas voluntárias que possam oferecer o seu tempo e o seu saber.

Com sede em Lisboa, a Associação conta já com outras quatro Delegações em funcionamento, localizadas em Oeiras, Leiria, Porto e Alcobaça.

Intervenção

As intervenções da Associação Coração Amarelo são desenvolvidas por voluntários. Desde a sua selecção e durante o desempenho das suas funções, os voluntários são alvo de um conjunto de formações, nomeadamente, acções de formação inicial, acções de formação contínua, e participam em encontros temáticos, de modo a assegurar a qualidade e o rigor na prestação das suas funções.

As acções desenvolvidas pelos voluntários são essencialmente de dois tipos: acompanhamento dos idosos beneficiários no seu domicílio, prestando-lhes companhia e sendo-lhes úteis na realização de pequenas tarefas de lazer e distração; acompanhamento no exterior da sua residência, sempre que estes pretendam desenvolver alguma actividade de lazer, com fins médicos ou de outro tipo.

Actualmente, a Associação conta com o apoio de 254 voluntários (17 no Cacém, 20 em Cascais, 152 em Lisboa e 55 em Oeiras) e regista 241 beneficiários (15 no Cacém, 30 em Cascais, 136 em Lisboa e 60 em Oeiras).

Presentemente, entre as respostas e serviços que são prestados à população idosa, destacam-se os passeios e mini férias e o "Programa Mais Voluntariado, Menos Solidão", em parceria com a SCML e a Cruz Vermelha Portuguesa. Este Programa assenta num protocolo de colaboração, que data de 2006, mas que conta ainda com parceiros locais da Cidade de Lisboa: Juntas de Freguesia, Paróquias, Centros de Saúde e PSP.

Quadro 103. Freguesias afectas às três instituições, no âmbito do Programa Mais Voluntariado, Menos Solidão

Instituições	Freguesias Afectas
Associação Coração Amarelo	Ajuda, Alcântara, Alvalade, Beato, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica, São João de Deus, São Sebastião da Pedreira, Santa Maria de Belém, Santa Maria dos Olivais.
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	Anjos, Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Graça, Lapa, Lumiar, Madalena, Mártires, Mercês, Pena, Penha de França, São João, São Cristóvão e São Lourenço, São Jorge de Arroios, São José, São Miguel, São Nicolau São Paulo, São Vicente de Fora, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, Sé e Socorro.
Cruz Vermelha Portuguesa	Prazeres, São Mamede, Santa Isabel, Santo Condestável.

Este Programa é constituído por: uma Equipa de Gestão na dependência da Adjunta da Acção Social da SCML; uma Equipa Operacional que integra os representantes da SCML, Associação Coração Amarelo e a Delegação de Lisboa da Cruz Vermelha Portuguesa; uma Comissão de Acompanhamento Local onde estão representados os parceiros locais. As acções são desenvolvidas por beneficiários, que recebem formação inicial e periodicamente recebem acções de formação específicas. As suas acções visam i) facilitar o acesso a infra-estruturas básicas de saúde, religiosas e de lazer, festivas, etc.; ii) facilitar o relacionamento comunitário, e com pessoas de referência; iii) contribuir para a estabilidade emocional e de segurança; e iv) proporcionar momentos de ocupação e lazer.

Para além deste Programa, a Associação Coração Amarelo desenvolve ainda um conjunto de outras acções que se traduzem no acolhimento de estudantes universitários para a realização de estágios, através de protocolos estabelecidos com entidades do ensino superior, e no desenvolvimento de conferências com vista à sensibilização da sociedade em geral para a temática dos idosos em situação de isolamento e dependência, as suas necessidades e promoção da cultura do voluntariado.

Os recursos financeiros da Associação advêm, sobretudo, do pagamento de quotas anuais dos seus associados, de protocolos estabelecidos com a Segurança Social, dado o seu estatuto de IPSS, de candidaturas a programas e projectos de natureza pública, de donativos, e de um conjunto de acções que vão desenvolvendo com vista a

angariação de fundos, como por exemplo, a realização de eventos lúdico-culturais e a edição e venda de livros.

As suas intervenções contam com diversas parcerias com entidades de natureza pública e privada, o que possibilita um enriquecimento da sua actividade. Entre os parceiros com que a Associação conta, destacam-se as Câmaras Municipais dos locais, onde possui Delegações, Juntas de Freguesias, Universidades, algumas ONG e IPSS, e empresas.

Avaliação intercalar

A intervenção da Associação Coração Amarelo confronta-se no seu quotidiano com um conjunto de dificuldades, que de algum modo limitam a sua capacidade de actuação. Entre os principais condicionalismos destacam-se, ao nível do seu funcionamento, as dificuldades financeiras e de aquisição de instalações para funcionamento das Delegações. Destaca-se ainda a dificuldade em assegurar a formação dos seus voluntários, condição essencial para que estes possam colaborar com a Associação. No âmbito da intervenção junto dos seus beneficiários, destaca-se a dificuldade na fase inicial de trabalho com cada idoso, nomeadamente de poder frequentar a sua residência, até que estejam estabelecidos laços de confiança.

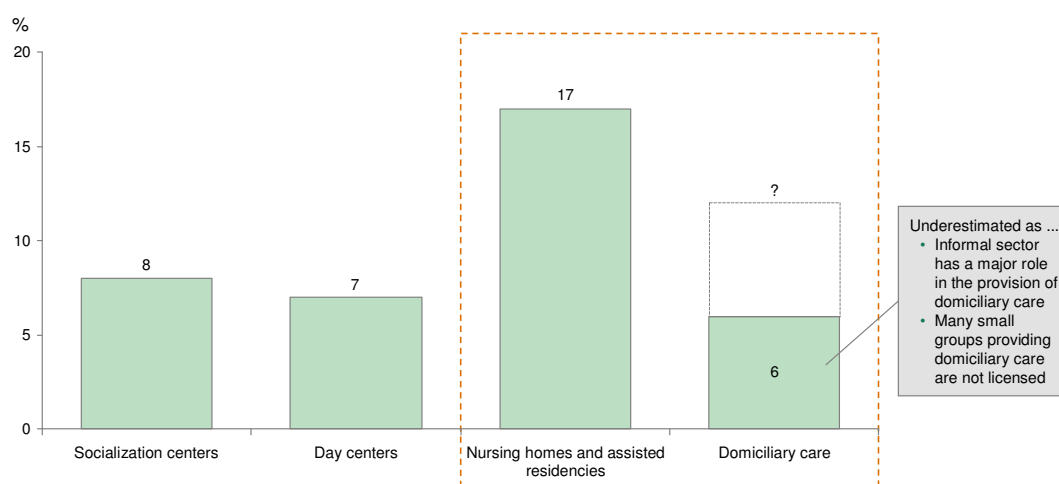
Todavia, a intervenção da Associação apresenta igualmente um importante conjunto de potencialidades. Por um lado, o facto do seu público-alvo ser um segmento populacional em expansão, e por outro, da estrutura familiar apresentar um papel cada vez menos activo com menor capacidade de assegurar a totalidade de cuidados de que o idoso precisa. Contudo, esta regista outras virtudes que a tornam num caso de boas práticas, com destaque para: a organização e prestação de cuidados assentarem num novo formato, baseado na satisfação das expectativas dos utentes; a sua intervenção assentar exclusivamente na cultura do voluntariado; os seus voluntários beneficiarem de acções de formação contínua, o que lhes permite desempenhar as suas funções com qualidade e o que constitui uma viragem na concepção tradicional de voluntariado.

Este modelo de intervenção apresenta como grandes mais-valias o crescimento pessoal dos próprios voluntários e, sobretudo, os impactes positivos nos beneficiários, que se traduzem na melhoria da saúde e das relações pessoais dos idosos, uma valorização da sua auto-estima e qualidade de vida em geral, ao que acresce o facto de conseguirem sensibilizar e mobilizar cada vez mais pessoas para acções de voluntariado.

1.4. O papel do sector privado

O sector privado - composto por operadores formais e informais - tem ainda um papel menor na prestação de serviços de cuidados a idosos, estando direccionado principalmente para os cuidados residenciais.

Em 2006, apenas ~17% da capacidade total de cuidados residenciais era assegurada pelo sector privado. Nos outros serviços chave para idosos, o sector privado representou menos de 10%. No entanto, a participação deste sector nos cuidados domiciliários é habitualmente subestimada pelas estatísticas oficiais, uma vez que estes serviços são prestados na sua maioria por operadores informais ou formais não autorizados.

Figura 63. Importância do sector privado nos serviços de cuidados a idosos, 2006 (%)

Fonte: Carta Social 2007, MTSS.

Estima-se que os operadores informais - que tendem a estar vocacionados para os serviços domiciliários - sejam os maiores prestadores privados de cuidados a idosos. O sector formal - que se concentra nos serviços residenciais, apesar de oferecer cuidados domiciliários - é dominado por operadores de pequena escala e tem vindo a crescer gradualmente.

1.4.1. Sector informal

Tendo em conta que os serviços informais de cuidados permitem aos idosos permanecerem em casa mais tempo e são mais baratos que a maioria dos serviços formais, estes tendem a ser o primeiro recurso das famílias e a opção preferencial de cuidados.

Os serviços informais de cuidados pagos têm, geralmente, um cariz social e são prestados por mulheres que acumulam tarefas domésticas (por exemplo, limpeza da casa, tratar da roupa, cozinhar). No entanto, esta acumulação não ocorre apenas quando os idosos se encontram em estados bastante avançados de dependência.

Há alguns anos, os serviços informais pagos tiveram um forte crescimento como resultado do aumento da taxa de mulheres empregadas. O emprego das mulheres obrigou as famílias a assumirem gradualmente um maior papel de supervisão e financiamento. Ainda assim, as famílias continuaram a ser os pilares de apoio emocional aos idosos.

Os serviços informais de cuidados pagos são habitualmente prestados diariamente (ou de segunda a sexta-feira). Este número de horas de serviços contratadas depende principalmente de três factores: i) rendimento de família do idoso; ii) nível de dependência do idoso; e iii) domicílio do idoso. Estes serviços podem chegar a ser de 24 horas por dia.

De acordo com o Relatório Eurofamcare de Síntese Nacional para Portugal, nos anos 80 e 90, os prestadores de cuidados eram tradicionalmente mulheres portuguesas de rendimento e habilitações baixas. Mais recentemente, os cuidados a idosos têm sido prestados por imigrantes das antigas colónias (tais como Angola, Moçambique, S. Tomé e Brasil) assim como da Europa de Leste (tais como Ucrânia e Moldávia). Estes imigrantes têm habitualmente salários mais baixos, são mais flexíveis em termos de horas de trabalho (uma vez que muitos vivem longe das famílias) e têm habilitações ligeiramente superiores.

O relatório mencionado anteriormente afirma igualmente que o sector informal é caracterizado por várias situações irregulares e ilegais. De acordo com este relatório, a maior parte dos prestadores de cuidados não tem contratos “formais” nem declara os rendimentos das suas actividades. Além disso, alguns prestadores de cuidados que são imigrantes não têm documentos.

De forma mais ocasional, os serviços informais pagos têm um cariz médico. Em períodos de convalescença ou em fases terminais, alguns idosos optam por uma hospitalização na sua casa. Os serviços médicos são prestados tipicamente por enfermeiros que estão reformados ou trabalham em paralelo em unidades médicas públicas ou privadas e são complementados por consultas ao domicílio de médicos ou terapeutas. Devido aos elevados custos associados, as famílias de rendimentos médio-altos e médios são os principais consumidores destes serviços.

1.4.2. Sector formal

Quatro factores afiguram-se como sendo as explicações mais prováveis para o papel menor do sector formal na prestação de serviços de cuidados a idosos:

- ▶ Existência de serviços de cuidados a idosos muito mais baratos prestados pelo sector informal (por exemplo, serviços prestados por imigrantes);
- ▶ O importante papel dado pelo Governo à UM e às IPSS na prestação de serviços a idosos de rendimentos baixos;
- ▶ Os elevados custos operativos associados à prestação de serviços de cuidados a idosos, o que torna difícil ao sector privado prestar serviços a preços acessíveis para os idosos de baixo rendimento (por exemplo, custos mensais de cuidados residenciais por pessoa são em média ~850€);
- ▶ A escassez de programas governamentais que co-financiem o investimento e/ou os custos operativos relacionados com a prestação de serviços de cuidados a idosos para idosos de rendimentos médios e altos.

Adicionalmente, ainda prevalecem alguns preconceitos na sociedade portuguesa em relação a infra-estruturas de cuidados e serviços para idosos. De acordo com muitos dos operadores formais entrevistados, os centros de cuidados residenciais continuam a ser vistos como “depósitos para velhos”, e a utilização de serviços formais pagos é interpretada como um “abandono” por parte da família.

O sector formal está altamente fragmentado e dominado pelos operadores de pequena escala. Tipicamente estes operadores dirigem um, ou com menos frequência, dois lares juntamente com familiares ou alguns sócios. Mais recentemente, os operadores de pequena escala tornaram-se mais activos na prestação de cuidados domiciliários.

A participação de operadores de grande escala no sector de cuidados a idosos é escassa e recente. Com a entrada nesta área de negócio no início da década de 2000, a maior parte dos grandes operadores começou com a prestação de cuidados domiciliários avançando apenas numa fase posterior para os cuidados residenciais.

1.4.3. Intervenientes de pequena escala

1.4.3.1. Cuidados residenciais

Tradicionalmente os operadores de pequena escala têm estado vocacionados para a prestação de cuidados residenciais. De acordo com entrevistas, existem dois principais factores de motivação para entrar no negócio: 1) antecedentes profissionais em serviços sociais (por exemplo, assistentes sociais) ou em serviços

médicos (por exemplo, médicos e enfermeiros); ou 2) experiência negativa com a institucionalização de um familiar.

Sendo um sector pouco “atractivo” e com um elevado desgaste emocional, o sector dos cuidados a idosos não tem conseguido captar “talentos”. Assim, a maior parte dos operadores de pequena escala têm competências de negócio e técnicas (por exemplo, geriatria).

Os centros residenciais mais antigos são de muito pequena escala (<25 pessoas) e são habitualmente localizados em infra-estruturas adaptadas. A residência assistida Solar de São Gião, aberta em 1995, ilustra esta realidade na **Figura 64**. Mais recentemente surgiram residências construídas para esse fim com uma escala maior (30-40 pessoas). Casa Minha, da **Figura 65** é um exemplo das residências construídas para esse fim que abriram em 2005. Ambos os estudos indicam igualmente a gama típica de serviços prestados por pequenos operadores privados. Os centros de cuidados residenciais pequenos raramente oferecem serviços de centro de dia, devido a restrições de espaço (instalações partilhadas tais como a sala de estar e jantar), logística complicada (por exemplo, necessidade de criar um serviço de transporte) e a baixa procura.

Figura 64. Estudo sobre Solar de São Gião (aberto em 1995)

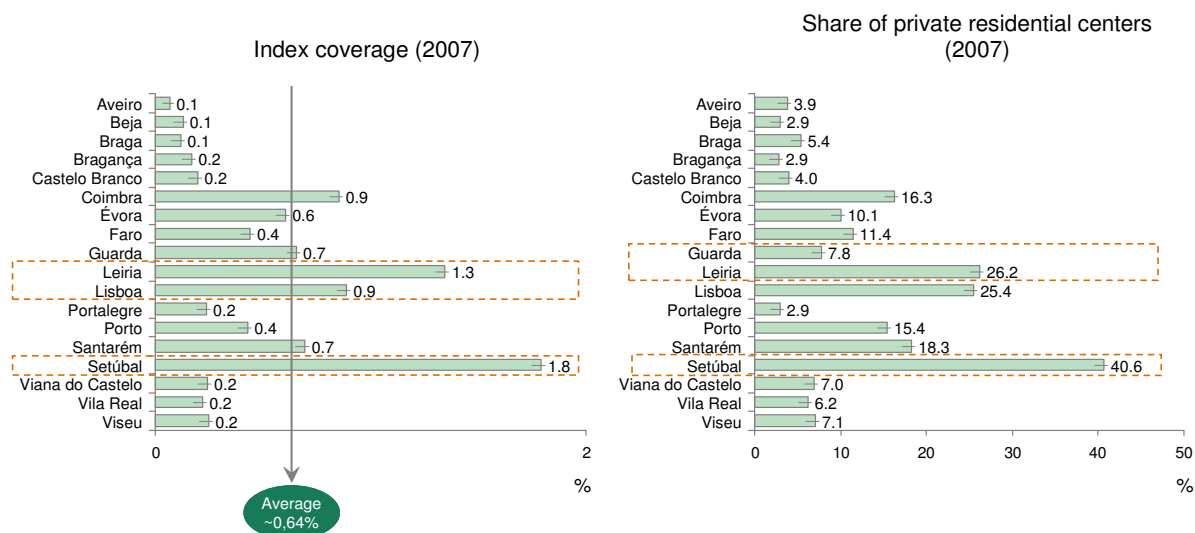


Figura 65. Estudo sobre Casa Minha (aberta em 2005)



As pequenas residências privadas estão distribuídas de forma desigual pelo território nacional. Em média, o índice de cobertura dos cuidados residenciais é de ~0,6%. Setúbal, Leiria e Lisboa têm os índices de cobertura mais elevados (1,8%, 1,3% e 0,9% respectivamente) e de participação privada (41%, 26% e 25% respectivamente).

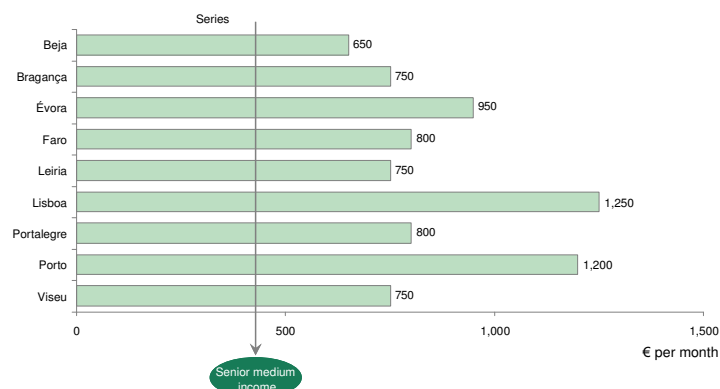
Figura 66. Presença geográfica do sector privado, 2007 (%)



Fonte: DGEEP; INE; Análise BCG.

Os cuidados residenciais privados são muito caros, sendo que o encargo mensal varia em função da sua localização geográfica de 650€ a 1.250€. O encargo mensal excede em muito o rendimento médio dos idosos, que está abaixo dos 400€. Assim, é acessível apenas para o segmento com rendimentos médio-altos. Frequentemente, familiares (principalmente filhos adultos) contribuem significativamente para o pagamento dos cuidados residenciais.

Figura 67. Custo médio mensal dos centros privados de cuidados residenciais por distrito, 2006 (€)



Nota: preços referem-se a lares localizados em cada cidade e excluem medicamentos, fraldas e cuidados médicos especiais.

Fonte: Entrevistas telefónicas.

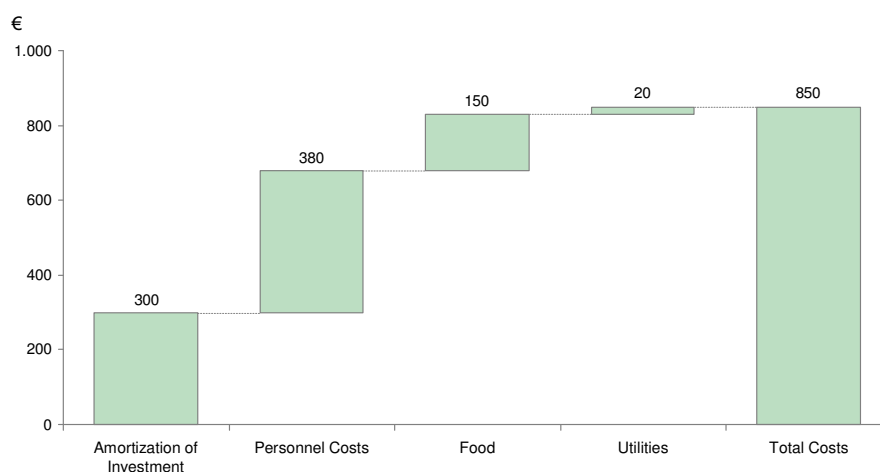
Os custos dos cuidados residenciais são determinados principalmente pela localização do lar, sendo mais caro nas regiões de Lisboa e Porto e nas áreas urbanas do litoral. Outros factores que influenciam o preço dos cuidados residenciais incluem: 1) privacidade, assim como decoração das instalações e casas de banho; 2) variedade de instalações disponíveis (tais como jardins, ginásios, piscinas); 3) diversidade de

serviços prestados (tais como passeios, aulas); e, em alguns casos, 4) o grau de dependência do residente.

Devido ao elevado investimento necessário (~45.000€ por cama), a maior parte dos pequenos operadores tem dificuldade em expandir o negócio. Dado que a Segurança Social estima que a escala mínima de um lar é 23 camas (ocupadas), é necessário um investimento mínimo de 1€ milhão para construir um lar economicamente viável. Se os operadores necessitam um retorno sobre o investimento de 8%, cada idoso teria que pagar ~300€ por mês apenas para repor o investimento inicial.

Adicionalmente, os cuidados residenciais caracterizam-se por terem elevados custos operativos (principalmente pessoal), que necessitam igualmente de ser recuperados. Assumindo um rácio de um funcionário por cada três utilizadores (custando 800€/mês cada), mais um médico e um enfermeiro (custo total de 3.000€/mês), seriam necessários 380€/mês adicionais para cobrir custos de pessoal. A alimentação e os serviços públicos (água, gás e electricidade) acrescentariam 170€/mês aos custos mensais (assumindo 5€ por dia para comida e 20€ para os serviços públicos).

Figura 68. Preço mensal estimado de break even de cuidados residenciais, 2007 (€)



Fonte: Análise BCG.

Os preços de *break-even* estimado de 850€/mês sugerem que os elevados custos operativos tornam difícil para os operadores privados prestarem serviços acessíveis para os idosos de rendimento médio. Outra conclusão importante desta estimativa de custo é que a maior parte dos operadores privados (aqueles que oferecem serviços a preços inferiores a 850€ acrescidos da margem de lucro) não consideram a amortização do investimento inicial na sua estratégia de preço. Isto explica porque não têm capacidade para expandir o negócio, e clarifica em parte porque os idosos de rendimento médio estão mal servidos pelos operadores privados.

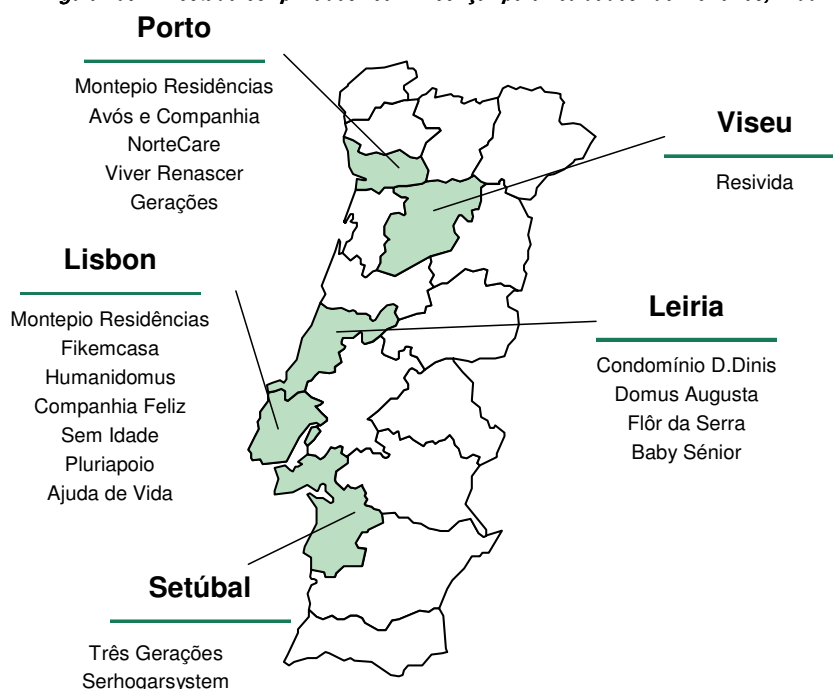
As recentes alterações dos requisitos legais no sentido de uma maior exigência e a supervisão mais rigorosa das entidades reguladoras, a acrescer à pressão dos custos operativos dos cuidados de residenciais, está a contribuir para a hesitação dos operadores privados em expandir o negócio.

1.4.3.2. Cuidados domiciliários

Os cuidados domiciliários prestados pelos pequenos operadores formais têm, geralmente, um cariz social (englobando higiene pessoal, pequenas tarefas domésticas, assistência nas refeições, etc.). Uma vez que as pequenas empresas a funcionar no mercado não têm licença, o seu papel na prestação de cuidados

domiciliários é muito difícil de quantificar. Existem actualmente apenas 18 empresas privadas licenciadas para prestar cuidados domiciliários, concentradas em poucos distritos: Lisboa, Porto, Setúbal, Leiria, e Viseu.

Figura 69. Prestadores privados com licença para cuidados domiciliários, 2007



Nota: Entidades licenciadas até Setembro 2007.

Fonte: Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI), com base em informação facultada pelo ISS.

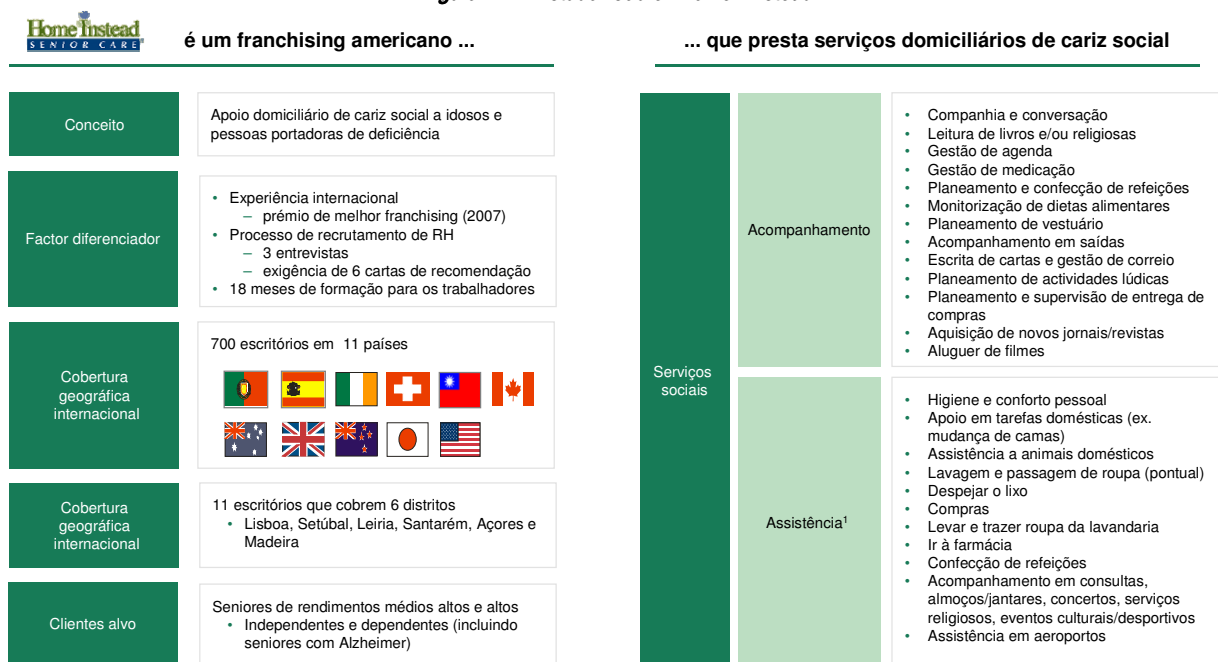
As empresas de cuidados domiciliários têm habitualmente 2-3 sócios e o seu âmbito é tendencialmente de actuação local. Existem três tipologias principais de pequenas empresas de cuidados domiciliários: 1) empresas focadas nos serviços sociais (tais como Sem Idade e Dr. Carlos Rocha); 2) empresas que prestam serviços médicos (tais como AMETIC e Enfermagem 24); e 3) empresas que oferecem ambos os serviços (tais como *Fikemcasa* e *Companhia Feliz*). A empresa *Futuro Feliz em Família* surge na **Figura 70**, como exemplo de uma empresa que presta uma vasta gama de serviços. Na **Figura 71** é dado o exemplo da *Home Instead*. Esta é uma das duas empresas internacionais que operam em Portugal com vários escritórios *franchisados* dispersos pelo país (a outra é *Comfort Keepers*). Estes *franchises* estão focados em prestar apenas serviços de cuidados sociais.

Figura 70. Estudo sobre Futuro Feliz em Família



Fonte: Site de Internet.

Figura 71. Estudo sobre Home Instead



Fonte: Site de Internet.

De forma a poder oferecer uma grande carteira de serviços (principalmente médicos), as empresas por vezes fazem parceria com outras entidades ou profissionais em regime de *free-lancer* (por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas). Isto permite-lhes que mantenham elevadas margens operativas. As empresas fazem igualmente parcerias com outras empresas, ao oferecerem condições de preço preferenciais aos seus funcionários. Tais parcerias destinam-se a garantir uma grande base de clientes.

Os serviços de cuidados domiciliários destinam-se a idosos de rendimentos médio-altos e altos. Como seria de esperar para um serviço personalizado prestado no domicílio, os serviços de cuidados domiciliários são muito caros. Os preços unitários para um banho diário variam entre 10€ a 20€. Uma assistência de 24 horas custa pelo menos 2.000€ (se for de cariz puramente social) e 3.000€ por mês (se for de cariz médico). Estes preços são bastante elevados quando comparados com os do sector formal. No entanto, nem sempre os pequenos operadores formais oferecem serviços de elevada qualidade.

1.4.4. Intervenientes de grande escala

A participação dos operadores de grande escala no sector de cuidados aos idosos é quase irrisória. Actualmente, apenas quatro grandes operadores de grande escala operam no mercado: José Mello Residências e Serviços, Espírito Santo Saúde, *Carlton Life* e Montepio Residências e Serviços. Adicionalmente, dois outros intervenientes de grande escala têm investimentos no sector: *Senior 3 Living* e *Longevity*. Até ao momento, estes operadores investiram ~250€ milhões no sector de cuidados a idosos.

Figura 72. Investimento dos principais grupos privados na prestação de serviços de cuidados a idosos (€)



Fonte: Imprensa; Sites de Internet.

A participação de operadores de grande escala remonta ao início do século XX. Devido às elevadas necessidades de financiamento do sector, estes operadores são controlados por importantes instituições financeiras (por exemplo, Espírito Santo Saúde) ou por prestadores de serviços de saúde (por exemplo, José Mello Residências e Serviços).

A maior parte dos operadores de grande escala começa a sua actividade pela prestação de cuidados domiciliários, principalmente de cariz médico aproveitando os seus próprios profissionais e infra-estruturas clínicas para alargar a sua carteira de serviços aos cuidados residenciais. Os serviços prestados pelos operadores de grande escala destinam-se à classe com rendimentos elevados.

Caso de Estudo - José de Mello Residências e Serviços (JMRS)

A JMRS é o maior grupo privado a operar no mercado português de cuidados a idosos. Pertence à José de Mello SGPS (70%) e à Associação Nacional de Farmácias (30%), a operar desde 2003.

A empresa presta cuidados residenciais (lares e residências) e cuidados domiciliários a idosos.

Tem três unidades residenciais a operar, que representam um investimento de 55€ milhões. A oferta actual inclui 400 camas e 68 apartamentos. Duas das unidades actualmente a operar prestam cuidados residenciais e clínicos. A terceira unidade tem apenas cuidados clínicos, e inclui uma área especial para pacientes com Alzheimer.

A empresa destina-se a idosos de rendimento alto. O encargo mensal é 1.500€ para cuidados clínicos e 950€ para cuidados residenciais (neste caso com uma entrada inicial de 40.000€ a 60.000€). A oferta nas unidades de cuidados residenciais engloba:

- ▶ Apartamentos (T0, T1) com casa de banho privada, cozinha e opcionalmente uma sala de estar individual ou partilhada;
- ▶ Serviços, tais como TV e sala de estar, sala de jantar, sala de jogos, sala de convívio, biblioteca, jardins, capela, ginásio/sala de reabilitação, piscina, cabeleireiro, estacionamento e arrecadações;
- ▶ Serviços sociais (higiene e conforto, limpeza e roupa, refeições);
- ▶ Actividades ocupacionais (intelectuais - isto é, aulas de pintura e música, cinema, passeios e físicas - isto é, reabilitação, ginástica, natação);
- ▶ Serviços clínicos (clínica geral e enfermeiro, consultas da especialidade (extra), acesso preferencial a unidades CUF).

Quando entrou no mercado, a empresa tinha um plano de crescimento ambicioso, que incluía a abertura de várias residências. Mas as dificuldades encontradas em manter a taxa de ocupação em níveis elevados atrasaram esse plano. Não abriu nenhum complexo de residências desde 2005, e não foram anunciadas novas aberturas.

A empresa iniciou a sua operação com cuidados domiciliários. Os serviços oferecidos eram baseados nas instalações clínicas do grupo José de Mello em operação (clínicas e hospitais CUF). Devido a este facto, a cobertura geográfica está ainda limitada às áreas de Lisboa e Porto. Os serviços oferecidos são principalmente clínicos, mas também apoio de cuidados pessoais.



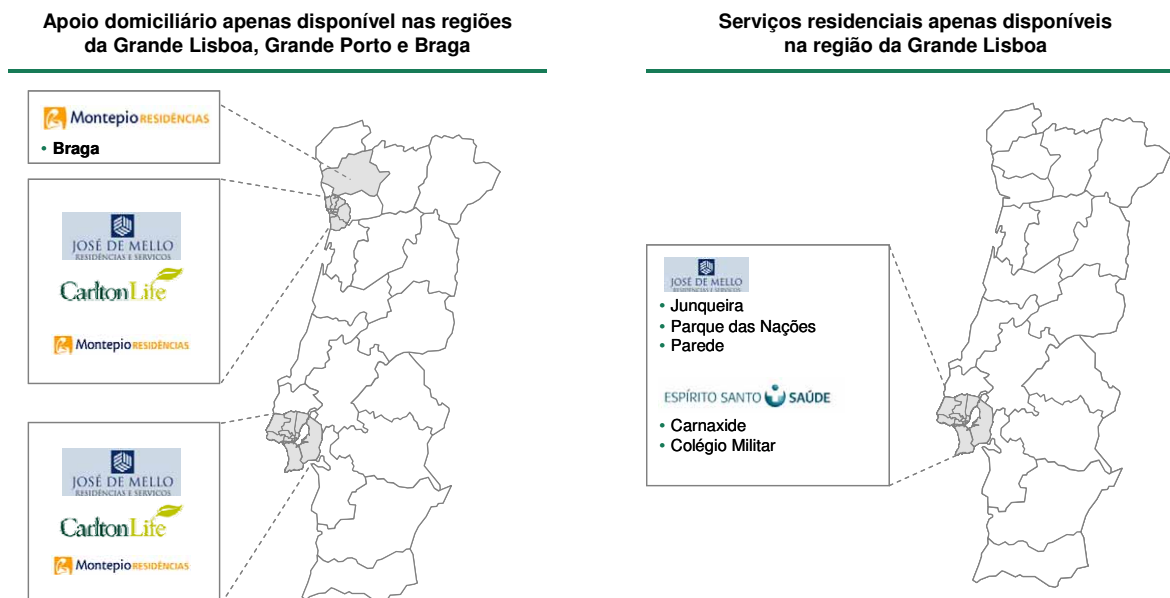
Estão a começar a aparecer conceitos inovadores no mercado nacional. A abertura do primeiro *resort* sénior - um conceito bastante difundido em Espanha - está planeada para 2008. Os *resorts* sénior são considerados mais como projectos do sector imobiliário do que serviços de cuidados a idosos, uma vez que se destinam a pessoas activas e promovem um ambiente de férias. O investidor e proprietário deste novo projecto é o grupo *Longevity*.

Figura 73. Monchique Wellness Resort e Spa

Fonte: Site de Internet *Longevity*.

Nos primeiros anos, as taxas de procura e ocupação estiveram bastante abaixo do esperado, e os operadores de grande escala tiveram grandes dificuldades em captar clientes e atingir o ponto de *break-even* nos cuidados residenciais, o que provavelmente explica porque estes operadores têm ainda uma cobertura muito baixa do país. Os cuidados domiciliários são oferecidos na Grande Lisboa, Porto, Setúbal e Braga e os cuidados residenciais apenas em Lisboa.

Figura 74. Presença geográfica dos operadores de grande escala, 2006

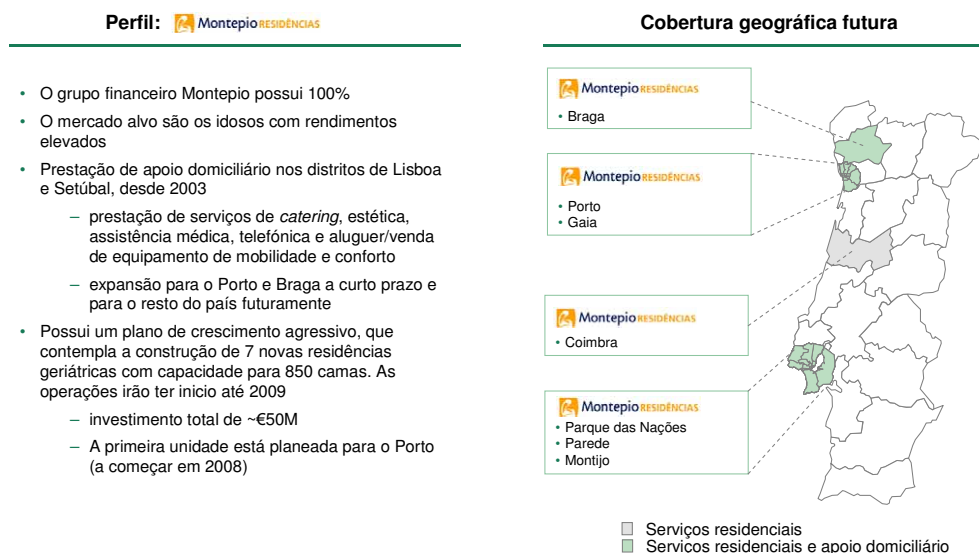


Fonte: Sites de Internet.

Destinadas aos idosos activos, as residências assistidas eram um produto desconhecido em Portugal. Com vontade de permanecerem nas suas próprias casas, os idosos não valorizaram os serviços e comodidades do tipo “hotel cinco estrelas” oferecidos pelas residências assistidas. Adicionalmente, estavam renitentes em comprar um “direito vitalício de utilização” da residência, pois não era hereditário e diminuía significativamente o legado que deixariam aos seus filhos. Adicionalmente, existiam preconceitos culturais em relação aos cuidados residenciais.

Por outro lado, os operadores em grande escala sentiam que ainda estavam apenas a começar a aprender sobre o negócio. Passados cinco anos, estes operadores têm uma visão diferente sobre o potencial do sector e diferentes planos de crescimento. Alguns consideram que o sector tem um baixo potencial e não planeiam futuras expansões. Outros acreditam que ainda existe um forte valor por descobrir, nomeadamente em segmentos com rendimentos mais baixos. A Montepio Residências e Serviços está optimista em relação ao mercado. De momento presta apenas cuidados domiciliários, mas desenhou um plano de expansão bastante agressivo, que já foi tornado público.

Figura 75. Montepio Residências e Serviços



Fonte: Site de Internet; Imprensa.

Resumo

- O sector privado - englobando operadores formais e informais - ainda desempenha um papel menor na prestação de serviços de cuidados aos idosos:
 - Menos de 20% da capacidade existente de serviços chave de cuidados aos idosos - cuidados em centro de dia, cuidados residenciais e domiciliários - é assegurada pelo sector privado;
 - Estima-se que o sector informal, que está direccionado para os cuidados domiciliários, seja o principal prestador privado;
 - O sector formal, que está centrado nos cuidados residenciais, é dominado pelos operadores de pequena escala.
- Quatro factores principais explicam o papel menor do sector formal na prestação de serviços de cuidados aos idosos:
 - A existência de serviços muito mais baratos prestados pelo sector informal (por exemplo, serviços prestados por imigrantes) que permite igualmente aos idosos permanecer em casa mais tempo;
 - O papel central das UM e das IPSS na prestação de serviços de cuidados a idosos financiados pelo Governo e direccionados a idosos de rendimentos baixos;
 - Os elevados custos operativos associados à prestação de serviços de cuidados a idosos, que torna difícil ao sector privado prestar serviços a preços acessíveis ao segmento com

rendimentos baixos (por exemplo, custos mensais de cuidados residenciais por idoso são em média ~850€);

- Escassez de programas governamentais que co-financiem o investimento e/ou os custos operativos relacionados com a prestação de serviços de cuidados a idosos para idosos de rendimento médio e alto.
- Os operadores de grande escala ainda têm uma participação mínima no sector de cuidados a idosos:
- Apenas 4 grandes operadores prestam actualmente serviços de cuidados a idosos (José Mello Residências e Serviços, Espírito Santo Saúde, *Carlton Life* e Montepio Residências e Serviços);
 - A capacidade de cuidados residenciais dos grandes operadores representa menos de 1% da capacidade privada e está actualmente limitada à Região de Lisboa;
 - Os cuidados domiciliários dos grandes operadores são prestados principalmente nas regiões de Lisboa e Porto;
 - Regra geral, os operadores de grande escala começaram por prestar cuidados domiciliários de cariz clínico e passaram, mais tarde, para a oferta de cuidados residenciais.
- É pouco provável que a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos aumente drasticamente no futuro próximo:
- As elevadas necessidades financeiras do sector de cuidados a idosos estão a dissuadir os operadores de pequena escala de alargarem o negócio;
 - Apesar de alguns grandes operadores (por exemplo, Montepio Residências e Serviços) estarem a planear expandir ou entrar no negócio, não se espera que o peso dos grandes operadores aumente significativamente nos próximos anos.

1.5. O papel da família na prestação de cuidados a seniores

1.5.1. Enquadramento teórico-conceptual

O objectivo deste capítulo consiste em analisar o papel da família enquanto cuidador informal de idosos. Nesta abordagem deve-se entender por “cuidadores informais”, familiares, amigos, vizinhos ou outras pessoas próximas, que numa base informal, não remunerada, nem sujeita a qualquer tipo de vínculo estatutário, dão assistência a idosos necessitados de apoio para a realização das diversas tarefas e actividades do seu quotidiano. Por outro lado, deverá entender-se neste contexto por “família”, a rede alargada de parentes com os quais o idoso mantém um conjunto de interações mais ou menos intensas.

A compreensão do papel da família na prestação de cuidados a idosos, constitui uma temática com crescente pertinência social, o que tem dado origem a um vasto conjunto de investigações recentes, de carácter académico ou solicitadas por entidades que trabalham no terreno com a população idosa. A sua crescente importância deriva essencialmente de dois factores. Em primeiro lugar, do significativo envelhecimento da sociedade portuguesa e mundial, originando novas problemáticas, de entre as quais se destaca a sustentabilidade dos sistemas de segurança social, mas também a necessidade de re-conceptualização de categorias e designações de forma a apreender tanto quanto possível, a complexidade desta realidade. Em segundo lugar, as progressivas transformações das estruturas e dinâmicas familiares, fazendo emergir novos valores, percepções e atitudes da família face aos seus ascendentes.

Tradicionalmente, o idoso ocupava um papel central na sociedade e na família, pois era visto como um símbolo de sabedoria, representava a continuidade da história e da memória, e a família constituía-se como

o principal prestador de cuidados a idosos, em que as redes de solidariedade primárias (relações de interconhecimento e inter-ajuda baseadas em laços de parentesco, amizade e/ou vizinhança) registavam elevada centralidade. Todavia, nas sociedades ocidentais e na sociedade portuguesa, tem-se registado um importante conjunto de transformações, conducentes a profundas alterações nas estruturas e inter-relações familiares. Entre essas transformações destacam-se a entrada da mulher no mercado de trabalho, a menor disponibilidade de tempo dos descendentes associada ao factor trabalho, as habitações com dimensões mais reduzidas e os estilos de vida mais stressantes associados às vivências em contexto urbano, a menor proximidade residencial entre os vários elementos das redes de parentesco e uma desvalorização das formas tradicionais de família e de vida familiar, assim como das obrigações e dos deveres familiares instituídos.

A par destas profundas transformações, tem-se registado um crescimento dos serviços especializados na prestação de cuidados a idosos, promovido por actores de natureza jurídica muito diversificada, o que tem fomentado uma transferência de competências que antes eram da responsabilidade da família - para a sociedade, IPSS e Estado, fomentando e respondendo assim a uma desresponsabilização da família como entidade prestadora de cuidados aos mais idosos.

Não obstante os sinais de mudança, os cuidados intrafamiliares, da família solidária, em que os descendentes prestam apoio e cuidados aos seus ascendentes directos, está inscrita nos valores culturais da sociedade portuguesa, continuando a família a ser uma instituição com um peso significativo no suporte e realização afectiva do indivíduo, como sugerem diferentes autores, em investigações recentes no âmbito da gerontologia e sociologia da família. Este facto deriva essencialmente de dois factores. O primeiro factor está associado à perenidade dos valores culturais, como anteriormente mencionado, face à representação social de que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em interacção diária com os seus parentes, amigos e vizinhos, é fundamental para um envelhecimento activo, afectivo e em equilíbrio (enquanto que a institucionalização, embora proporcionando serviços especializados e tecnicamente de qualidade superior comparativamente aos que a família poderia proporcionar ao idoso, também pressupõem uma ruptura das redes de solidariedade primária e promovem uma segregação deste grupo, assim como uma quebra nos laços intergeracionais). O segundo factor remete para a pressão social, que tem subjacente duas componentes, ou seja, por um lado quer-se dar o exemplo aos filhos e, por outro, procura-se evitar a censura dos vizinhos e conhecidos.

1.5.2. Perfil do cuidador familiar e da tipologia de ajudas prestadas ao sénior

Todavia, saliente-se que no âmbito da prestação de cuidados a idosos no contexto das relações de solidariedade primárias, os direitos e as obrigações não são definidos, na sua generalidade, de forma idêntica para todos. Efectivamente, estes dependem de múltiplas variáveis, tais como o género, idade, geração, relações de parentesco, profissão, actividade económica ou ocupação, proximidade residencial e das próprias expectativas que se tem relativamente ao comportamento dos indivíduos. Como refere Nunes (1995), as redes são selectivas, criam inclusões e exclusões, hierarquias e subordinações (*in* Pimentel, 2005).

Posto isto, importa delinear o perfil tendencial do prestador familiar de cuidados a idosos, evidenciando-se, sempre que pertinente, os micro-contextos da sociedade portuguesa, a partir dos resultados do inquérito realizado no âmbito deste estudo à população sénior, ao nível nacional.

Dos resultados obtidos, importa desde logo salientar a primazia da família no contexto dos cuidadores formais e informais a idosos, na maioria das ajudas/apoios de que o sénior beneficia: tarefas domésticas, cuidados pessoais, ajuda financeira, mobilidade, cuidados de saúde, cuidados sociais e lazer. Em segundo lugar, surgem os cuidadores formais, instituições e Estado, com uma proporção muito semelhante entre si (82 e 79 idosos, respectivamente), todavia muito distantes da preponderância da família. Os demais cuidadores informais (amigos e vizinhos) têm apenas uma expressão residual.

O papel central da família, traduz-se ainda por esta assumir-se como principal cuidador a idosos em todas as tipologias de ajudas e apoios, com excepção dos cuidados de saúde, em que é o Estado o principal prestador de cuidados, reflexo da importância que o SNS continua a registar em Portugal. Uma leitura desagregada por tipologias evidencia que é no âmbito das tarefas domésticas que a família mais presta apoio à população sénior, seguindo-se as ajudas de carácter financeiro, mobilidade, cuidados pessoais, cuidados de saúde e lazer (domínio em que esta tem menor relevância).

Quadro 104. Respostas obtidas por prestador de cuidados a seniores, segundo os diferentes tipos de ajudas e apoios, em Portugal, 2007 (N.º)

Prestador	Tipologia de Ajudas/Apoios						Total
	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	
Família	174	73	91	83	56	39	516
Amigos	9	0	3	4	1	18	35
Vizinhos	3	3	0	1	3	1	11
Instituição	14	21	1	12	24	10	82
Estado	0	0	12	0	66	1	79
Outros	55	19	7	21	18	47	167
Total	255	116	114	121	168	116	890

Fonte: Inquérito, CEDRU, 2007.

A análise do perfil da família na qualidade de cuidador dos seus ascendentes é marcada por diferenças em função da TAU. Este papel é mais relevante nas APR comparativamente às áreas rurais e áreas urbanas, na quase totalidade de tipologias de ajudas/apoios prestados. Deste modo, evidencia-se nos contextos rurais uma maior valorização das redes de solidariedade primárias, dos valores morais e da importância da família como unidade fundamental da organização e funcionamento da sociedade, onde os valores culturais ainda se encontram bastante enraizados, onde se considera que a família tem o dever de assegurar a resposta às necessidades de apoio dos seus membros.

A única excepção reside no lazer, única tipologia de ajudas/apoios prestados pela família que tem uma importância superior nas AMU (10,4%) em detrimento das APR (6,8%). Este facto reflecte a menor importância que as práticas de lazer assumem em contexto rural na sociedade portuguesa, traço ainda muito associado à urbanidade dos territórios.

Não obstante estas duas grandes diferenças entre as tipologias das áreas urbanas, com base no tipo de ajudas/apoios prestados pela família, saliente-se que em todas elas as tarefas domésticas são as ajudas/apoios mais relevantes. Em segundo lugar, registam-se tipologias de ajudas/apoios diversificados em função da TAU. Com efeito, nas APU são as ajudas financeiras que ocupam o segundo lugar, o que vai de encontro às conclusões de vários estudos recentes que têm constatado a maior vulnerabilidade deste grupo etário nas áreas urbanas associado a um maior risco de pobreza. Exemplificativo de tal, é o Relatório do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa, onde se considera que 28% da população com mais de 65 anos se encontra em risco de pobreza. Nas AMU, em segundo lugar surgem dois tipos de ajudas/apoios com relevância estatística igual, o lazer e a mobilidade. Por fim, nas APR, com excepção das tarefas domésticas que constituem a principal ajuda prestada pela família aos idosos e do lazer, que pelo contrário, é a que regista menor relevância, todas as restantes ajudas apresentam a mesma importância.

Quadro 105. Apoios/ajudas prestados pela família, segundo o tipo e as Tipologias das Áreas Urbanas, 2007 (%)

Tipologia de Ajudas/Apoios	Tipologia das Áreas Urbanas		
	APU	AMU	APR
Tarefas Domésticas	12,0	13,5	22,7
Cuidados Pessoais	4,6	5,2	13,6
Ajuda Financeira	5,9	8,3	13,6
Mobilidade	5,0	10,4	13,6
Cuidados de Saúde	2,8	7,3	13,6
Lazer	1,8	10,4	6,8

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

Na análise das relações intrafamiliares na prestação de cuidados a seniores, a variável género apresenta uma dupla centralidade existindo diferenças assinaláveis no prestador familiar de cuidados, assim como no beneficiário desses mesmos cuidados.

No que trata ao prestador informal “família”, diversas investigações recentes têm defendido que as redes familiares criam hierarquias e subordinações, cuja variação depende de vários factores entre os quais o género do prestador de cuidados. Com efeito, no artigo Cuidadores Informais de Idosos da revista Cidade Solidária da SCML, 2008, constatou-se a partir dos resultados das entrevistas directas e pessoais realizadas aos cuidadores informais que entre as características mais homogéneas dos prestadores se destaca um perfil maioritariamente feminino. Do mesmo modo, Vieira no seu estudo de 1996 refere que a ajuda aos idosos recai na esposa, ou em caso desta não existir, nas filhas, porque cuidar dos idosos é ainda encarado como um trabalho da competência e responsabilidade das mulheres. Outro exemplo ainda remete para o estudo desenvolvido por Figueiredo e Sousa, “Dificuldades e Fontes de Satisfação Percepcionados por Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes Com e Sem Demência”, segundo o qual 84,8% dos cuidadores familiares são mulheres.

Relativamente ao sénior que beneficia de cuidados de prestadores familiares, regista-se uma clara cisão entre dois grandes tipos de ajudas. No que concerne aos cuidados de natureza mais pessoal, como sendo as tarefas domésticas e os cuidados pessoais, são os indivíduos do sexo masculino que beneficiam de mais ajudas de familiares, enquanto que ao nível das ajudas de mobilidade e para fins de lazer são os do sexo feminino que revelam uma maior necessidade de apoio. No âmbito das ajudas de natureza financeira e nos cuidados de saúde regista-se uma certa homogeneidade entre os seniores de ambos os sexos, não obstante uma necessidade ligeiramente superior de ajudas/apoios por parte dos do sexo feminino. Este panorama tem subjacentes padrões culturais ainda prevalecentes na sociedade portuguesa, segundo os quais as tarefas associadas à casa continuam a ser da responsabilidade das mulheres, enquanto que, por outro lado, estas têm menor autonomia e mobilidade do que os homens, o que as condiciona e gera maior dependência e necessidade de ajuda de terceiros para a realização de determinadas actividades.

Quadro 106. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função do sexo do beneficiário, 2007 (%)

Tipologia de Ajudas/Apoios	Sexo	
	Feminino	Masculino
Tarefas Domésticas	36,8	63,2
Cuidados Pessoais	37,0	63,0
Ajuda Financeira	50,5	49,5
Mobilidade	63,9	36,1
Cuidados de Saúde	51,8	48,2
Lazer	61,5	38,5

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

A tipologia de ajudas/apoios que a família presta aos seus ascendentes varia em função do grupo etário da população sénior. Com efeito, regista-se desde logo uma importante dicotomia entre os extremos etários, isto é, enquanto que entre a população sénior com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos as principais ajudas prestadas pelos cuidadores familiares se registam ao nível do lazer, entre o grupo dos muito idosos (com 85 ou mais anos) as principais ajudas registam-se no domínio dos cuidados pessoais e dos cuidados de saúde. Esta disparidade reflecte assim a perda de autonomia, de capacidades ao nível biológico e subsequentemente, o aumento da dependência que ocorre com o avançar da idade, o que promove uma transformação nos estilos de vida e necessidades dos indivíduos.

Uma avaliação mais incisiva em cada grupo etário ilustra nitidamente este facto, na medida em que se percebe uma gradual transformação da principal tipologia de apoios. Entre a população sénior com idades entre os 55 e os 64 anos e entre os 65 e os 74 anos, as principais ajudas prestadas pelos cuidadores familiares ocorrem ao nível do lazer, seguidas das tarefas domésticas. Este facto resulta de este se tratar de um grupo etário que reside ainda com os seus descendentes. Já entre os indivíduos entre os 75 e os 84 anos, as principais tipologias de ajudas são ao nível da mobilidade e das ajudas financeiras, enquanto que no grupo etário com 85 ou mais anos são os cuidados pessoais e os cuidados de saúde.

Quadro 107. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função do grupo etário do beneficiário, 2007 (%)

Tipologia de Ajudas/Apoios	Grupo Etário				
	55-64	65-74	75-84	85 ou mais	Total
Tarefas Domésticas	32,8	32,8	25,9	8,6	100,0
Cuidados Pessoais	23,3	31,5	31,5	13,7	100,0
Ajuda Financeira	23,1	30,8	39,6	6,6	100,0
Mobilidade	24,1	27,7	39,8	8,4	100,0
Cuidados de Saúde	23,2	32,1	33,9	10,7	100,0
Lazer	35,9	33,3	23,1	7,7	100,0

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

De igual modo, também a variável nacionalidade introduz importantes oscilações nas relações familiares no que se refere à prestação de cuidados aos seniores. Embora as tarefas domésticas constituam, em ambas as situações, a principal tipologia de ajudas que os seniores de nacionalidade portuguesa ou estrangeira recebem dos seus cuidadores familiares, note-se que no caso dos cidadãos de nacionalidade estrangeira, a par desta tipologia, as ajudas financeiras assumem igual relevância (33,3%), enquanto que entre os seniores de nacionalidade portuguesa a importância é apenas residual (6,5%). Note-se ainda a diferença registada ao nível da prestação de cuidados pessoais pelos cuidadores familiares: enquanto que 16,7% dos seniores de nacionalidade estrangeira beneficiam deste apoio, para os de nacionalidade portuguesa este não vai além dos 5,4%.

Estas disparidades baseadas na nacionalidade evidenciam, sobretudo, os valores morais e a importância que a estrutura familiar e as redes de solidariedade familiar assumem entre os autóctones e os cidadãos de nacionalidade estrangeira. Todavia, estas diferenças resultam do perfil dos cidadãos estrangeiros que maioritariamente residem em Portugal, isto é, indivíduos provenientes dos PALOP. Efectivamente, ao contrário do que se verifica na sociedade portuguesa e nas sociedades modernas ocidentais, na sociedade tradicional africana, os idosos continuam a desempenhar um importante papel, sendo o sistema político e social das aldeias baseado na autoridade do chefe, que é sempre um ancião (por conhecer bem a tradição dos antepassados), considerado o guardião da sabedoria e da experiência. Intrinsecamente associada aos factores culturais encontra-se a disparidade registada ao nível das ajudas financeiras, pois no contexto da sociedade portuguesa prevalece a ideia de que são os idosos que têm o dever de ajudar os seus descendentes e não o contrário.

Quadro 108. Tipologia de ajudas/apoios que a família presta à população sénior em função da nacionalidade do beneficiário, 2007 (%)

Tipologia de Ajudas/Apoios	Nacionalidade	
	Estrangeira	Portuguesa
Tarefas Domésticas	33,3	12,9
Cuidados Pessoais	16,7	5,4
Ajuda Financeira	33,3	6,5
Mobilidade	5,6	6,3
Cuidados de Saúde	0,0	4,3
Lazer	0,0	3,0

Fonte: Inquérito CEDRU, 2007.

Por fim, importa ainda salientar que apesar de se verificar a perda de importância dos seniores no contexto familiar nas sociedades modernas ocidentais, tal como defendem diversos investigadores, a família continua a desempenhar um papel fulcral na qualidade de prestador de apoio e ajudas ao sénior e este continua a ter grandes expectativas de receber esse apoio, até porque descende de uma época em que a família dava resposta às necessidades dos seus ascendentes, sendo este um valor cultural bastante enraizado.

A comprovar esta realidade, constata-se que entre a população sénior inquirida ao nível nacional, 41,1% não pretende ser institucionalizada, factor que tem subjacente as elevadas expectativas do idoso relativamente ao suporte que poderá vir a beneficiar da respectiva estrutura familiar no seu processo individual de envelhecimento.

1.5.3. Tendências e desafios

Actualmente, é amplamente reconhecida a importância da permanência dos idosos no seu ambiente familiar e social, como factor fundamental para um envelhecimento harmonioso e em equilíbrio. A este factor acresce a ideologia social que atribui à família a responsabilidade de cuidar dos seus ascendentes, o que promove uma acentuada pressão sobre esta, sem que sejam simultaneamente equacionadas as suas necessidades para uma efectiva prestação de apoio. Este quadro familiar é acompanhado de transformações político-sociais indutoras de uma crescente incapacidade do Estado em responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional, uma realidade cada vez mais multifacetada que pressupõe respostas cada vez mais complexas.

Perante este cenário, colocam-se actualmente novos desafios à família e à sociedade na sua globalidade, no que diz respeito à prestação de cuidados à população sénior. Ainda que a crescente incapacidade de resposta e desresponsabilização da família e do Estado Providência possam, de algum modo, ser ultrapassadas com a criação de serviços especializados na prestação deste tipo de cuidados, apresenta-se como incontornável a necessidade de desenvolvimento de novas respostas e estratégias de actuação, envolvendo um leque cada vez mais diversificado de actores.

Às empresas e entidades empregadoras compete o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da conciliação entre a vida profissional e a familiar dos seus trabalhadores, nomeadamente, de estratégias específicas de promoção da prestação de apoio à família. Estas poderão ser muito diversificadas, sendo possível identificar um conjunto de boas práticas a este nível à escala nacional e internacional. Destaca-se, a título exemplificativo, a estratégia desenvolvida pela IBM, empresa do ramo informático, que fornece um seguro de saúde aos trabalhadores e respectivos descendentes e ascendentes assim como a estratégia desenvolvida pela *Du Pont de Nemours*, empresa italiana do sector da química e da energia, com aproximadamente 500 trabalhadores, que implementou na segunda metade da década de 80, trabalhos em *part-time* para todos os níveis da carreira, de modo a que os seus trabalhadores tivessem a possibilidade de prestar cuidados aos seus ascendentes e descendentes. Refira-se ainda a estratégia do Banco Nacional

da Grécia que atribui um fundo de saúde alargado aos pais dos trabalhadores, que inclui apoio económico e aconselhamento familiar.

Ao Estado compete o desafio do desenvolvimento de políticas de apoio e protecção aos cuidadores familiares, de promoção do bem-estar familiar, para que a prestação de cuidados aos seniores não constitua uma pressão familiar. Recentemente, ao nível nacional, tem sido feito um importante esforço de apoio social às famílias com a criação e aplicação do PARES pelo Governo, com vista ao aumento do número de vagas em centros de dia, lares e serviços de apoio domiciliário. Trata-se de uma medida fundamental no âmbito de uma nova geração de políticas sociais apostada no apoio à família e na conciliação entre a vida profissional e a vida familiar e na criação de condições para uma promoção mais efectiva da igualdade de oportunidades, uma vez que, em geral, são as mulheres as mais afectadas profissionalmente, por lhes estar afecta a responsabilidade de prestação de cuidados aos ascendentes. Trata-se, no entanto, de uma medida circunscrita, sendo necessário desenvolver outras medidas complementares. A título exemplificativo, destaque-se a inexistência de políticas regionais ou locais a este nível, sendo que a promoção de cuidados com qualidade e o desenvolvimento de condições para uma efectiva prestação de cuidados familiares dependem das iniciativas à escala local e das habilitações técnicas e financeiras das comunidades locais.

Ao nível da investigação, empresarial ou académica, importará desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as dinâmicas inerentes às redes de solidariedade familiar dos diferentes grupos minoritários. Constituindo-se Portugal progressivamente como um importante destino na rede internacional de migrações, que acolhe imigrantes e minorias étnicas provenientes de diversas origens geográficas, com culturas e valores familiares distintos, será absolutamente necessário compreender as diferentes ideologias subjacentes a cada um deles, de modo a desenvolverem-se estratégias de diferenciação positiva no apoio aos cuidadores informais familiares de diferentes nacionalidades.

Os próprios parceiros sociais, nomeadamente, as IPSS e as ONG, deverão desempenhar um importante papel a este nível, promovendo acções de sensibilização da comunidade em geral, mas também de formação dos prestadores familiares de cuidados a seniores, de modo a que a prestação destes cuidadores tenha ganhos ao nível da qualidade e das competências técnicas.

Por fim, e no contexto das próprias estruturas familiares, é necessário fomentar-se a responsabilização e a valorização dos laços afectivos e familiares na prestação de cuidados a idosos, bem como a consciencialização da sua importância para um envelhecimento activo. Esta deverá ser a atitude prevalecente, que deverá contrariar a que actualmente começa a emergir de desresponsabilização das estruturas familiares, sustentada pela emergência de serviços especializados e pela crença no dever de apoio do Estado.

2. Síntese

- ▶ Nos anos mais recentes tem-se registado um crescimento acentuado da oferta de cuidados e serviços à população sénior por parte de prestadores formais e informais;
- ▶ O papel do Estado na prestação de cuidados a seniores, nos últimos anos, tem ficado marcado por um reforço e consolidação da rede de equipamentos e serviços, na qualificação dos serviços e respostas prestados, assim como na sua crescente diversificação. Ao nível da Administração Central têm sido desenvolvidos inúmeros programas e projectos, enquanto que à escala da Administração Local tem sido criada uma multiplicidade de projectos;
- ▶ Em Portugal existe uma longa tradição do Terceiro Sector na prestação de cuidados e serviços à população sénior, que abrange uma vasta diversidade de instituições, entre as quais se destacam as de natureza religiosa e, entre estas, as Misericórdias e os Centros Sociais e Paroquiais. O

voluntariado tem registado um crescimento muito significativo, embora se tratando de uma dinâmica recente em Portugal, assume já grande importância no sector não lucrativo;

- ▶ O sector privado - englobando operadores formais e informais - desempenha ainda um papel limitado na prestação de serviços de cuidado aos idosos;
- ▶ O papel da família, enquanto prestador de cuidados a seniores, tem sofrido profundas alterações nos últimos anos, no entanto, permanece como principal prestador de cuidados.

MÓDULO 3

AVALIAÇÃO DE MERCADO

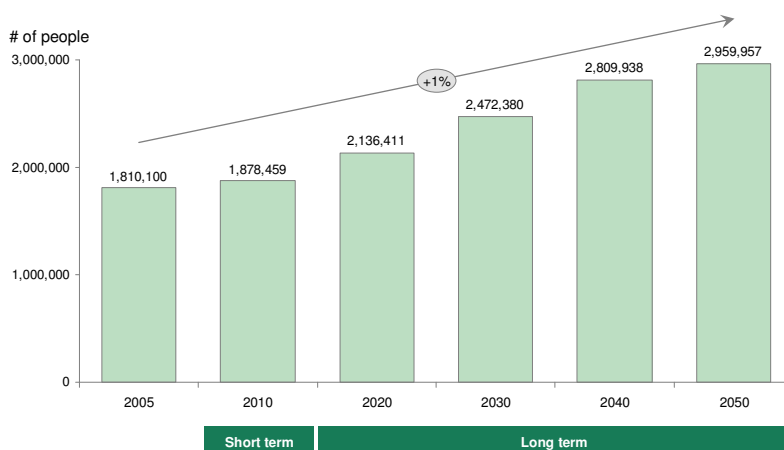
1. Cenários de evolução da procura em Portugal

Espera-se que a procura de cuidados a idosos cresça de forma estável nos próximos anos principalmente devido a quatro factores:

- ▶ Envelhecimento da população;
- ▶ Mudanças nas dinâmicas familiares;
- ▶ Mudanças culturais;
- ▶ Crescimento económico.

Em Portugal, tal como a nível mundial, o envelhecimento da população é uma tendência em crescimento. Espera-se que, até 2050, a população de idosos aumente 1% anualmente. Como resultado, o peso da população idosa subirá de 16% no Censos de 2001 para ~32% em 2050. A explosão do número de idosos irá gerar um aumento na procura de cuidados a idosos.

Figura 76. Projeções da evolução da população com 65 ou mais anos, 2005-2050 (N.º)



Fonte: INE.

As mudanças contínuas nas dinâmicas familiares irão igualmente alimentar o crescimento da procura de cuidados a idosos, nomeadamente:

- ▶ O aumento de mulheres empregadas;
- ▶ O aumento da idade média de reforma;
- ▶ A predominância gradual de famílias mais pequenas;
- ▶ A crescente preponderância de empregos exigentes em termos de horas.

O emprego das mulheres irá continuar a crescer nos próximos anos. Ao mesmo tempo, a idade de reforma, tanto do homem como da mulher, irá aumentar devido à recente alteração das regras de reforma (nomeadamente o aumento do número mínimo de anos a trabalhar e da idade mínima de elegibilidade). Uma vez que as filhas e as noras com idades entre os 50 e os 65 anos são as principais prestadoras

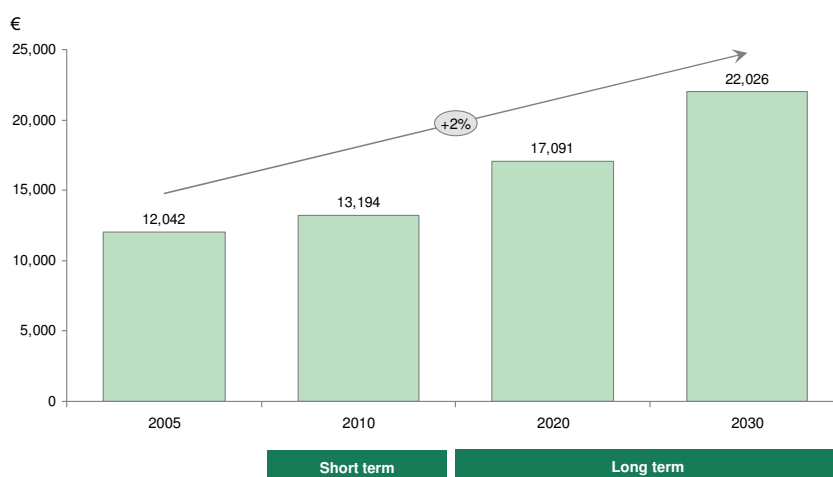
de cuidados, estas duas tendências levarão a que as famílias tenham que encontrar opções de cuidados alternativos aos cuidados prestados por familiares.

Em paralelo, o peso das famílias pequenas (com 1 ou 2 filhos) irá crescer gradualmente. Uma vez que, historicamente, os familiares (nomeadamente os filhos) partilham a prestação de cuidados aos idosos, será exigido um compromisso de tempo muito maior a cada familiar. Esta tendência, juntamente com a crescente exigência de compromisso de tempo dos empregos, irá reduzir a disponibilidade de tempo dos familiares para prestar cuidados aos idosos, determinando a procura de soluções de cuidados a idosos complementares ou alternativas ao cuidado de familiares.

As mudanças culturais irão também condicionar o aumento da procura de cuidados a idosos. Por um lado, as pessoas actualmente na meia-idade aceitam melhor a possibilidade de recorrer aos serviços de cuidados a idosos no futuro, nomeadamente, em caso de dependência. Por outro lado, os preconceitos da sociedade em relação ao recurso a serviços pagos (nomeadamente residenciais) estão a diminuir. Assim, lentamente, mais famílias vêem os serviços pagos de cuidados a idosos como opções de cuidados adequadas e vantajosas, nomeadamente nas fases de dependência avançada.

O crescimento económico irá promover, igualmente, o aumento da procura de cuidados a idosos. Até 2030, espera-se que o PIB *per capita* cresça a uma taxa anual de 2%. Este crescimento irá aumentar o rendimento médio dos idosos e das famílias e, tornando os serviços de cuidados a idosos mais acessíveis mas também aumentando a capacidade dos idosos em geral de pagar por esses serviços.

Figura 77. Projecções da evolução do PIB per capita, 2005-2030 (€)



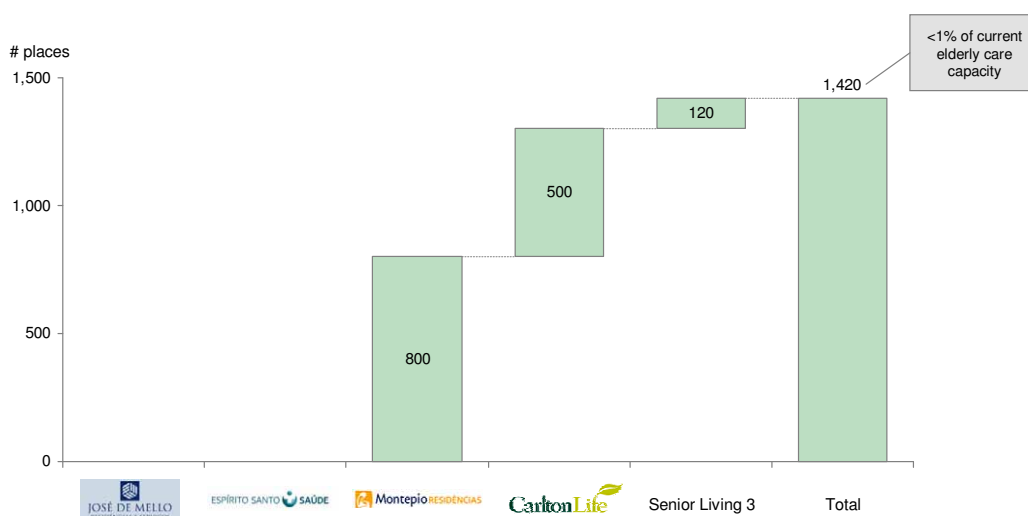
Em relação à dependência dos idosos (que é uma grande força motora da procura de cuidados a idosos), não se espera que se reduza no futuro apesar do esperado progresso da medicina. Se, por um lado, se espera que o estado de saúde dos idosos em cada faixa etária melhore como resultado da evolução da medicina, por outro, o peso dos idosos com mais idade (com maior incidência de dependência) irá aumentar e, subsequentemente, a idade média dos idosos, também aumentará. Especificamente, o peso dos idosos com 80 anos ou mais irá subir dos ~23% em 2005 para ~32% em 2050.

Em geral, espera-se que a procura de serviços de cuidados a idosos aumente em termos quantitativos. Em termos qualitativos, e à medida que o nível de educação e o rendimento da população idosa sobem, os idosos irão procurar serviços de cuidados a idosos com maior qualidade (por exemplo, cuidados especializados, pessoal qualificado, cuidados com maior frequência).

2. Cenários de evolução da oferta

Mantendo-se tudo igual, não se espera que o sector privado seja a força motora da procura futura dos serviços de cuidados a idosos. Devido aos elevados custos operativos da prestação de cuidados a idosos, os operadores privados irão provavelmente desenvolver poucos serviços destinados aos idosos de rendimentos médios ou baixos. Adicionalmente, não é provável que se registre um aumento substancial de serviços destinados a idosos de rendimentos altos. Por um lado, os elevados investimentos necessários e a crescente pressão sobre as margens de rentabilidade irão dissuadir vários pequenos operadores de expandir a sua actual capacidade. Por outro lado, a expansão agressiva de capacidade planeada por alguns grandes operadores - tais como Montepio Residências e *Carlton Life* - terá um impacto limitado na oferta agregada de cuidados a idosos.

Figura 78. Planos públicos de expansão da capacidade residencial dos grandes operadores privados, 2007 (N.º)



Fonte: Press; Corporate Websites.

Não se espera que as ONG sejam importantes geradores da evolução futura da oferta de cuidados a idosos, uma vez que as ONG a operar actualmente em Portugal não anunciaram expansões de capacidade de relevo. Adicionalmente, não está projectada a entrada de novas ONG direccionadas para a prestação de cuidados a idosos.

Por outro lado, não se espera que o sector informal seja determinante na evolução futura da oferta de cuidados a idosos, uma vez que, historicamente, este tem-se desenvolvido numa lógica de reacção aos desequilíbrios entre a procura e a oferta dos cuidados a idosos.

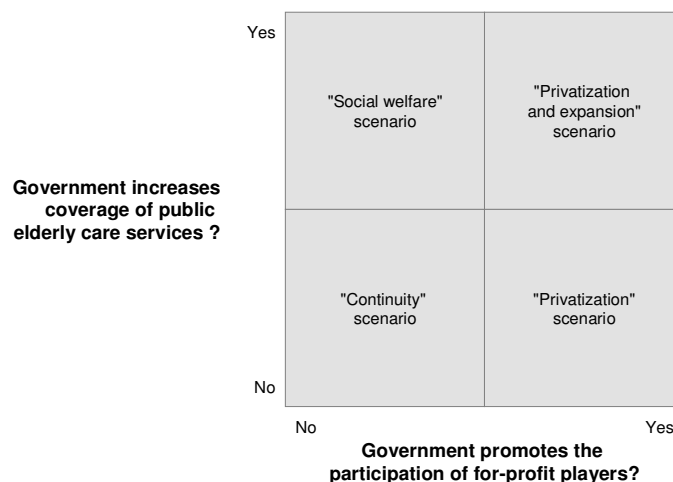
Assim, em Portugal, a evolução da oferta de serviços de cuidados a idosos será determinada pela direcção da política governamental em duas áreas: 1) cobertura de serviços com financiamento público; 2) incentivos à participação do sector privado.

- Em relação à cobertura dos serviços com financiamento público de cuidados a idosos, o Governo poderá manter a actual cobertura ou aumentá-la;
- Em relação ao sector privado, o Governo poderá manter o *status quo* ou introduzir medidas de incentivo para que o sector privado assuma um papel mais preponderante na prestação de cuidados a idosos.

A combinação das principais direcções das políticas governamentais resulta em quatro cenários da evolução da procura:

- O cenário “Continuidade”;
- O cenário “Privatização”;
- O cenário “Privatização e Expansão”;
- O cenário “Assistência Social”.

Figura 79. Cenários de potencial evolução da oferta



Fonte: Análise BCG.

No cenário de “Continuidade”, o *status quo* - em termos de cobertura de serviços de cuidados a idosos com financiamento público e incentivos à participação do sector privado - é mantido.

No cenário “Privatização”, o Governo privatiza gradualmente o sector ao estabelecer parcerias público-privadas (PPP) para o desenvolvimento e/ou gestão dos serviços a idosos. Adicionalmente, o Governo implementa outras medidas de incentivo para uma maior participação dos operadores privados. Estas medidas podem incluir: benefícios fiscais para prestadores ou consumidores ou condições preferenciais de crédito para prestadores.

No cenário “Privatização e Expansão”, o Governo, para além de gradualmente privatizar os cuidados a idosos e implementar medidas para promover a participação do sector privado, assume uma maior responsabilidade e aumenta a cobertura dos serviços com financiamento público.

No cenário “Assistência Social”, o Governo assume uma maior responsabilidade nos cuidados a idosos e aumenta a cobertura de serviços com financiamento público. No entanto, não são dados novos incentivos para promover a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos.

Papel dos principais actores nos cenários alternativos de evolução da oferta

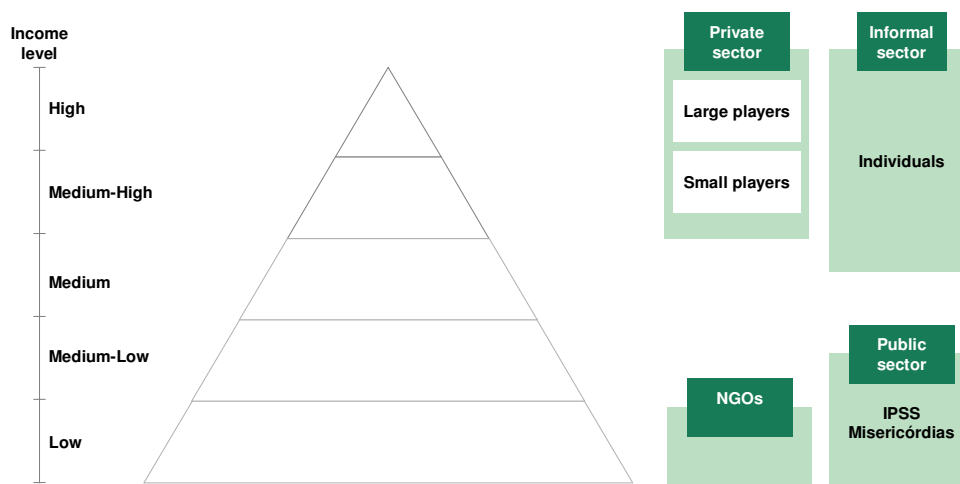
Os principais actores - sector público, ONG, sector privado e sector informal - irão assumir diferentes papéis dependendo do futuro cenário da procura.

No cenário “Continuidade” os principais actores manterão os seus papéis actuais:

- O sector público irá continuar a dominar a prestação de cuidados e estará direccionado principalmente para os idosos de baixo rendimento;
- As ONG irão continuar a complementar a oferta pública para os idosos de baixo rendimento;

- O sector privado irá continuar a estar direccionado principalmente para os idosos de rendimento alto;
- O sector informal irá continuar a complementar a oferta privada aos idosos de rendimento alto e ser o principal prestador aos idosos de rendimento médio.

Figura 80. Clientes alvo dos principais prestadores de cuidados a idosos



Fonte: Análise BCG.

No cenário “Privatização”, o sector privado (especialmente os grandes operadores) irá gradualmente substituir o sector público na prestação de serviços de cuidados aos idosos de rendimento baixo. Assim, o sector privado irá assumir um papel mais importante em detrimento do sector público. Neste cenário, espera-se que surjam modelos privados com maior relação custo-eficiência na prestação de cuidados a idosos.

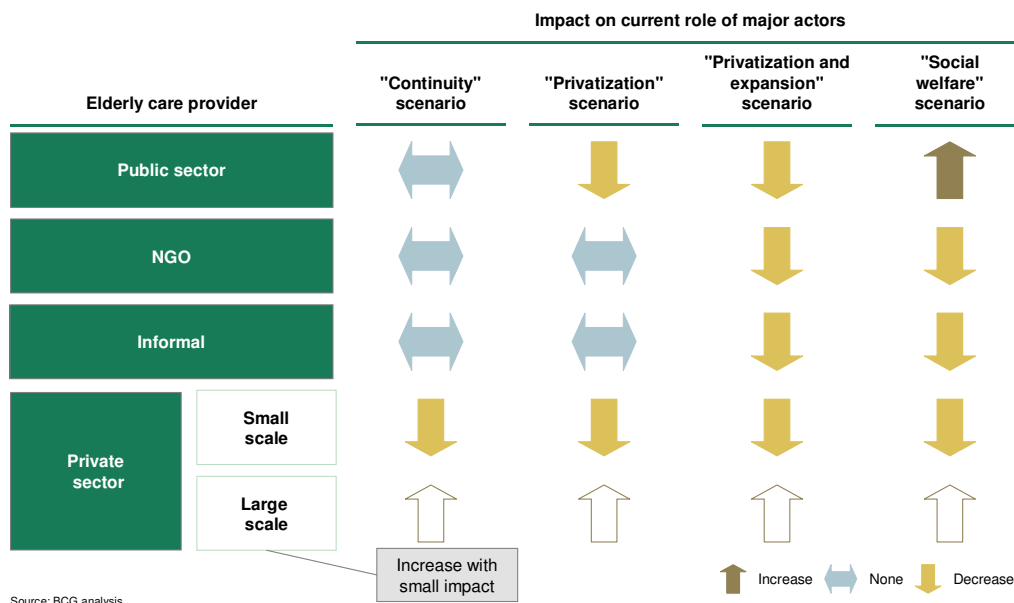
No cenário “Privatização e Expansão”, o sector privado irá florescer. Por um lado, tal como no cenário privatização, os operadores de grande escala irão substituir o sector público na prestação a idosos de rendimento baixo. Por outro lado, os operadores privados irão desenvolver serviços direccionados a idosos de rendimento baixo. Neste cenário, o papel do sector público e das ONG irá diminuir. No caso do Governo Português aumentar significativamente a cobertura de serviços de cuidados a idosos, o papel do sector informal como prestador de cuidados aos idosos de rendimento médio será igualmente afectado de forma negativa.

No cenário “Assistência Social”, o sector público irá aumentar o seu grau de cobertura na prestação de cuidados a idosos. Em contraste, as ONG - que estão vocacionadas para idosos de rendimento baixo - perderão peso. No caso do Governo Português aumentar significativamente a cobertura dos serviços de cuidados a idosos, o papel do sector informal será igualmente afectado negativamente.

Adicionalmente, em todos os cenários, espera-se que os grandes operadores privados substituam gradualmente os pequenos operadores privados na prestação de serviços aos idosos de rendimentos médio-altos.

Em relação ao papel das famílias como prestadores e financiadores, espera-se apenas que o seu peso se reduza nos cenários onde o Governo aumenta a cobertura dos serviços com financiamento público: os cenários “Assistência Social” e “Privatização e Expansão”. Nestes cenários, as famílias poderão intervir menos na prestação e financiamento dos cuidados aos idosos de rendimento médio.

Figura 81. Impacto dos potenciais cenários de evolução sobre o papel dos principais prestadores de cuidados a idosos

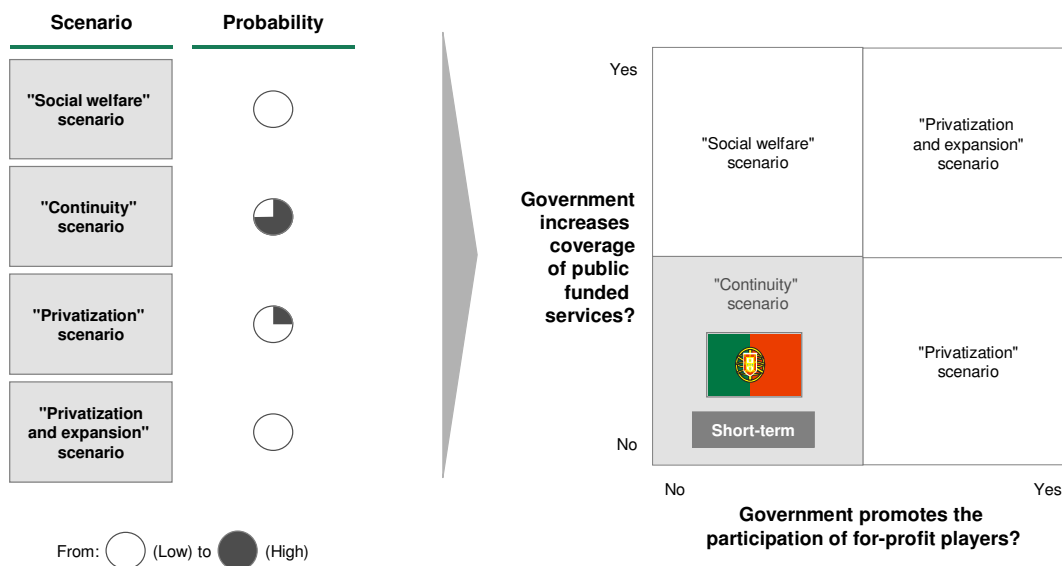


Fonte: Análise BCG.

Evolução da oferta de serviços de cuidados a idosos a curto prazo

Como não se espera que o Governo aumente a cobertura de serviços com financiamento público nem impulse a privatização do sector de cuidados a idosos a curto prazo, o cenário "Continuidade" é o mais provável no futuro próximo.

Figura 82. Probabilidade de potenciais cenários de evolução de oferta, a curto prazo



Fonte: Análise BCG.

Não é provável que a cobertura dos serviços a idosos aumente a curto prazo, uma vez que:

- ▶ Os equipamentos sociais destinados aos cuidados infantis são a prioridade em termos de investimento até 2009;

- ▶ A erradicação da pobreza é a prioridade das políticas de cuidados aos idosos até 2009;
- ▶ Portugal não é o país com pior desempenho na cobertura de equipamentos sociais para idosos;
- ▶ O Governo considera que as famílias têm um papel a desempenhar na prestação e financiamento de cuidados aos idosos.

Até 2009, o investimento público em equipamentos sociais irá concentrar-se nos cuidados infantis. Como exemplo, ~70% da capacidade de expansão financiada pelo Programa PARES - o mais recente Programa destinado ao financiamento de investimentos em equipamentos sociais - irá para cuidados infantis. Com o PARES, a capacidade dos equipamentos de cuidados infantis irá aumentar em 50% enquanto a capacidade de cuidados a idosos está planeada crescer apenas em ~10%.

Em relação aos idosos, a prioridade para os próximos anos é a erradicação da pobreza. Assim, a principal medida social destinada aos idosos e a ser implementada nos próximos anos é o CSI. Esta medida pretende garantir um rendimento mínimo de 300€ por mês a todos os idosos e terá impacto sobre ~300.000 pessoas. Segundo Pedro Marques (Secretário de Estado para a Segurança Social): "... as medidas governamentais vão assegurar que não haverá idosos pobres em Portugal".

O facto de que Portugal não tem o pior desempenho na UE em relação à cobertura de equipamentos sociais de cuidados a idosos irá aliviar alguma da pressão pública para aumentar a capacidade destes equipamentos. Em 2006, a cobertura de serviços chave de cuidados aos idosos (centros de dia, centros residenciais e cuidados domiciliários) era de 11% em Portugal e ~9% em Espanha.

O Governo tem sugerido igualmente que as famílias não sejam demitidas da sua responsabilidade de prestar cuidados (directa ou indirectamente) aos familiares próximos (especialmente de filhos para pais). Em 2006, durante a apresentação pública do CSI, o Primeiro-Ministro afirmou que "... esta medida, financiada pelas receitas de impostos, não deve exonerar as famílias da sua obrigação de cuidar dos seus familiares". Adicionalmente, o Governo estabeleceu que a elegibilidade ao CSI é determinada considerando a solidariedade da família no rendimento do idoso.

Desta forma, a privatização dos cuidados a idosos a curto prazo é improvável uma vez que:

- ▶ Entidades sem fins lucrativos continuam a ser os prestadores preferenciais de serviços com financiamento público;
- ▶ A privatização de outros serviços de cuidados (nomeadamente saúde) tem avançado lentamente;
- ▶ A privatização de outros serviços públicos que não de cuidados a idosos parece assumir uma prioridade maior.

Entidades sem fins lucrativos (nomeadamente IPSS) continuam a ser os prestadores preferenciais de serviços de cuidados a idosos. Como exemplo, no Programa PARES, menos de 5% da expansão de capacidade financiada é privada. Este facto foi sublinhado pelo Primeiro-ministro que afirmou: "a maioria dos novos equipamentos será criada em parceria com as IPSS, dado o papel chave destas instituições na resolução de problemas sociais".

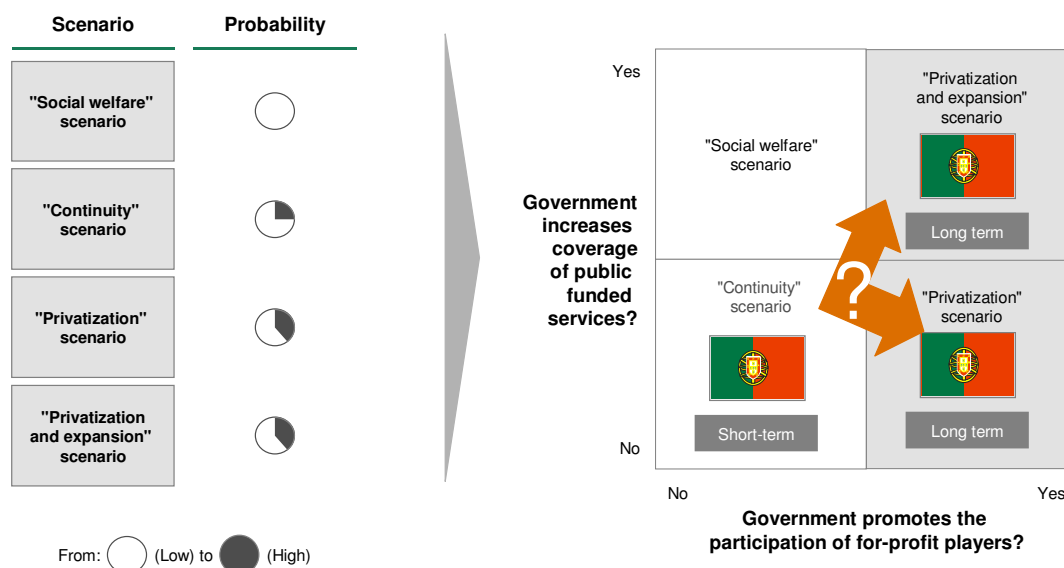
Em paralelo, a privatização de outros serviços de cuidados (nomeadamente na área da saúde) tem avançado lentamente. Até ao momento, a privatização de serviços de saúde incluiu apenas a gestão privada do Hospital Amadora Sintra e a criação de PPP para a construção de 10 novos hospitais. Adicionalmente, e apesar das PPP de saúde terem sido criadas em 2002, o primeiro hospital construído no âmbito de um acordo de PPP será inaugurado apenas no início do próximo ano. Actualmente, o Governo está a investir mais na conversão dos hospitais em empresas públicas do que na sua privatização para aumentar a eficácia de custos da prestação de serviços de saúde. Uma vez que a privatização dos cuidados a idosos provavelmente terá lugar depois da privatização dos cuidados de saúde ter atingido uma fase mais avançada, é provável que não ocorra no futuro próximo.

Adicionalmente, a privatização de serviços públicos (tais como saneamento) e de empresas tais como a TAP, Inapa e ANA parecem ser mais prioritárias para o Governo.

Evolução da oferta de serviços de cuidados a idosos a longo prazo

A longo prazo, Portugal irá evoluir para o cenário “Privatização” ou para o cenário “Privatização e Expansão”.

Figura 83. Probabilidade de cenários de potencial evolução da oferta, a longo prazo



É provável que, a longo prazo, o crescente envolvimento dos operadores privados nos serviços de cuidados a idosos ocorra uma vez que:

- ▶ Cuidados a idosos têm sido gradualmente privatizados nos países europeus;
- ▶ Em Portugal, existe um crescente envolvimento dos operadores privados em alguns serviços públicos (nomeadamente serviços relacionados com a saúde);
- ▶ O Governo reconheceu a importância do sector privado.

Desde a década de 90 que os países têm promovido um maior envolvimento do sector privado na prestação de cuidados a idosos. Em vários países, tais como o Reino Unido e Espanha, o sector privado já controla a prestação de cuidados a idosos. Até nos “Estados Sociais”, tais como a Suécia e Finlândia, os Governos têm promovido a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos. Em geral, ao promover a iniciativa privada o Governo procura uma maior eficácia de custos (por exemplo, Suécia) ou uma expansão mais rápida (por exemplo, Espanha).

Em Portugal, o maior envolvimento dos operadores privados em alguns serviços públicos tem sido igualmente encorajado pelo Governo. Actualmente, o Governo tem em vigor PPP em diversos sectores, nomeadamente, nos serviços de saúde, estradas e transportes, para obter uma maior eficácia operativa. Assim, espera-se que a privatização dos serviços de cuidados a idosos seja fomentada no futuro.

Apenas recentemente o Governo reconheceu publicamente a importância do sector privado. Na apresentação do Programa PARES, o Primeiro-ministro declarou que “a rede privada era essencial”.

Em relação ao aumento da cobertura de serviços de cuidados a idosos, a resposta não é assim tão clara. A longo prazo, o orçamento da segurança social será pressionado não apenas devido ao aumento da população reformada (os recipientes da segurança social), mas também devido à diminuição da população activa (os que contribuem para a segurança social). Esta pressão poderá comprometer a expansão dos serviços de cuidados a idosos. Adicionalmente, a direcção das políticas sociais em Portugal (assim como em diversos países europeus) não é a de se tornar um país “social”. De facto, em diversos sectores tais como saúde e educação, a tendência tem sido aumentar a responsabilidade da sociedade civil no financiamento destes serviços.

No entanto, um factor importante pode encorajar a expansão da capacidade dos serviços de cuidados a idosos com financiamento público: o aumento do peso do idoso no grupo de eleitores (de 22% em 2005 para ~30% em 2030). Este facto, aliado à possibilidade de se aumentar a cobertura dos serviços com financiamento público com um investimento relativamente baixo, pode ditar a evolução de Portugal para o cenário “Privatização e Expansão”. Como exemplo, para aumentar a cobertura dos cuidados domiciliários para 10%, será necessário apenas um investimento de ~70€ milhões e custos anuais adicionais de 370€ milhões em termos reais (~0,2%).

Em resumo:

Não se espera que o sector privado, as ONG e o sector informal ditem a evolução da oferta de cuidados:

- ▶ Provavelmente, o sector privado não alargará os serviços destinados a idosos de rendimento alto nem desenvolverá os serviços para segmentos de rendimentos baixos devido ao elevado investimento e custos operativos do sector;
- ▶ As ONG continuarão a ter um papel menor no sector de cuidados a idosos uma vez que as ONG a operar em Portugal não anunciaram expansão da sua capacidade e não está projectada a entrada de novas ONG;
- ▶ Historicamente, o sector informal desenvolve-se em resposta aos desequilíbrios entre oferta e procura.

A evolução da oferta de cuidados a idosos irá ser determinada pela direcção das políticas públicas em duas áreas:

- ▶ Cobertura de serviços com financiamento público e promoção da participação do sector privado;
- ▶ Formação de quatro cenários de evolução: 1) cenário “continuidade”; 2) cenário “assistência social”; 3) cenário “privatização” e 4) cenário “privatização e expansão”.

A curto prazo o cenário mais provável é a “continuidade”.

- ▶ O aumento da cobertura de serviços de cuidados a idosos é pouco provável:
 - Prioridade dos próximos anos é o investimento em equipamentos sociais destinados aos cuidados infantis;
 - Erradicação da pobreza é a prioridade na política de idosos para os próximos anos;
 - Actual Governo considera que a família tem obrigação de assegurar os cuidados aos idosos.
- ▶ Privatização do sector é pouco provável:
 - Governo continua a confiar nas IPSS para alargar a sua capacidade;

- Privatização de outros serviços de cuidados (nomeadamente saúde) está a progredir lentamente;
- Privatização de outros sectores (por exemplo, serviços de saneamento) parece ser mais prioritário.

A longo prazo, os cenários “privatização” ou “privatização e expansão” parecem ser os mais prováveis;

- ▶ Seguindo a tendência europeia de cuidados a idosos e a tendência portuguesa em outros serviços públicos, o envolvimento dos operadores privados nos serviços de cuidados a idosos deverá crescer;
- ▶ Um aumento na cobertura de cuidados públicos a idosos pode ocorrer à medida que o peso dos idosos como eleitores aumenta e uma vez que não implica um investimento demasiado elevado ou custos continuados (nomeadamente na forma de cuidados domiciliários). No entanto, o orçamento da segurança social poderá ser pressionado nos próximos anos. Nas políticas mais recentes, Portugal não tem avançado de forma contínua no sentido de se tornar num “Estado mais Social, à semelhança dos países da Europa do Norte.

3. Síntese

- ▶ A articulação dos factores envelhecimento da estrutura demográfica, mudanças nas estruturas familiares, transformações culturais e crescimento económico, sustentam a tendência de crescimento da procura de serviços pagos de cuidados a idosos;
- ▶ Em termos qualitativos, estima-se uma maior exigência por parte da população sénior na prestação de cuidados de saúde, estreitamente relacionada com o aumento dos níveis de instrução e de rendimento deste segmento;
- ▶ Não é espectável que o sector privado, as ONG e o sector informal ditem a evolução da oferta de cuidados;
- ▶ O sector informal desenvolve-se em resposta aos desequilíbrios entre oferta e procura.

PARTE II

APRENDIZAGEM SUSTENTADA EM BOAS PRÁTICAS

MÓDULO 4

ANÁLISE DE CASOS DE ESTUDO BEM SUCEDIDOS A NÍVEL INTERNACIONAL

Desenvolvimento de Serviços para Seniores: oportunidades de investimento comercial e social

Actualmente, nos países da OCDE, existe uma intervenção estatal substancial em termos de assistência social, não só através de legislação própria, regulamentação, prestação de serviços, formação, direcção e propriedade das estruturas e organização dos serviços sociais, mas sobretudo através de financiamentos públicos. Nos países mais ricos, tem-se verificado também um investimento substancial na melhoria do bem-estar individual, através de rendimentos e poupanças pessoais, não só em termos de apoios directos, mas também através do alargamento da gama de produtos e serviços. Este Módulo descreve os processos de inovação e desenvolvimento de serviços, e particularmente os papéis complementares do sector público, das empresas com fins lucrativos e das organizações sem fins lucrativos.

O presente Módulo concentra-se em seis tipos de serviços dirigidos à população sénior, que apenas foram difundidos e recentemente implementados nos países da OCDE e que, em Portugal, seria um caso de implementação concertada a considerar. Incluem uma forma muito específica de fornecimento de serviços de saúde, uma avaliação geriátrica global e monitorização dentro da própria comunidade, alojamento especializado e apoiado e abordagens inovadoras para os cuidados à demência.

1. Necessidades e prioridades dos serviços seleccionados

Cada um dos seguintes segmentos descreverá, primeiramente, a necessidade deste serviço, as suas funções e atribuições e em seguida será feita uma análise da maneira como o serviço é desenvolvido e prestado. Os relatos irão, em particular, centrar-se nos processos de identificação de necessidades e de inovação de serviços. Cada segmento irá concluir com sugestões globais, que poderão ser aplicadas actualmente em Portugal. Tratam-se de sugestões para debate e decisão local.

1.1. Necessidades e preferências da população idosa no que trata ao auxílio quotidiano

Necessidade de cuidados, serviços pessoais, auxílio e segurança

A prevalência de condições incapacitadoras aumenta exponencialmente após os 70 anos de idade. O efeito combinado é que, em média, o aumento da idade na população sénior se encontra associado a uma redução das capacidades e funcionamento pessoais. Neste contexto, foi estabelecida uma terminologia padronizada na medicina clínica e nos cuidados de enfermagem, de forma a avaliar a perda de funções ou “dependência” de terceiros para realizar tarefas básicas. Esta avaliação de funcionamento tem diversas escalas que são usadas de forma rotineira em termos clínicos (Fillenbaum, 1995).

O índice de independência de Katz nas *Activities of Daily Living* (ADLs) - (Actividades da Vida Diária), comumente designado por ADL de Katz, é a escala mais usada na avaliação do estado funcional, como forma de medir o grau de capacidade do cliente para desempenhar actividades quotidianas de forma independente (Katz *et al.*, 1970; Katz 1983). O índice qualifica a adequação do desempenho em seis funções: tomar banho, vestir, higiene pessoal, deslocação (entrar e sair da cama), continência e alimentação. Os clientes são avaliados com um “sim” (1) ou com um “não” (0) em termos de independência em cada uma das seis funções. Um total de “6” indica um funcionamento completo, “4” indica uma incapacidade moderada, e um “2” ou menos indica uma incapacidade funcional profunda.

Embora o índice de Katz seja sensível a mudanças num estado de saúde em degradação, tem uma capacidade limitada de medir pequenos progressos ocorridos durante a reabilitação de alguns seniores. Uma outra ferramenta bastante utilizada é o índice de Barthel, sendo que outras escalas mais avançadas foram desenvolvidas por Lawton e Brody (1969).

Apenas uma pequena percentagem da população idosa em geral possui limitações numa das seis ADLs. Por outro lado, uma larga percentagem da população sénior, maioritariamente com idades acima dos 75, possui limitações no que toca às *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs) - (Actividades Instrumentais da Vida Diária). Tratam-se de actividades do quotidiano que permitem ao indivíduo viver de forma independente numa comunidade, e são elas: realização de tarefas domésticas ligeiras, preparação de refeições, administração de medicamentos, compra de bens essenciais ou roupa, utilização do telefone e controlo de gastos. Foram desenvolvidas diversas escalas para medir as IADLs. Algumas incluem a avaliação de estados mentais ou de ânimo, e outras são influenciadas por especificidades culturais, por exemplo, a capacidade para conduzir veículos. Nos Estados Unidos, por exemplo, os terapeutas ocupacionais identificaram 11 actividades que constituem capacidades relevantes no contexto da sociedade Americana contemporânea (American Occupational Therapy Association, 2002):

- ▶ Auxiliar terceiros (incluindo selecção e supervisão de cuidadores);
- ▶ Tomar conta de animais de estimação;
- ▶ Educação de crianças;
- ▶ Utilização de meios de comunicação;
- ▶ Mobilidade dentro da comunidade;
- ▶ Gestão financeira;
- ▶ Gestão e manutenção da saúde;
- ▶ Preparar refeições e respectivas limpezas;
- ▶ Procedimentos de segurança e respostas em situações de emergência;
- ▶ Compras.

Grande parte da população sénior não só tem dificuldades em termos funcionais e, conseqüentemente, precisa de apoio no que diz respeito às IADLs, mas sobretudo manifesta alguma preocupação em ficar dependente de terceiros para as realizar. Isto significa que para além da necessidade extrema de serviços de saúde, existe também uma necessidade de diversos tipos de apoio e de serviços pessoais, tais como:

- ▶ Auxílio, adaptação dos domicílios e tecnologias de assistência;
- ▶ Ajuda domiciliária e com as tarefas domésticas, tais como, limpeza da casa, lavagem da roupa, tratamento dos jardins, preparação de refeições e compra de bens essenciais - também conhecido como auxílio ou serviços domiciliários;
- ▶ Alojamento Assistido, isto é, habitações especializadas com serviços pessoais e relativos à gestão da propriedade no local, incluindo manutenção do edifício e dos terrenos adjacentes, sistema de vigilância, alerta de emergência, serviços de socorro e de auxílio pessoal.

Cada vez mais, quer na América do Norte, quer na Austrália, o termo comum “Vida Assistida” tem vindo a ser aplicado em casos de serviços que permitem a pessoas com um nível funcional diminuído viver de forma independente (evitando, paralelamente, o internamento em casas de repouso ou lares). Estes serviços vão desde esquemas de alojamento que fornecem igualmente alguns cuidados, até aos serviços mais

actualizados de telesaúde. Mais adiante serão comentados conceitos como “tecnologias de assistência” e “alojamento de vida assistida”.

Desenvolvimento de serviços: do apoio às tecnologias de assistência

O conceito de “apoio e adaptação” encontra-se firmemente estabelecido no contexto da assistência social e de saúde e abrange uma vasta gama de produtos e sistemas, desde bengalas até às próteses cirúrgicas, como é o caso de ancas artificiais. O conceito tem vindo a ser drasticamente alterado ao longo dos últimos anos, nomeadamente com a chegada não só de diversos sistemas de telesaúde inovadores (que controlam estados fisiológicos à distância), como também de aparelhos de “monitorização de estilo de vida”, tais como detecção de ocupação de cama e sensores de queda. Segue-se um quadro com um perfil abreviado das alterações no fornecimento de apoios, adaptação e tecnologias de assistência (*Quadro 109*).

Quadro 109. Perfil do serviço: apoio, adaptação e tecnologias de assistência

Inovação nas características	Até recentemente, muitos dos avanços feitos resultavam dos interesses profissionais de terapeutas ocupacionais e médicos. Desenvolvimentos recentes focam-se na área das “próteses”, como é o caso de membros artificiais para portadores de deficiências graves. A revolução nas tecnologias de informação ocorrida recentemente alargou a gama de aplicações, como pode ser observado no caso de cadeiras de rodas eléctricas, ou de novos sistemas que permitem controlá-la, para aqueles que não possuem membros.
Respostas recentemente observadas	<p>A. Desenvolvimento a nível mundial de sistemas de alarme de “teleassistência”, que proporcionam segurança e serviços de resposta em casos de emergência a indivíduos em situações de vulnerabilidade, especialmente aqueles que vivem sozinhos e têm problemas de mobilidade;</p> <p>B. Criação de novos mercados de consumidores, nomeadamente no que toca a produtos motorizados para incapacitados, equipamento especializado para banho, por exemplo, elevadores pessoais;</p> <p>C. Interesse por parte do Governo e de fornecedores de cuidados de saúde na área do alojamento assistido, utilizando as mais recentes tecnologias de assistência, e que se destinam a indivíduos com doenças crónicas ou profundamente incapacitantes, incluindo a demência ligeira. Este serviço proporciona um ambiente doméstico seguro e independente, evitando ou adiando a necessidade de institucionalização. Novas tecnologias têm sido divulgadas através de uma colaboração entre fabricantes de equipamentos e fornecedores, prestadores de cuidados de saúde, fornecedores de habitações especializadas, entidades não-lucrativas que desenvolvem acções de promoção e financiamentos públicos.</p>
Soluções a longo prazo	Muitas das novas tecnologias de assistência encontram-se numa fase embrionária de desenvolvimento e, consequentemente, são incertas em termos de fiabilidade e de relação custo/eficácia. Por outro lado, as respectivas contribuições provenientes de financiamentos públicos, filantrópicos e privados são, também elas, incertas. Contudo, alguns serviços já se revelaram de comprovada eficácia, como é o caso da teleassistência.

As novas tecnologias são variavelmente designadas por teleassistência, telesaúde ou telemedicina. As definições não se encontram ainda totalmente definidas. No entanto, as definições dadas pelo Departamento de Saúde da Grã-Bretanha encontram-se no *Quadro 110*. Contudo, as respectivas aplicações vão para além dos tratamentos ou cuidados de saúde convencionais. A própria definição de “apoio” é diferente nas áreas da medicina geral, psiquiatria e serviço social.

Quadro 110. Definições de teleassistência e telemedicina**Teleassistência:**

Assistência prestada à distância através de TIC. Trata-se de uma monitorização constante, automática e remota, em tempo real, de emergências e alterações no estilo de vida, no sentido de controlar os riscos associados a um quotidiano independente. De um modo mais simplificado, a teleassistência inclui detectores e monitores (por exemplo, sensores de movimento ou de queda) que se encontram ligados a sistemas de alarme comunitários, que por sua vez accionam um alarme nos centros de controlo, para que estes respondam dentro de um espaço de tempo definido. É possível que no futuro esteja disponível uma gama mais vasta de equipamentos, sobretudo, graças ao desenvolvimento de tecnologias móveis e sem fio. São encontradas referências a diferentes gerações em termos de tecnologia, incluindo:

Primeira geração: monofones (*handsets*) e pendentes;

Segunda geração: monitores domésticos;

Terceira geração: tecnologia móvel e sem fios.

Telemedicina:

Trata-se da troca de informações de cariz fisiológico à distância entre um paciente que se encontre em casa e as equipas médicas de um hospital, no sentido de ser elaborado um diagnóstico e feita a respectiva monitorização (o que pode incluir a assistência a indivíduos com problemas pulmonares, diabetes, etc.). Inclui igualmente (entre outras características) uma unidade doméstica para medir e monitorizar a temperatura, a tensão arterial, entre outros sinais vitais, para que sejam examinados num outro local fora de casa (por exemplo, um hospital). Este serviço é prestado através de linhas telefónicas ou utilizando tecnologia sem fios.

Fonte: Curry *et al.*, 2003.

Muitos Governos de países da OCDE estão a promover tecnologias de assistência. Estas tecnologias são geralmente vistas não só como uma forma de promover os serviços de saúde e o bem-estar, mas também de retardar o aumento nos custos de saúde e de estimular o sector económico e o mercado laboral. Como afirmado pelo Governo (federal) da *Commonwealth* Australiana no seu relatório anual de bem-estar social, datado de Dezembro de 2007, “os apoios aos níveis social e ambiental podem diminuir o grau de invalidez e, conseqüentemente, desempenhar um papel fulcral na melhoria tanto da qualidade de vida, como da percepção desta. Os apoios funcionam de duas formas: aumentando a capacidade individual ou reduzindo as exigências em termos ambientais” (Verbrugge e Jette, 1994).

A função das modificações ambientais e da tecnologia de assistência é clara, especialmente quando é levado em conta o número de pessoas idosas dentro de uma comunidade que revelam limitações em termos de mobilidade e de cuidados próprios. Por outro lado, ambientes domésticos bem concebidos, assim como o acesso a métodos e equipamentos de assistência, ajudam a reduzir as exigências ambientais, o que por sua vez contribui para a diminuição do nível de dependência de terceiros em termos de assistência. Tudo isto traz mais-valias óbvias não só para todos os indivíduos incapacitados, mas também para as suas famílias e prestadores de cuidados (Instituto da Saúde e Acção Social da Austrália 2007: 86).

O serviço de tecnologias de assistência mais amplamente adoptado é a teleassistência. O sistema básico é constituído por um simples aparelho usado como pendente no pescoço, que por sua vez tem um botão que deve ser accionado em situações de “emergência”. Quando o botão é accionado, é estabelecida uma ligação telefónica imediata como o centro de comunicação, onde se encontram operadores devidamente habilitados (alguns com qualificações em termos de cuidados básicos ou outras semelhantes). De imediato são exibidos no monitor do computador os dados pessoais da pessoa que efectuou a chamada, uma síntese do seu estado de saúde, o número de telefone do respectivo prestador(es) de cuidados, familiar(es)

mais próximo(s) e médico. O assistente do *call centre* determina a origem do problema, avalia a situação e, consoante esta, aconselha, chama um médico, um familiar ou uma ambulância, ou solicita um outro serviço de emergência. Os serviços de teleassistência são verdadeiramente apreciados pelos utilizadores e os custos são relativamente baixos. Embora muitas das chamadas não constituam emergências médicas, mas antes uma procura de aconselhamento ou apaziguamento, são poucos os utilizadores que fazem um uso abusivo do serviço.

Em muitos países, a teleassistência não é um serviço gratuito - é fornecido após avaliação levada a cabo pelo sector público de saúde ou por um organismo de assistência social. Poderá também ser oferecido a clientes como parte integrante de um pacote de “apoio e assistência”. Por regra, estes serviços envolvem custos nominais de aluguer, mas o *call centre* é subsidiado. Os equipamentos são fornecidos por empresas com fins lucrativos, e alguns fornecedores podem gerir os *call centres* através de contratos comerciais. Actualmente, a teleassistência é encarada como um bom negócio. A empresa britânica de maior sucesso nesta área, a *Tunstall Group*, afirma ter 1.5 milhões de clientes (utilizadores finais) em mais de 20 países, embora o grosso do lucro provenha de contratos com empresas fornecedoras. Em Março de 2008, a empresa supracitada foi adquirida por um grupo de investidores de capital de risco, o *Chanterhouse*, por 514 milhões de libras, aproximadamente 2.5 do preço pago pelos proprietários em Junho de 2005 (*The Financial Times*, Londres, 8 de Março).

Na Grã-Bretanha a estimativa de utilizadores com aparelhos de teleassistência ronda os 1.4 milhões (o que significa que, aproximadamente um em seis indivíduos pertencente à população idosa possui este equipamento, embora nem todos os utilizadores sejam idosos). O Governo Central tem vindo a promover activamente o alargamento deste serviço, assim como os respectivos desenvolvimentos tecnológicos. Em Abril de 2006, o Ministério da Saúde Britânico anunciou o início do *Preventive Technology Grant Programme* (Programa de Financiamento de Tecnologias Preventivas), com um fundo de 80 milhões de libras, com o objectivo de fornecer o serviço de teleassistência a mais 160.000 clientes. O Ministério da Saúde estabeleceu ainda a *Care Services Improvement Partnership* (Parceria para Melhoramento dos Serviços de Assistência), no sentido de aumentar a qualidade dos serviços prestados, publicando, paralelamente, diversos documentos de aconselhamento no *Building Telecare in England* (Construção da Teleassistência em Inglaterra), o que inclui modelos de negócios (consultar http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4115303).

Em Novembro de 2007, o *Economic and Social Research Council* (Conselho para o Desenvolvimento da Investigação Económica e Social), em conjunto com a *Technology Strategy Board* (TSB) (Comissão de Estratégia Tecnológica), o *Engineering and Physical Sciences Research Council* (Conselho de Pesquisa nas áreas da Engenharia e Ciências Exactas), e o *National Institute for Health Research* (Instituto Nacional de Investigação Médica), todos eles organismos governamentais, anunciaram o seu financiamento conjunto de algumas actividades na área da Vida Assistida, sob a alçada da *Assisted Living Innovation Platform* (ALIP) - (Plataforma para a Inovação da Vida Assistida), pertencente à TSB. O Objectivo da ALIP é proporcionar um avanço significativo na tecnologia necessária para fazer face à procura de uma vida independente por parte dos indivíduos que padecem de condicionalismos de saúde a longo prazo. Tendo como pano de fundo o envelhecimento populacional, a Plataforma para a Inovação procura ter em conta a necessidade de melhores condições de vida e de bem-estar, tendo igualmente em mente os desafios sociais impostos por condições de saúde que requerem uma abordagem preventiva (consultar www.epsrc.ac.uk/CallsForProposals/ATModelling.htm e http://www.technologyprogramme.org.uk/site/IP/ALIP/ALIP_4Page.pdf).

Teleassistência e Telesaúde em Portugal

O caso da prestação de serviços e das condições técnicas de teleassistência em Portugal tem sido energeticamente promovido por investigadores portugueses (Camarinha-Matos e Afsarmanesh, 2004). Os mais

recentes desenvolvimentos nas áreas da tele saúde e da teleassistência foram divulgados em Novembro de 2007. A *Aerotel Medical Systems*, um dos principais fabricantes de soluções avançadas nas áreas da telemedicina e de monitorização à distância e a T-Care Conhecimento e Saúde AS, um fornecedor emergente de serviços de tele saúde e teleassistência em Portugal, assinaram um acordo para distribuição em Portugal de produtos de monitorização avançados da Aerotel, assim como a respectiva tecnologia. O acordo com a *Aerotel* permite à T-Care fornecer aos seus clientes a mais avançada gama de serviços de telemedicina e de cuidados domiciliários, incluindo a teleassistência e a tele-cardiologia. Com estas soluções inovadoras, as organizações de serviços de saúde, tais como hospitais, instituições de serviços de saúde, tanto públicas como privadas, podem oferecer aos seus clientes um meio simples e eficaz de monitorizar o seu estado de saúde. A T-Care criou um moderno *call centre* de monitorização à distância, situado em Vila Real, no Norte de Portugal, com assistência técnica da Aerotel (consultar <http://www.aerotel.com/en/news/press-releases/aerotel-and-t-care-sign-agreement-for-portugal.html>).

Este desenvolvimento parece atribuir uma maior relevância a aplicações destinadas a pacientes com graves problemas de saúde. Existe uma área considerável para uma aplicação mais abrangente de sistemas de teleassistência, cujo objectivo é ampliar o acesso a um quotidiano independente e seguro, em oposição ao fornecimento de serviços de saúde num sentido mais rigoroso. Muitos dos sistemas que utilizam tecnologias de assistência são promovidos pelos respectivos fabricantes. Contudo, as provas da sua eficiência e relação custo/eficácia são, por enquanto, fracas. O Ministério de Saúde e os principais fornecedores de serviços de saúde necessitam de um aconselhamento independente urgente no que concerne aos benefícios e ao potencial de diferentes sistemas.

Linha de Apoio ao Idoso na Irlanda

Em países como a Itália e a Irlanda, alguns dos benefícios em termos sociais, de bem-estar e segurança trazidos pelos sistemas de teleassistência para idosos mais vulneráveis foram alcançados a um custo muito inferior através de “serviços de linhas de apoio”. A *Senior Help Line* (Linha de Apoio ao Idoso) foi criada na Irlanda, em 1998, por uma organização sem fins lucrativos, a *Third Age Foundation*, em Summerhill, no distrito de Meath. Este serviço teve como modelo um projecto italiano, Fio de Prata (*Filo D’Argento*). O *North Eastern Health Board* (Serviço de Saúde da Região Nordeste), pertencente ao Governo Irlandês, disponibilizou um financiamento inicial de 12.000€ (£10.000), ao qual foram adicionados 5.000€ (£4.000) disponibilizados pelo *Department of Social, Community and Family Affairs* (Departamento de Assuntos Sociais, Comunitários e Familiares) e pela *Trim Initiative for Development and Enterprise* (TIDE).

O *call centre* inicial empregava pessoal voluntário qualificado, proveniente de uma organização para idosos e tinha três centrais telefónicas. Posteriormente, o serviço passou a ser utilizado ao nível nacional, estando o seu financiamento a cargo dos Conselhos Regionais de Saúde, nomeadamente através do Executivo dos Conselhos de Saúde, incluindo a cedência de instalações de forma a disponibilizar o serviço. Os custos de administração mantiveram-se baixos, apesar do crescimento do serviço. O coordenador nacional trabalha como voluntário a *full-time* e a respectiva assistente trabalha apenas 16 horas por semana. Os restantes Centros têm coordenadores em regime de voluntariado, o que significa que não são remunerados pela coordenação das várias actividades. “Hoje em dia, o serviço é disponibilizado ao nível nacional por voluntários habilitados em 13 Centros, que fornecem um serviço de atendimento diurno e nocturno, 365 dias por ano. A Linha de Apoio ao Idoso funciona durante o dia das 10-16h e durante a noite das 19h-22h” (consultar http://www.seniorhelpline.ie/index.php?option=com_frontpage&Itemid=85).

Uma avaliação do serviço concluiu que “a Linha de Apoio ao Idoso contribuiu em larga escala para a saúde e bem-estar dos idosos na Irlanda, a um custo relativamente baixo. O serviço é fornecido por idosos e para idosos”, e evidencia a relevância da comunicação entre pares (O’Shea, 2006). “A linha de Apoio ao Idoso é um projecto modelo em termos de responsabilidade e boas práticas. É também um óptimo exemplo do que poderá ser alcançado tendo como base a visão e capacidade de liderança de um

pequeno grupo de pessoas”. O *site* do projecto apresenta de forma acessível os princípios que orientam a prática deste serviço e as suas prioridades no presente, para futuro desenvolvimento. Estas incluem um maior apoio estatal, uma contribuição de profissionais de saúde mais alargada e uma maior formação e apoio aos voluntários. No conjunto, a informação fornecida sobre o desenvolvimento do serviço constituiu um modelo-base a ser seguido noutros países.

Talvez a forma mais eficaz de fornecer serviços de “alerta de emergência”, aconselhamento, apoio e contacto social seja combinar um serviço de teleassistência com um contexto formal de “serviço social”, através de uma linha de apoio voluntária e de ajuda entre pares, à semelhança do exemplo Irlandês. Tal poderá ser exequível em países em que os serviços sociais pessoais dirigidos a idosos não se encontrem desenvolvidos. Nestas circunstâncias, existirá uma menor oposição por parte do pessoal já existente e alguns organismos. Por outro lado, gestores de serviços ficarão gratos pela colaboração com organizações sem fins lucrativos, no sentido de se desenvolver um novo serviço. No **Quadro 111** é possível encontrar outras sugestões para explorar as necessidades e determinar novas formas de fornecer serviços de teleassistência.

Recomendações para tecnologias de assistência e linhas orientadoras

- ▶ Propõe-se a contratação de uma avaliação independente da actual prestação de serviços de teleassistência e tele saúde em Portugal e das iniciativas do Ministério da Saúde, não só no sentido de determinar se destes resultam benefícios para os idosos, em especial para aqueles que vivem sozinhos ou com cuidadores informais, mas também de avaliar se as opções de investimento são indevidamente influenciadas pelos fabricantes e fornecedores;
- ▶ Propõe-se que sejam levadas a cabo conversações com organizações para idosos, de modo a determinar o seu interesse em providenciar uma linha de apoio análoga à existente na Irlanda;
- ▶ Propõe-se a criação de um grupo de trabalho constituído por médicos, profissionais de serviço social, representantes de organizações para idosos e fornecedores de tecnologias de assistência para avaliar se um serviço integrado de teleassistência e de linha de apoio é ou não exequível e se trará benefícios substanciais em Portugal.

1.2. Preferências e necessidades dos idosos no que concerne ao alojamento com assistência e serviços pessoais

Para os idosos que vivam sozinhos e com limitações IDAL, existe uma alternativa à permanência nos respectivos domicílios, com o devido apoio de cuidadores informais ou com tecnologia de assistência: trata-se da inserção num ambiente “assistido”. Este ambiente tomará, possivelmente, a forma de um alojamento “conjunto” para pessoas idosas, que pode ir desde um pequeno bloco de seis ou quatro apartamentos, até uma extensa comunidade que inclua milhares de residentes. Este “alojamento assistido” revelou-se um caso de sucesso na Austrália, Canadá e EUA. O esquema vai desde alojamentos de topo, financiados apenas pelos ocupantes, até ao alojamento sem fins lucrativos providenciado por organizações religiosas (como é o caso da *United Methodist Homes*, existente em muitos estados nos EUA), passando para as “habitações sociais” para grupos vulneráveis, incluindo idosos, construídas com uma grande parte dos custos de capital assegurados por financiamento público (sendo menos frequentemente o seu funcionamento assegurado com financiamento público continuado).

Os alojamentos de cariz social foram fortemente desenvolvidos no Norte da Europa e na Austrália. É evidente que existe espaço substancial para uma complementaridade entre construtores comerciais, organizações sem fins lucrativos e o sector público no que concerne ao desenvolvimento de “alojamento assistido” e à manutenção dos padrões de qualidade na prestação deste serviço. A gama de combinações

possíveis de alojamento assistido torna-se visível através de simples buscas na Internet. Um *site* com base na Califórnia, *Assisted Living On-Line.com.*, disponibiliza um directório de “comunidades assistidas e para idosos” espalhadas pelos EUA, e oferece “informação útil para o utilizador sobre cada uma das comunidades referidas”. A *home page* explica que o termo alojamento para idosos inclui uma vasta gama de serviços, soluções para o quotidiano e relativas ao estilo de vida, e sugere a seguinte tipologia:

► Comunidade Assistida:

A Vida Assistida colmata o hiato entre viver sozinho e num lar. É fornecido apoio nas actividades quotidianas, tais como tomar banho, vestir-se, tomar as refeições, lides domésticas e deslocações. A assistência disponibilizada poderá não exigir os cuidados de saúde especializados e constantes oferecidos nos lares. No entanto, vai ao encontro das necessidades dos idosos de forma a manter o máximo de autonomia possível. As opções vão desde quartos *single* ou duplos, até suites e apartamentos. Em algumas zonas do país, as residências assistidas poderão ter outras designações, tais como, assistência pessoal, assistência residencial ou assistência domiciliária, (e) poderão ser parte integrante de uma comunidade para reformados, de um lar ou de uma infra-estrutura de alojamento para idosos. Também poderão ser estruturas isoladas. Qualquer que seja o contexto, a Vida Assistida permite aos residentes terem uma vida o mais independente possível;

► Comunidade para Reformados com Cuidados Continuados (CCRC):

A CCRC é também conhecida em algumas regiões como uma comunidade com assistência. A maioria das CCRC é financiada por organizações de cariz religioso, instituições de caridade e sem fins lucrativos. Este tipo de comunidade é diferente de outras opções de alojamento e de assistência para idosos, uma vez que oferece um contrato a longo prazo que inclui alojamento, serviços e cuidados de enfermagem, por regra localizados numa só área. As CCRC vão ao encontro das necessidades dos residentes, num ambiente familiar, à medida que estes envelhecem. Os residentes das CCRC podem usufruir de uma grande variedade de actividades e serviços convenientemente disponibilizados dentro da própria comunidade. Não existem quaisquer restrições em termos de estilo de vida;

► Comunidades de Vida Independente para Idosos:

As Comunidades de Vida Independente, também conhecidas como comunidades para idosos, conjugam apartamentos comuns e para idosos. São comunidades concebidas para idosos que estão aptos a ter uma vida independente, mas que desejam a segurança e a conveniência de uma vida em comunidade. Algumas Comunidades de Vida Independente proporcionam inúmeras actividades recreativas, que podem incluir piscinas/*spas*, complexos desportivos, clubes e áreas de convívio, bibliotecas e espaços de leitura. Estas comunidades podem incluir ainda lavandarias, engomadoras, refeições ou acesso a estas, transporte local e actividades sociais. Os cuidados de saúde não se encontram incluídos nos preços normais, mas muitas comunidades permitem aos residentes pagar por cuidados domiciliários de saúde ou visitas ao domicílio feitas por profissionais da área da saúde no sentido de prestarem auxílio com medicação e assistência pessoal;

► Comunidades com Assistência Especializada para Idosos:

A Assistência Especializada encontra-se muitas vezes relacionada com casos de pacientes com Alzheimer e demência. Dos estados menos avançados da doença até aos médios, a assistência assume a forma de uma unidade residencial, como é o caso dos centros de vida assistida, ou uma comunidade de assistência partilhada, podendo, contudo, funcionar isoladamente. Estas infra-estruturas oferecem, por regra, assistência pessoal e serviços de apoio, tais como a manutenção das habitações e transporte. Os centros especializados nesta área são normalmente construídos tendo em mente os pacientes com Alzheimer ou demência.

Outras organizações provenientes de outros países usam terminologias e tipologias diferentes. Em todos os países existe uma grande diversidade de tipos de alojamento de vida assistida, desde os que oferecem apenas um carregador, porteiro, recepcionista ou guarda, até a comunidades que proporcionam serviços de saúde ministrados por profissionais ou que possuem até mesmo clínica no próprio local, nas quais podem ser realizadas pequenas cirurgias ou operações de reanimação. No **Quadro 111**, é possível encontrar as principais características de fornecimento e as formas segundo as quais os esquemas são fomentados e geridos. Torna-se evidente que o alojamento assistido se destina a diferentes grupos de idosos e que não existe uma separação definida entre serviços de cariz social/lúdico e de apoio/assistência.

Num dos extremos do espectro é possível encontrar esquemas de alojamento que se destinam a reformados mais jovens e activos, que se sentem atraídos pelo alojamento confortável e de fácil manutenção, pelas oportunidades ao nível social e pelas infra-estruturas lúdicas - como é o caso de comunidades para reformados existentes nos EUA, ou como é o caso de algumas comunidades mais “espontâneas” localizadas nas zonas costeiras portuguesa e espanhola. Este tipo de desenvolvimento resulta das preferências do consumidor, mais especificamente, de grupos de idosos. A maioria beneficia de boas pensões ou fundos de reforma razoáveis, não podendo, contudo, ser classificados como indivíduos “ricos”. O seu “estilo de vida” origina inúmeras oportunidades de mercado, nomeadamente ao nível da construção civil, serviços de cariz lúdico e na área do turismo.

As principais funções dos Governos Local e Central são: assegurar que os planos para construção deste tipo de alojamento incluam um investimento proporcional em termos de ferramentas e serviços essenciais (o que reduz a rentabilidade destes esquemas e que não tem vindo a ser executado de forma assídua em Espanha); e garantir padrões mínimos (mas bons) de construção, segurança e manutenção.

No outro extremo do espectro, encontram-se os esquemas de alojamento para grupos de idosos bastante desfavorecidos ou com grande nível de dependência. Ao longo das últimas duas décadas, os Governos Ocidentais têm pró-activamente aumentado a provisão de “alojamento social” especializado. Cada vez mais, os Governos combinam de forma incongruente a promoção do crescimento económico e de interesses comerciais, e até mesmo o aumento das desigualdades salariais, com a utilização de fundos públicos para melhorar as condições de vida e o bem-estar dos mais desfavorecidos e carenciados. A linha condutora das políticas levadas a cabo por Governos Democráticos parece ser o pressuposto formulado por John Rawls (1971), a desigualdade crescente na sociedade é aceitável quando leva a uma melhoria no bem-estar dos mais desfavorecidos.

Quadro 111. Perfil do serviço de sistemas de alojamento assistido

Alojamento especializado para idosos	
Inovação nas características	<p>A. No passado, fornecido por organizações religiosas, empregadores socialmente responsáveis, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, filantropos e agências governamentais;</p> <p>B. Associações sem fins lucrativos que fornecem alojamento (incluindo organizações religiosas), que constroem e administram alojamentos para idosos e que, paralelamente, fazem investimentos a longo prazo e disponibilizam fundos de cariz filantrópico;</p> <p>C. Construção com fins lucrativos que fornece alojamento especializado e comunidades de “vida assistida” para venda ou aluguer;</p> <p>D. Participação do Governo Central através da atribuição de capital para a construção de “alojamento social” para grupos com necessidades especiais. Participação do Governo Local sob a forma de agências imobiliárias que trabalham “no campo” com os serviços sociais, fornecedores de cuidados de saúde e instituições de caridade locais, de modo a identificar necessidades de alojamento, estabelecendo prioridades e acordos para futuro desenvolvimento.</p>
Respostas observadas	<p>A. Execução de esquemas de alojamento conjunto com supervisão e vigilância, por exemplo os “asilos” ou alojamento para idosos reformados destinados a pensionistas da carreira militar “merecedores” e trabalhadores agrícolas;</p> <p>B. As Associações sem fins lucrativos que fornecem alojamento adquirem experiência: na avaliação das necessidades locais de alojamento social; na manutenção de fundos públicos e de caridade; no desenvolvimento de propostas</p>

Alojamento especializado para idosos	
	<p>apropriadas e exequíveis; na obtenção de apoios de políticos locais para propostas de desenvolvimento; e na administração de “alojamento com apoio”;</p> <p>C. Fornecedores com fins lucrativos dão resposta às preferências dos consumidores, o que em termos locais, no contexto das “áreas para reformados”, se revela significativo. Esta característica atrai inúmeros fornecedores, o que, por sua vez, traz vantagens competitivas em termos de qualidade, preço e gama de produtos. Poderá ainda gerar apoio político, angariando, desta forma, incentivos vindos do sector público, tais como: uma maior “elasticidade” nos regulamentos para a planificação; financiamento parcial idêntico ao existente nas transferências de baixo custo de terrenos públicos e benefícios fiscais;</p> <p>D. Os Governos Central e Local ganham experiência em associar as propostas para desenvolvimento e as previsões em termos de necessidades locais. Têm um papel relevante em termos de monitorização, imposição de práticas empresariais éticas e elevação dos parâmetros de qualidade na construção e na prestação dos serviços.</p>
Soluções a longo prazo	<p>O desenvolvimento de alojamentos especializados e assistidos é considerado como um objectivo em termos de política nacional, e os papéis de organizações governamentais, com e sem fins lucrativos, são amplamente aceites. Esta característica é mais observável nos casos dos Governos Federais (por exemplo, a Austrália, Canadá, Alemanha e EUA), nos quais o Governo Local e respectivas parcerias determinam as prioridades locais e negociam com o Governo Federal de forma a ser concedido um financiamento estatal.</p>

Desenvolvimento do Apoio ao Idoso na Austrália

Um caso de estudo ao nível nacional bastante elucidativo é o desenvolvimento de serviços de Apoio ao Idoso ao longo dos últimos dez anos na Austrália. O processo teve início com o *Aged Care Act 1997* (Acordo para o Apoio ao Idoso, 1997) e o acordo para o desenvolvimento da *National Strategy for an Ageing Australia* (Estratégia Nacional para o Envelhecimento na Austrália). O Acordo de 1997 foi o maior impulsionador das reformas estruturais na assistência domiciliária para idosos, enquanto que a Estratégia Nacional estimulou o diálogo acerca do contexto mais abrangente no qual se incluem os programas de apoio e outros serviços para a população idosa. A Estratégia Nacional foi concluída e publicada em 2001 (Andrews, 2001). Têm sido elaborados inúmeros relatórios de acompanhamento e recomendações por parte de comissões (por exemplo, Costello 2002, 2007). “Estas iniciativas não só moldaram o desenvolvimento na assistência a idosos durante a última década, mas também anunciaram mudanças num vasto espectro de políticas influenciadas pelo envelhecimento populacional, que, por sua vez, nortearam o processo de envelhecimento de muitos australianos”. Alguns dos tópicos ou temas mais importantes patentes nos supracitados documentos incluem:

- ▶ Participação do mercado de emprego e produtividade, e a necessidade de manter a oferta de trabalho, incluindo em termos de cuidados de saúde e apoio a idosos;
- ▶ Reforma e transição para o período de reforma, incluindo a garantia de provisão para a mesma, tendo em conta uma maior esperança de vida;
- ▶ Custos de saúde e assistência, e forma de influenciar os factores que os afectam, tais como o estatuto de saúde e de invalidez, a prestação de cuidados informais, o tipo e qualidade dos serviços formais de assistência, desenvolvimento de acordos passíveis de serem mantidos e financiamento equitativo para a referida assistência;
- ▶ Efeitos em termos sociais e comunitários, formas de promover um processo de envelhecimento positivo nas áreas da saúde, economia e participação social, assim como o acesso da população idosa a serviços e apoios adequados, a infra-estruturas, tecnologias e informação.

Foi recentemente desenvolvido um estudo de considerável interesse acerca do Programa relativo à primeira década da sua implementação. “O objectivo do serviço australiano de assistência a idosos tem sido a disponibilização de um enquadramento coeso, de alta qualidade e eficaz em termos de serviços de assistência a idosos mais frágeis e respectivos cuidadores”. Muitos dos avanços iniciais após o *Aged Care Act 1997* centravam-se em questões estruturais e de financiamento no contexto do sector da habitação

comunitária com assistência para idosos. Contudo, durante as duas últimas décadas tem havido uma crescente ênfase nas opções em termos de cuidados comunitários especialmente concebidos para dar apoio domiciliário aos que dele necessitam, por um período de tempo considerado razoável. Tal tem vindo a ser acompanhado pelo desenvolvimento de serviços de prestação de cuidados durante períodos de interrupção ou descanso por parte dos familiares cuidadores (*respite care*) e outros serviços de apoio a estes.

Em anos recentes, tem-se observado um forte debate público relativamente à qualidade da assistência, à prevenção de abusos e maus-tratos a idosos, nos direitos do consumidor e no acesso à informação. O *Office for Aged Care Quality and Compliance* (Gabinete de Controlo da Qualidade da Assistência a Idosos) (posteriormente substituído pelo *Aged Care Complaints Resolution Scheme*, em 2006) criou um centro ao nível nacional para a recepção e tratamento de queixas. Foram introduzidos relatórios obrigatórios de incidentes de natureza sexual ou física. Continua a existir um esforço no sentido de introduzir mecanismos de avaliação de programas comunitários de assistência e de reduzir a complexidade destes sistemas para benefício dos clientes e fornecedores. O pacote pertencente ao *Securing the Future of Aged Care for Australians* (Assegurando um Futuro para a Assistência a Idosos na Austrália) anunciou em Fevereiro de 2007 a inclusão de seis medidas de expansão e melhoramento da prestação de serviços de assistência comunitária, assim como recomendações sobre o financiamento da assistência residencial para idosos (Australia Institute of Health and Welfare, 2007).

O relatório de 2007 afirma ainda que “estes desenvolvimentos ilustram um avanço no sentido de integrar questões relacionadas com o processo de envelhecimento e com a assistência a idosos, num contexto mais amplo de preocupações de cariz comunitário, reconhecendo, paralelamente, a sua ligação com o desenvolvimento de políticas noutras áreas. Por exemplo, a provisão de apoios de alta qualidade e assistência a idosos que permanecem nos seus domicílios coloca muitos desafios”. Um conjunto desses desafios identificados pela *National Strategy for an Ageing Australia* (Estratégia Nacional para o Envelhecimento na Austrália) centra-se no papel das infra-estruturas de apoio em termos comunitários (incluindo alojamento, transporte e comunicações), na integração dos idosos australianos na respectiva sociedade, mantendo-os activos e ligados a esta. A prestação de serviços de assistência a idosos continua a responder aos desafios constantes colocados pela diversidade de consumidores, e pelas respectivas necessidades e preferências. Por exemplo, o desenvolvimento de variadas opções de assistência comunitária vai ao encontro das preferências dos idosos em permanecer nos seus domicílios. Contudo, tal não implica que os idosos se encontrem totalmente satisfeitos com as opções disponíveis. A população idosa com necessidades mais profundas e complexas tinha acesso a opções de assistência comunitária, adaptadas às suas necessidades, relativamente limitadas, até à introdução do pacote pertencente ao *Extended Aged Care at Home* (EACH) - (Assistência Domiciliária para Idosos): a criação dos pacotes EACH *Dementia* em 2006 providencia actualmente uma assistência comunitária especialmente concebida para clientes com requisitos prementes de apoio, nomeadamente, pacientes com demência e sintomas de ordem comportamental e fisiológica.

Tanto na Austrália como noutros países, a utilização de “alojamento assistido” aumenta com a idade. Embora em 2003 apenas 5% da população habitasse em residências especializadas, cerca de 31% destes, com 85 anos de idade ou mais o faziam (comparado aos 1% com idades compreendidas entre os 65-74, e os 7% com idades compreendidas entre os 75-84) (*Quadro 112*). O alojamento assistido é maioritariamente formado por habitações com assistência a idosos acreditados pelo Governo, mas não só. A 30 de Junho de 2006, 145.175 indivíduos com 65 anos de idade ou mais, eram residentes permanentes nestas habitações, e mais de metade tinha 85 anos de idade ou mais (*Australia Institute of Health and Welfare* ((AIHW)) - ((Instituto Australiano da Saúde e Acção Social)) 2007: 85). O número total de beneficiários destes serviços não perfaz uma percentagem elevada da população idosa australianas. Contudo, um leque mais diferenciado de serviços para os diversos tipos de requisitos seria uma resposta apropriada às variadas necessidades da população idosa.

Quadro 112. Idosos que residem em habitações com assistência, Austrália, 2003

Tipo e Nível de Limitação	Grupo Etário (idade)			Total	
	65-74	75-84	85+	Número	%
Limitações profundas ou graves					
Cuidados próprios e comunicação	8.400	30.200	46.600	85.200	61,5
Cuidados próprios e mobilidade	3.000	11.600	18.700	33.200	24,3
Mobilidade	n.r.	n.r.	n.r.	2.400	1,7
Cuidados próprios	n.r.	n.r.	n.r.	4.500	3,2
Comunicação (com ou sem limitações em termos de cuidados próprios/mobilidade profundas/severas)	n.r.	n.r.	n.r.	5.200	3,8
Total	12.900	46.100	71.500	130.500	94,2
Limitações moderadas/ligeiras em termos de competências centrais	n.r.	n.r.	n.r.	3.900	2,8
Sem limitações em termos de competências centrais	n.r.	n.r.	n.r.	4.100	3,0
Total	13.600	49.400	75.500	138.500	100,0

Nota: n.r. não registado.

Fonte: AIHW 2007, Tabela 4.3.

O **Quadro 113** apresenta um resumo dos desenvolvimentos mais recentes no Programa de Assistência a Idosos. É interessante observar que tem existido um certo interesse em: promover desenvolvimentos específicos no que concerne a assistência a idosos em situações de maior fragilidade nos seus respectivos domicílios (nomeadamente em termos de assistência comunitária); melhorar a assistência em casos de demência; aumentar a eficácia da reabilitação após doenças debilitantes; desenvolver serviços em áreas rurais; expandir o apoio de forma a abranger idosos em situações mais fragilizadas que vivam em comunidades para reformados; em apoiar os familiares cuidadores durante os períodos de interrupção ou descanso (*respite care*). A característica mais notável não só no Programa de Apoio ao Idoso, mas também nas principais áreas de desenvolvimento da assistência social na Austrália, é a interacção entre a *Commonwealth* (Federal), o Governo, e os Governos Locais dos Estados e Territórios. Não existe na Austrália uma longa tradição socialista de assistência social - na realidade, o Governo Federal revelou-se totalmente indisponível para ajudar os desempregados durante a depressão de 1930, e os seus fundos não foram utilizados na construção de alojamentos até à data da Segunda Guerra Mundial. Não obstante, o Governo revelou-se, ao longo de mais de duas décadas, energético e criativo no que toca ao desenvolvimento de serviços de assistência social para grupos com necessidades especiais.

Na área do alojamento foram tomadas novas medidas em 1985, no âmbito do *Supported Accommodation Assistance Program* (SAAP) - (Programa de Apoio ao Alojamento Assistido), um programa isolado de "alojamento protegido" que substituiu diversos programas subsidiados pelo Governo Federal. Sob a alçada deste e de outros programas semelhantes, foram estabelecidos acordos periódicos entre os vários Estados e a *Commonwealth* que incluíam medidas e desenvolvimentos financiados parcialmente por fundos federais. Os acordos SAAP foram estabelecidos, e os critérios de selecção para estes programas tornaram-se cada vez mais importantes, na medida em que definiam que grupos e indivíduos tinham direito a apoio financiado. As revisões e extensões bem sucedidas deste programa encontravam-se total e eficazmente documentadas nos excelentes relatórios bianuais *Australian Welfare* (Serviços Sociais Australianos), elaborados pelo *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW), que se encontram disponíveis na Internet. Uma negociação das prioridades revelou-se um excelente mecanismo de identificação do desenvolvimento das prioridades do serviço, com contributos de figuras políticas, profissionais, organizações de fornecedores (comerciais sem fins lucrativos) e grupos de consumidores.

Quadro 113. Desenvolvimentos na assistência comunitária para idosos, Austrália, 2001-2007

2001	Início do <i>Veterans Home Care</i> (Cuidado Domiciliário para Veteranos). Criação dos centros <i>Commonwealth Carelink</i> .
2002	Criação do <i>Extended Aged Care at Home (EACH)</i> . Foi anunciada a revisão da assistência comunitária.
2003	Início de programas-piloto ao nível nacional no âmbito da assistência comunitária: <i>Aged Care Innovative Pool Dementia Pilot</i> , <i>Retirement Villages Care pilot</i> , <i>Innovative Pool Disability Aged Care Pilot</i> .
2004	Publicação da <i>New Strategy for Community Care: The Way Forward</i> , uma iniciativa que inclui cinco áreas nas quais deveriam intervir: o Governo Australiano, oficiais pertencentes a serviços de assistência comunitária ao nível dos estados/território e grupos de trabalho trans-jurídicos.
	Conclusão da avaliação do <i>Innovative Care Rehabilitation Services Pilot</i> (um antecessor do <i>Transition Care Program</i> - Programa de Assistência na Transição).
	É anunciado o <i>Transition Care Program</i> no orçamento de Maio de 2004. O <i>Transition Care</i> oferece uma assistência norteada por objectivos, temporária (até 12 semanas) e centrada em terapias no sentido de auxiliar idosos elegíveis a completar a sua recuperação após internamento hospitalar.
2005	Conclusão da avaliação do <i>Aged Care Innovative Pool Dementia Pilot</i> e do <i>Retirement Villages Care Pilot</i> (as conclusões foram publicadas em 2006).
	Foi concedido um financiamento de \$320.6 milhões ao longo de cinco anos à Dementia Initiative em 2005. Este orçamento incluiu a divulgação do <i>EACH Dementia Program</i> (para mais informações consultar < http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/ageing-dementia >).
	Início de actividade do <i>Transition Care Program</i>
2006	É anunciado um financiamento de \$30 milhões para desenvolvimento de mecanismos administrativos comuns e melhorias em termos de informação no HACC.
	É anunciada uma revisão dos subsídios e serviços nos programas de assistência comunitária financiados pelo Governo.
	O <i>EACH Dementia Program</i> torna-se operacional.
	Início de uma avaliação ao nível nacional do <i>Transition Care Program</i> .
	O Orçamento de 2006 inclui novos financiamentos para serviços de assistência comunitária:
	•\$19.4 milhões ao longo de quatro anos para fornecedores de pacotes pertencentes ao CAPPs, EACH e <i>EACH Dementia</i> em áreas isoladas ou rurais, originado pelo reconhecimento de que nestas áreas os custos dos bens e serviços é mais elevado e que estas se revelam menos atractivas e menos preparadas para dar formação ao pessoal.
	•\$24.2 milhões ao longo de quatro anos para melhorar o acesso a serviços de assistência comunitária por parte de seniores a residirem em comunidades para reformados. A iniciativa teve lugar após o <i>Retirement Villages Care Pilot</i> que testou a assistência comunitária a idosos a residirem em comunidades para reformados (AIHW: Hales <i>et al.</i> , 2006b).
2007	Maior e melhor Assistência Comunitária : foi anunciado parte do pacote pertencente ao <i>Securing the Future of Aged Care for Australians</i> a 11 de Fevereiro de 2007, providenciando, por seu turno, mais pacotes de assistência comunitária (\$298.6 milhões); apoio ao desenvolvimento de mão-de-obra (\$32.1 milhões); melhoria na qualidade (\$26.8 milhões); mais serviços de prestação de cuidados durante os períodos de interrupção ou descanso por parte dos cuidadores - <i>respite care</i> (\$26.5 milhões); apoios no âmbito das tecnologias de assistência (\$21.4 milhões); apoios adicionais para a <i>Assistance for Care and Housing for the Aged</i> (Assistência e Alojamento para Idosos) (\$5.7 milhões);

Notas: Os Programas totalmente novos encontram-se assinalados a negrito.

Fonte: AIHW, 2007, Caixa de texto 3.3, p. 107.

Financiamento governamental de alojamento para idosos com necessidades especiais

Diversos Governos criaram um organismo governamental para canalização de fundos públicos para investimento em habitações sociais. No Reino Unido, foi criada em 1964, a *Housing Corporation* (Corporação para o Alojamento). Esta era a principal responsável pela administração do orçamento de estado atribuído à área do alojamento. Esta associação aliou-se activamente a associações de alojamento sem fins lucrativos. Ao longo de quatro décadas, foram efectuadas mudanças radicais no âmbito do “alojamento social” britânico, passando-se de uma forte predominância das “habitações sociais”, administradas pelas autarquias locais, para um leque mais diversificado de alojamentos para indivíduos com necessidades

especiais, administrado por associações de alojamento. No Canadá, foi criada em 1994, a *Canada Mortgage and Housing Corporation* (CMHC), que é dotada de uma política de alojamento mais abrangente. Até recentemente, esta associação desempenhava um modesto papel na promoção de alojamento para indivíduos com necessidades especiais. Contudo, em 2005 foi anunciado um programa de apoio à construção de pequenas habitações (com jardim) dentro de grandes propriedades. Nos EUA o *Department for Housing and Urban Development* (Departamento para a Habitação e Desenvolvimento Urbano), (contrariando o estereótipo deste país) revelou-se mais activo que o CMHC no apoio ao desenvolvimento de alojamento especializado para idosos, particularmente nas áreas rurais e destinado a grupos desfavorecidos.

Em qualquer país podem ser estabelecidas avaliações periódicas e procedimentos para determinação de prioridades no âmbito da atribuição de fundos públicos: não é necessário existir um sistema federal. Em 2001, o Governo Britânico anunciou o *Supporting People*, um novo subsídio que substituiu diversos financiamentos relacionados com o alojamento, assistência e apoio. O principal objectivo do *Supporting People* é oferecer aos utentes destes serviços um auxílio adaptado às suas necessidades pessoais. Este subsídio pôs termo à ligação entre a assistência e o alojamento. O sistema anterior revelava-se discriminatório no que concerne o alojamento assistido (com pessoal), albergues e alojamento providenciado pelas autoridades locais. Contudo, as novas determinações garantem um maior apoio a serviços que permitam aos idosos permanecerem nas suas casas, através de visitas de apoio, enquanto uma maior parte do orçamento está a ser disponibilizado para associações de alojamento independentes. Por outro lado, o *Supporting People* tem objectivos em termos de “consenso” mais limitados do que os contratos de serviços sociais entre a *Commonwealth* e os Governos estatais na Austrália. As negociações periódicas realizam-se apenas entre o Ministério do Governo Central para o alojamento e as autoridades locais, e norteiam os esquemas para as associações de alojamento.

As ofertas feitas durante o primeiro ano do *Supporting People* revelaram que a determinação de prioridades e atribuições de fundos necessitam de uma gestão cuidada. Em meados de 2003, tornou-se óbvio que a resposta das autoridades locais aos novos mecanismos de financiamento foi pouco participativa, e que as despesas totais iriam ser largamente superiores às primeiras estimativas. Os consultores financeiros independentes *RSM Robson Rhodes* anunciaram que os custos de £1.8 biliões representavam o dobro do inicialmente estimado pelo Governo, que o preço de esquemas individuais para o mesmo tipo de serviço variava em larga escala, e que, embora faltassem cinco anos para implementar o programa, os fundos ainda não tinham sido disponibilizados de forma a irem ao encontro das necessidades. Por outro lado, também se incluíram serviços de assistência para os quais não tinha sido previsto financiamento (Sullivan, 2004). Em Agosto de 2004, o Governo anunciou que o orçamento para o Programa *Supporting People* teria um corte na ordem dos £80 milhões (ficando nos £1.72 mil milhões) em 2005-06 e que nos dois anos subsequentes, o orçamento seria fixado nos £1.7 mil milhões.

O **Quadro 114** contém três sugestões passíveis de serem avaliadas caso haja interesse em aumentar a oferta de sistemas de alojamento em Portugal. Dois sistemas são comuns a todas as sugestões. O primeiro passa pela promoção da colaboração entre construtores do sector privado e organismos estatais, de forma a fornecer serviços de saúde e assistência social a idosos. Esta sugestão implica pôr termo a um fenómeno amplamente difundido entre as comunidades para reformados na América do Norte, Austrália e Península Ibérica. Existe uma tendência para que os desenvolvimentos sejam pouco apoiados em termos de instituições médicas de cuidados de saúde primários, especialmente se a população tiver uma forte presença de indivíduos nascidos no estrangeiro. O aumento da idade dos residentes leva a um aumento exponencial das necessidades em termos de apoio e assistência, às quais urge responder. A falta de uma resposta adequada levará, por seu turno, a que os residentes se mudem para um local com maior assistência. Poderá igualmente implicar um agravamento nos casos de perturbações graves e de doença, o que poderá conduzir a uma sobrecarga nos serviços sociais e de saúde, particularmente nas emergências.

Recomendações: sistemas de alojamento assistido para idosos com necessidades especiais

- ▶ Deve ser elaborada uma consulta de forma a determinar que grupos de idosos apresentam as necessidades de apoio e assistência pessoal mais graves e que ainda se encontram desprovidos de respostas para as mesmas. Associações profissionais, organizações sem fins lucrativos de defesa dos direitos dos idosos e cuidadores devem reunir-se para apresentarem o caso ao Governo Central, no sentido de obterem financiamento para novos programas que visem a construção de alojamento especializado, com apoio e assistência para idosos mais carenciados;
- ▶ Os Governos Central e Local devem fazer uma revisão dos acordos de parceria entre os construtores do sector privado, que desenvolvam sistemas de alojamento especializado e assistido, e devem avaliar se os mecanismos que garantem o acesso aos serviços sociais estatais são satisfatórios. Em particular, é requerida uma avaliação da acessibilidade por parte dos residentes em comunidades de reformados (espontâneas ou planeadas) a serviços sociais de cariz pessoal;
- ▶ Devem ser estabelecidas avaliações periódicas e negociações relacionadas com prioridades no que toca a questões de serviço social no contexto do alojamento, com a participação dos Governos Central e Local, associações de consumidores e organizações de serviço social sem fins lucrativos.

1.3 Necessidade de avaliação global e monitorização constante das condições dos idosos com múltiplas doenças crónicas

Até ao momento, este Módulo centrou-se apenas nas necessidades de apoio e de assistência de uma parcela relativamente grande de idosos com 70 ou mais anos de idade, que apresentam ligeiras limitações no desempenho de funções instrumentais do seu quotidiano. Debruçamo-nos agora sobre as necessidades de apoio um pouco mais profundas de um grupo mais restrito, na sua maioria de idade muito avançada, que sofre de múltiplas doenças, e que possui limitações mais profundas, não só em termos instrumentais, mas também nas ADLs. Doenças ou perturbações cardíacas, circulatórias, pulmonares, renais, ortopédicas, digestivas, endócrinas, de origem nervosa e cerebrais, podem ser progressivas e seriamente incapacitantes. O desconforto, a dor e os sintomas incapacitantes de muitas destas doenças crónicas podem, contudo, ser minorados com uma monitorização cuidada, o que, muitas vezes, envolve medicação. A diminuição do vigor inerente ao avanço da idade, assim como a existência de doenças e perturbações, danificam a capacidade homeostática (ou de equilíbrio) do corpo. Os problemas agudizam-se quando um paciente tem mais que uma doença, nomeadamente porque os medicamentos receitados para ambas (ou mais) doenças podem interagir de forma inesperada.

Necessidade de avaliação global e intensa monitorização de doenças

Resumindo, um paciente com doenças crónicas é intrinsecamente instável e a sua condição, assim como o plano de tratamento, carece de revisões e ajustes frequentes. Num mundo perfeito, um médico de família (ou um médico de cuidados primários ou de clínica geral), teria este papel. Contudo, na prática, tal raramente acontece. As causas dividem-se entre os utentes e a organização dos serviços de cuidados de saúde primários. A maioria dos utentes não consulta um médico, excepto quando a sua condição se deteriorou drasticamente. Os utentes suportam os “dias maus”, a dor e o desconforto, na esperança que eventualmente a sua situação melhore. Por outro lado, os médicos de família confrontam-se com a elevada pressão de atendimento de um elevado número de utentes, especialmente no contexto dos sistemas de saúde públicos. No Reino Unido, o tempo médio de duração de uma consulta de cuidados de saúde primários é de cerca de oito minutos, o que se revela demasiado reduzido para se proceder a uma avaliação global de um utente com múltiplas doenças. No **Quadro 114**, é possível encontrar as principais

características de formas inovadoras de responder às necessidades de idosos com múltiplas doenças crónicas, nomeadamente em termos de monitorização do seu estado de saúde.

Quadro 114. Perfil do serviço: prestação de serviços de avaliação global e intensa monitorização de múltiplas doenças crónicas efectuadas no contexto de cuidados intermédios, geridos por enfermeiros

Inovação nas características	<p>A. Seguradoras privadas de seguros de saúde e organizações de gestão de serviços de saúde revelam-se preocupadas em controlar os elevados custos de tratamentos individuais dos utentes de "alto risco", assim como em melhorar a qualidade da assistência;</p> <p>B. Agências de serviços de saúde financiadas pelo estado, particularmente as responsáveis pelas admissões hospitalares, empenham-se na redução da frequência e duração dos internamentos hospitalares dos utentes idosos de alto risco;</p> <p>C. Enfermeiros e restantes profissionais de saúde mostram-se empenhados em melhorar as competências profissionais e as responsabilidades no âmbito dos sistemas de saúde.</p>
Respostas observadas	<p>A. São formadas equipas multidisciplinares, especialmente treinadas na realização de avaliações, revisão de tratamentos e planificações dirigidas a grupos de utentes de alto risco. A maioria dos exemplos existentes é dada em programas piloto ou de duração fixa;</p> <p>B. São divulgados relatórios positivos por parte dos utentes e técnicos de saúde envolvidos, assim como provas irrefutáveis de que as equipas se revelaram capazes de identificar necessidades até então sem resposta e doenças sem tratamento, o que resultou numa melhoria em termos de assistência aos respectivos utentes;</p> <p>C. Os gestores na área dos serviços de saúde e financiadores mostram-se decepcionados com a falta de evidências de que este tipo de esquema reduz o número de internamentos hospitalares. Este facto deve-se, sobretudo, ao sucesso deste tipo de sistema no que trata à "descoberta de casos" e ao encaminhamento de pacientes com doenças sem tratamento para os médicos e fornecedores de serviços apropriados.</p>
Soluções a longo prazo	São necessárias mais experiências de forma a estabelecer com maior precisão que grupos de utentes retiram mais benefício da existência das equipas de cuidados intermédios, e que configuração em termos de critérios de inclusão de utentes e contratação de pessoal conduz a um maior retorno de custos.

Muitos sistemas nacionais de saúde empregaram diferentes tipos de pessoal de apoio, de forma a dar resposta às necessidades de assistência e tratamento de utentes idosos com doenças crónicas. Equipas de enfermeiros especializados recebem formação no que trata a procedimentos de avaliação, reabilitação e monitorização, nomeadamente, dar injeções, tirar sangue e mudar pensos (como acontece no caso de úlceras nas pernas causadas pela má circulação). Estes enfermeiros podem trabalhar em clínicas de cuidados de saúde primários, clínicas especializadas no âmbito da pedicura terapêutica, ou podem fazer visitas domiciliárias. Os terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala que trabalhem em equipas de reabilitação e que se encontrem aptos a auxiliar pacientes a recuperar as respectivas funções, após uma cirurgia ou uma trombose, podem trabalhar em departamentos hospitalares destinados a utentes com alta. Estas equipas especializadas e diversificadas de enfermeiros e terapeutas proporcionam enormes benefícios em termos de saúde, mas têm limitações no que toca a utentes com múltiplas doenças. O pessoal tem conhecimento dos sintomas e tratamentos de doenças específicas, mas não possui a capacidade de diagnóstico ou os conhecimentos de um médico. Em casos extremos, o utente não só recebe inúmeras visitas domiciliárias, como também tem inúmeras marcações para consultas todos os meses. As diversas clínicas encontram-se localizadas, quase sempre, em áreas diferentes e de difícil acesso através de transportes públicos. Para os utentes socialmente isolados e que não têm qualquer auxílio em termos de transporte, estar presente nas consultas pode ser complicado, senão impossível, sem um táxi ou uma ambulância.

O reconhecimento das limitações e condições específicas dos serviços das comunidades de cuidados de enfermagem levou a diversas abordagens no sentido de providenciar uma assistência organizada mais apropriada. O primeiro protocolo para "*comprehensive geriatric assessment*" (CGA) - (avaliação geriátrica global) foi estabelecido nos anos 30, e desde então foram desenvolvidos e minuciosamente testados outros

protocolos. A meta-análise de ensaios controlados realizados até 1993 proporcionou uma forte confirmação de que estes programas aumentam o índice de sobrevivência, diminuem a utilização de serviços institucionais e melhoram o nível de funcionamento mental e físico (Stuck *et al.*, 1993; Rubenstein 1995). A CGA tornou-se a pedra basilar da medicina geriátrica e levou à sua criação, em paralelo com especialidades médicas, nos hospitais da maioria dos países da OCDE.

Contudo, um dos problemas existentes é que os departamentos de medicina geriátrica atraem muitos utentes com perturbações múltiplas para hospitais de agudos. A sua avaliação e reabilitação é adiada, o que origina internamentos hospitalares longos. Tanto para os economistas da área da saúde, cujas avaliações de benefícios de determinados procedimentos médicos são executados através das estimativas avançadas pela “*Quality Adjusted Life Years*” (QUALYS) - (Anos de Vida Isentos de Incapacidade), que não se revelam altos no que toca a utentes idosos com múltiplas perturbações sem cura (Loomes e McKenzie, 1989; Joiner, 1999), como para gestores hospitalares, que trabalham com metas (*targets*) no que diz respeito ao número de utentes com tratamento, a medicina geriátrica não tem lugar aparente nos hospitais de agudos.

Sistemas de assistência intermédia

Foi neste contexto que tanto os prestadores de cuidados de saúde do sector privado (seguradoras de saúde e organizações de saúde nos EUA) como os sistemas nacionais de saúde estatais, revelaram grande interesse, nas duas últimas décadas, em sistemas de “assistência intermédia”. Estes sistemas são geridos por enfermeiros e por equipas multidisciplinares de médicos que se centram em utentes de “alto risco” e objectivos específicos (por “risco” entende-se não só a sobrevivência do utente, mas também a sua possível estadia por um longo período em hospitais). Estas equipas geralmente incluem vários enfermeiros com formação em diferentes especialidades, terapeutas e assistentes sociais. No Reino Unido, a responsabilidade médica normalmente está a cargo do médico de clínica geral. Alguns sistemas de assistência intermédia centram-se na redução de “altas tardias” dos hospitais, após episódios mais críticos. Esta situação é sobretudo evidente no caso de idosos mais vulneráveis, que vivem sozinhos e que, portanto, não possuem um cuidador informal que proporcione a segurança e a assistência pessoal de que necessitam. Outros sistemas conhecidos como *hospital avoidance schemes* (sistemas que evitam o internamento em hospitais) ou *rapid response teams* (equipas de resposta rápida) respondem aos alertas de problemas graves por parte de pacientes de alto risco. Têm sido efectuadas inúmeras avaliações destes sistemas (Blue *et al.*, 2001; Hébert *et al.*, 2001; Leveille *et al.*, 1998).

O modelo Evercare em termos de assistência intermédia no Reino Unido

Um terceiro tipo de cuidado intermédio teve origem nos EUA, e tem um objectivo mais global, ou seja, visa melhorar a monitorização de doenças múltiplas entre os idosos mais frágeis e, consequentemente, reduzir as situações de emergências e as necessidades de internamento hospitalar (Kane *et al.*, 2003). Foram fomentados por operadores comerciais de serviços de saúde que oferecem os seus serviços a Organizações de Gestão de Saúde, com o argumento de que estes sistemas ajudam a reduzir o custo geral dos tratamentos. Um destes modelos, a *Evercare*, testado no Reino Unido e minuciosamente avaliado, combina elementos da avaliação levada a cabo por enfermeiros e a monitorização de casos intensivos. As suas principais especificidades são:

- ▶ Uma abordagem baseada em evidência, no sentido de identificar pacientes de alto risco;
- ▶ Mudança nas funções do pessoal, e substituição por uma nova função, *Advanced Practice Nurse* (APN) - (Enfermeiro com Prática Avançada), com competências generalistas mais alargadas;

- Organização deste tipo de assistência em torno das necessidades do utente, em vez das limitações organizacionais actuais, com respostas imediatas a qualquer tipo de deterioração e aconselhamento preventivo.

O *National Primary Care Research and Development Centre* (Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Cuidados Primários) elaborou uma avaliação entre 2003 e 2005 (Boaden *et al.*, 2006). Esta foi fortemente apoiada pela *United Health Europe*, os promotores da *Evercare*. O processo de selecção de utentes (recrutamento) identificava aqueles que não mantinham um contacto regular com serviços de cuidados de saúde primários ou serviços colectivos, mas que poderiam colher benefícios potenciais de uma monitorização dos respectivos casos. Foram feitas entrevistas a 46 enfermeiros, 10 médicos de clínica geral, 72 pacientes, 52 cuidadores e 46 gestores/outros. Foram também consultadas *Hospital Episode Statistics* (Estatísticas de Casos Hospitalares), nomeadamente, taxas de internamento de emergência, dias de estadia de emergência e mortalidade, entre Abril de 2001 e Março de 2005. As mudanças efectuadas a partir dos resultados em 62 clínicas *Evercare* foram comparadas com as medidas equivalentes, levadas a cabo em 7.000 clínicas em áreas não pertencentes à *Evercare*.

Entre as diversas conclusões avançadas, os APN relataram inúmeros exemplos em que a medicação havia sido alterada de forma a evitar reacções adversas, em que tinha sido levada a cabo uma assistência coordenada no sentido de reduzir a fragmentação entre os serviços, em que tinham melhorado o estado funcional do utente, casos em que tinham contribuído igualmente para a melhoria da qualidade de vida e evitado o internamento hospitalar. O conhecimento dos APN dos serviços disponíveis ao nível local aumentou com o decorrer do tempo, pelo que começaram a encaminhar utentes para uma oferta cada vez mais diversificada de serviços de apoio. Com o aumento da sua experiência, os médicos de clínica geral despendiam menos tempo a visitar utentes e a encaminhá-los para outros serviços. Os utentes revelaram-se bastante satisfeitos e a maioria afirmou preferir os novos padrões do serviço aos mecanismos anteriores. Os cuidadores mostraram-se ainda mais satisfeitos do que os próprios utentes. Ambos deram uma maior preferência:

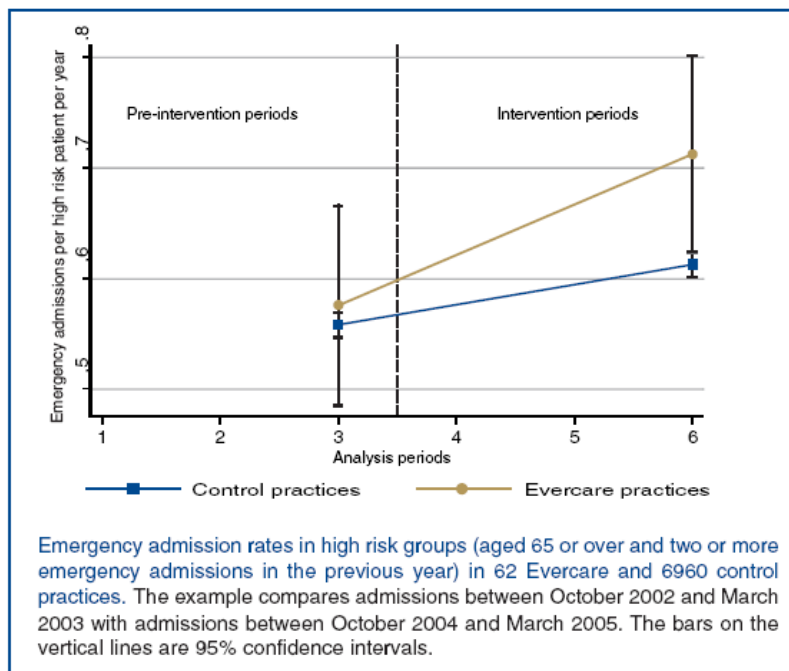
- Ao apoio fisiológico dado pelos APN;
- À sua capacidade de resposta rápida em situações de crise;
- À sua capacidade de monitorizar a medicação e organizar as receitas;
- À sua capacidade de explicar doenças de longa duração, investigações clínicas, tratamentos;
- À defesa dos direitos dos pacientes, incluindo a mobilização de apoios para a utilização de determinados aparelhos em casa.

A análise dos dados de internamento hospitalar revela que não existe nenhum efeito significativo da *Evercare* nas taxas de internamento de urgência, dias de estadia de emergência e mortalidade. Este factor aplica-se não só ao grupo de alto risco (com idades superiores aos 65 anos e com dois ou mais internamentos de urgência no ano anterior), mas também à população em geral com mais de 65 anos. O resultado não sofreu alterações com a utilização de diferentes métodos de análise, ou com o ajuste em termos de mortalidade, ou até mesmo com a inclusão de diversos tempos de exposição dos pacientes à *Evercare* (**Figura 84**). Esta Figura mostra as taxas de internamento tanto na *Evercare*, como nos grupos de controlo durante o período do estudo, sem que existam diferenças significativas entre a *Evercare* e as clínicas de controlo.

Surgiu uma contradição aparente entre as conclusões de uma pesquisa qualitativa, durante a qual tanto os enfermeiros, como os utentes, forneceram exemplos de internamentos que foram evitados, e uma análise quantitativa, que não determinou qualquer redução em termos globais. Este fenómeno pode ser explicado pela descoberta de novos casos, resultante da intervenção da *Evercare*. Uma outra explicação possível é que, quando uma população de idade bastante avançada é alvo de um estudo, o decorrer do tempo irá

certamente trazer um aumento nos internamentos hospitalares. Mais ainda, quando utentes de “alto risco” são comparados com a população idosa em geral, é inevitável que os primeiros tenham uma taxa de internamento mais elevada.

Figura 84. Impacto da assistência intermédia da Evercare nos internamentos hospitalares



Fonte: Boaden *et al.*, 2006, sem páginas.

Entre as conclusões de cariz subsidiário, os APN revelavam uma certa dificuldade em se envolverem quando os respectivos utentes eram internados e não se consideravam passíveis de influenciar o tempo de duração da sua estadia. Foram também observados alguns problemas com a assistência fora de horas (quando os APN não se encontravam disponíveis). Os serviços de cuidados de saúde primários fora de horas não pareciam empenhados em manter os utentes fora dos hospitais. A equipa de avaliação concluiu que:

- ▶ A *Evercare* fornecia exemplos práticos relativos ao modelo de gestão de casos. A gestão enérgica da *United Health Europe*, em conjunto com o elevado perfil político dos pilotos, constituiu uma ajuda importante na introdução da gestão de casos;
- ▶ O acesso à gestão de casos trouxe uma maior frequência de contacto, uma monitorização mais regular e um maior conhecimento de opções de referência, itens que anteriormente não haviam sido providenciados pelos médicos de clínica geral ou por outro membro do pessoal hospitalar;
- ▶ A existência de médicos de clínica geral com o papel de mentores dos APN, ajudou a promover um relacionamento efectivo entre os primeiros e os enfermeiros. Contudo, os profissionais de medicina geriátrica eram ainda mais valorizados pelos enfermeiros, enquanto mentores;
- ▶ A gestão de casos poderá ser disponibilizada de formas diversificadas, que devem ser exploradas pelo SNS, incluindo os diferentes métodos de identificação de utentes de alto risco e os diferentes profissionais que poderão desempenhar o papel de gestor de caso (por exemplo, os assistentes sociais também têm desempenhado este papel);

- Os *The Primary Care Trusts* (Fundos de Cuidados Primários) tinham sistemas de informação fracos, o que implicava que não se mostravam capazes de monitorizar os casos dos utentes seleccionados em grupo. Este factor dificultou a planificação e desenvolvimento do serviço.

A sua avaliação geral revelou que os projectos piloto da *Evercare* forneciam o apoio necessário a uma política de promoção de cuidados de saúde primários preventivos para idosos mais vulneráveis e em risco não só de serem sujeitos a internamentos não planeados, mas também passíveis de verem o seu estado de saúde deteriorar-se. O projecto forneceu um estímulo ao desenvolvimento de novos modelos de assistência e à reavaliação de alguns aspectos existentes em clínicas de cuidados de saúde primários. Devido ao modesto impacto inicialmente esperado da gestão de casos no que diz respeito aos internamentos hospitalares, novos desenvolvimentos, incluindo a nova política do SNS de Apoio a Indivíduos com Doenças Prolongadas, deveriam reconhecer que podem existir alguns benefícios na gestão de casos para além da redução de internamentos.

Relevância em Portugal

Tanto nos EUA, onde a maior parte da assistência de saúde é feita em hospitais e por médicos especializados que exercem em clínicas dispersas, como no Reino Unido, onde os serviços de cuidados de saúde primários e comunitários se encontram excepcionalmente desenvolvidos, não existe um sistema de assistência de saúde que forneça tratamento e apoio de qualidade a idosos com múltiplas doenças crónicas. Até à data as evidências sugerem que os sistemas de cuidados intermédios podem desempenhar um papel útil na satisfação das necessidades deste grupo de pacientes. Contudo, as evidências não trazem certezas no que toca ao decréscimo da procura noutras áreas do sistema de saúde. Estes sistemas poderão ser de grande valor para países como Portugal, ou outros países do Sul da Europa, onde os serviços de saúde comunitários se encontram ainda em fase embrionária, e nos quais a distância entre os pacientes e os hospitais e clínicas é bastante grande. O **Quadro 115** contém mais algumas conclusões sobre este assunto.

Muitas inovações em termos de cuidados de saúde são geradas dentro do sistema, por profissionais clínicos ou indivíduos que participam na elaboração de políticas de saúde. A organização específica da provisão de assistência num sistema de cuidados intermédios é cada vez mais designada nos países de expressão inglesa como “tecnologia de cuidados de saúde”. Nos locais onde existem provas de que esta nova forma de providenciar “tecnologia” gera benefícios, médicos e os responsáveis pelas políticas de saúde mais inovadoras mostrar-se-ão interessados na avaliação do caso, para que a respectiva inovação possa ser adoptada. É amplamente aceite que todas as inovações práticas, em termos de cuidados de saúde, são controversas e geram resistência, particularmente quando existe a percepção de que esta inovação poderá constituir uma ameaça a alguns postos de trabalho e ao prestígio profissional. É neste contexto que um organismo externo, imparcial e independente poderá desempenhar um papel importante enquanto impulsionador da inovação no fornecimento de serviços de saúde.

Recomendações: sistemas de cuidados intermédios para idosos com múltiplas doenças crónicas

- ▶ Um dos grupos mais carenciados de idosos é o grupo de indivíduos que padecem de múltiplas doenças crónicas. As suas doenças carecem de uma monitorização atenta e de avaliação contínua, e os respectivos tratamentos necessitam de ajustes frequentes. Muitos destes idosos foram recebidos em lares. Contudo, se a sua assistência de saúde fosse estruturada de forma diferente, uma percentagem desta população receberia um melhor tratamento, teria uma melhor qualidade de vida e apresentaria uma menor necessidade de consultas de emergência médica ou hospitalar;
- ▶ Nos últimos anos, têm havido algumas experiências interessantes no âmbito dos “cuidados intermédios”, geralmente com resultados positivos, nomeadamente no que toca à “determinação de novos casos”, identificação de necessidades sem resposta, e melhoria da qualidade da assistência. Este tipo de cuidados revela-se particularmente importante no caso de países ou áreas com serviços de saúde comunitários pouco desenvolvidos. No caso português, são considerados dois grupos: os residentes relativamente afluentes de comunidades de reformados, e idosos em situações muito precárias e socialmente isolados que tenham um baixo rendimento e que habitem em áreas urbanas;
- ▶ Em Portugal, os esquemas de cuidados intermédios podem revelar-se valiosos, sobretudo, nas regiões menos afluentes e rurais de Portugal, onde é difícil assegurar cuidados de saúde primários. No entanto, a sua criação pressupõe negociações extensas entre as autoridades de saúde e grupos de profissionais. A atribuição de fundos suplementares a experiências piloto seria, sem dúvida, uma mais valia.

1.4. Prestação de cuidados a idosos que sofrem de demência/senilidade: modelos psicossociais e médicos***Reacções pessoais às condições incapacitantes da velhice***

Os rápidos avanços da esperança média de vida nos países mais desenvolvidos a nível mundial são, regra geral, bem-vindos e considerados pela maioria como um sinal de “progresso”. Todos os seres humanos se guiam por um instinto que é fundamental a todas as formas de vida: sobreviver. Será vantajoso viver mais do que os nossos avós e antepassados? Muitos filósofos e éticos consideram que a maior parte das pessoas toma por garantido que é uma “coisa positiva”. Os Governos, particularmente os seus ministérios das finanças, bem como os gestores de pensões e os economistas da saúde, expressam uma grande preocupação relativamente às reformas e ao futuro dos cuidados de saúde e empregam frequentemente a terminologia de crise e catástrofe quando discutem as implicações de uma população envelhecida, mas é quase certo que a maioria da população não se inquieta com estas questões. A sua preocupação central é o bem-estar dos grupos etários mais idosos (e os encargos que isso implica para o Governo). A maior parte dos idosos, por outro lado, preocupa-se com eles próprios e com a família mais próxima, o que inclui a vida adulta dos seus netos. É pouco frequente um idoso inquietar-se com as circunstâncias de vida dos seus filhos e netos quando estes chegarem a uma idade avançada.

No entanto, existe em todas as sociedades uma questão ligada à longevidade que inquieta bastante tanto os idosos como pessoas mais jovens. De facto, nos países mais ricos, essa questão assumiu contornos de “pânico”. Trata-se da associação entre idade avançada e perturbações degenerativas, irreversíveis e incapacitantes - incluindo cancro, insuficiência cardíaca, diabetes e outras situações gravemente incapacitantes e eventualmente fatais - mas sobretudo, as disfunções cognitivas e o declínio em geral. A ligação entre o ser “muito idoso”, incapacitado e dependente é menos frequentemente discutido nos media que a pedofilia ou o terrorismo internacional mas, para muitas pessoas idosas e até de meia-idade este é um assunto da maior gravidade. Quando questionados acerca do seu bem-estar e esperança para o futuro por gerontologistas e outras pessoas, os idosos repetem consecutivamente: “o que eu mais receio é”... “tornar-me um fardo para a minha família”, “ter de ir para um lar”, “ter de deixar a minha casa”, “não ser capaz

de tomar conta de mim próprio” e, de uma forma mais coloquial, de se tornarem “gagás” (que significa senilidade), ou “um vegetal”. Os principais receios têm a ver com perda de autonomia e de “perder a cabeça”, ou seja, de contrair “demência senil”, o que na América do Norte e no Reino Unido é cada vez mais associado ao Alzheimer (embora existam outras patologias com efeitos devastadores semelhantes).

As preocupações não são apenas de índole egocêntrica, como é descrito. Os indivíduos que sofrem de demência grave ou moderada necessitam de vigilância intensa, de apoio e cuidados, o que em muitos casos implica que um cuidador informal resida com a pessoa que precisa de cuidados ou em residência próxima. Para os grupos de meia-idade que têm de sustentar cónyuge e filhos, é um dilema quando têm de prestar cuidados deste tipo a um dos pais. E esperar que a mulher desista da sua carreira profissional, que passe para segundo plano a educação dos seus filhos, por forma a tornar-se cuidadora a tempo inteiro de um pai que sofra de demência não é a única maneira de se progredir nas questões relacionadas com a assistência a pessoas dementes.

Dois modelos de cuidados

Da perspectiva da promoção da qualidade de vida e dos cuidados a pessoas em idade avançada, um dos maiores desafios que se põe a todas as sociedades desenvolvidas é como tratar e apoiar pessoas que sofrem de demência. Até os países mais ricos estão ainda agora a reconhecer que os “cuidados a indivíduos com demência” são uma questão problemática. Esta secção irá discutir os papéis de duas diferentes abordagens, em termos mais simples, os modelos *biomédicos* e os modelos *psicossociais* dos cuidados a indivíduos com demência. Por vezes são apresentados como antagónicos ou alternativos, mas aqui vamos apurar que têm papéis complementares e que são ambos necessários. Todos aqueles que estão de algum modo ligados à questão dos cuidados a indivíduos com demência reconhecem que ambos os modelos têm um objectivo comum, que é expandir e melhorar os tratamentos, os cuidados e o apoio a idosos e suas famílias, sendo que para isso torna-se necessário desenvolver os cuidados médicos e os sociais. É contraproducente quando os protagonistas das duas abordagens se encontram em pólos opostos. O respeito mútuo e a cooperação proporcionam um desenvolvimento mais rápido no apoio às pessoas que sofrem de demência.

O **Quadro 115** resume as principais características dos modelos médico e psicossocial para a assistência a indivíduos com demência. O modelo médico é dominado pelo entendimento de que a demência resulta de um dano irreversível do cérebro que origina *perdas* cognitivas. O modelo psicossocial evidencia que uma pessoa que sofra de demência ainda possui *capacidades e necessidades emocionais* cognitivas e sociais. Consequentemente, o modelo psicossocial é mais adequado para uma “fase inicial” ou uma incidência “ligeira” da doença, enquanto que o modelo médico se adequa a uma ocorrência “grave”. O que se depreende da experiência de vários países em todo o mundo é que, quando a necessidade de cuidados para a doença é reconhecida, os primeiros procedimentos seguem a abordagem biomédica. Este facto é particularmente evidente nas economias em desenvolvimento rápido do Sudeste Asiático, talvez pela influência da profissão médica e a tendência para denegrir a “medicina tradicional” (que aborda o “indivíduo como um todo” e aos cuidados psicossociais efectivos).

Quadro 115. As duas principais abordagens para o desenvolvimento e prestação de cuidados a pessoas com demência

	Modelo Médico	Modelo Psicossocial
Modelos de perturbações e cuidados necessários	Dominado pelo entendimento biomédico de que a doença é incurável e progressiva. Considera a doença como “terminal” e indica os cuidados a ter “no final da vida”.	Dominado pelo entendimento de que o doente retém “identidade”, ou seja, muitas capacidades cognitivas e necessidades emocionais e sociais.
Propriedades dos cuidados	Destaca a higiene, a protecção, a redução de riscos, as limitações e a medicação que controla os sintomas e pode retardar a progressão da patologia. Indica os estabelecimentos institucionais, de forma a	Aponta para um apoio social intensivo e altamente individualizado, relevando meios efectivos de identificação de comunicação verbal ou não verbal e na activação dessas capacidades que ainda subsistem.

	Modelo Médico	Modelo Psicossocial
	<p>minimizar os riscos e situações de emergência nos hospitais de agudos, o que tende a suprimir a responsabilidade e cuidados pessoais. Por exemplo, os pacientes não têm permissão para preparar bebidas ou simples refeições na cozinha (é visto como perigoso) ou mesmo para tomar banho sozinhos (risco de queda).</p> <p>Indica pessoal com formação para maximizar esforços no que diz respeito à higiene, à boa alimentação e à administração de medicamentos. O trabalho de profissionais com formação nesta área é caro, e por isso, os recursos em termos de pessoal são insuficientes face às necessidades de cuidados individualizados.</p>	<p>Indica o apoio dos cuidadores familiares, nas suas casas ou em centros de dia (proporcionando descanso e oportunidade para trabalhar ao cuidador).</p> <p>O apoio domiciliário especializado é caro, mas este modelo estimula as contribuições de cuidadores informais e de voluntários como nos centros de dia. O número de ajudantes pode ser aumentado com a contratação de estagiários de medicina, enfermagem e assistência social. Outras pessoas que já tenham prestado cuidados a um cônjuge com demência e que já tenha falecido poderão vir a ajudar outros.</p>
Resultados dos cuidados	<p>As pessoas que necessitam de cuidados são tratadas como pacientes e são tecnicamente bem orientadas, mas a sua auto-imagem é denegrida e são pouco estimulados. Este facto leva a níveis elevados de angústia e depressão (o que provoca um comportamento anti-social e perturbado).</p> <p>Os familiares ou os cuidadores informais tendem a ser excluídos do processo e podem sentir-se diminuídos, criticados e culpados.</p>	<p>Maximiza uma independência e responsabilidade própria contínua de pessoas que sofram de demência ligeira e moderada e, consequentemente, do seu sentimento de auto-estima.</p> <p>Os pacientes continuam a sentir-se valorizados e a viver dias mais compensadores e portanto, sofrem menos de depressão.</p> <p>Os familiares e os cuidadores informais sentem-se apoiados e sentem-se úteis ao prestarem assistência.</p>
Prioridades de desenvolvimento	<p>Desenvolvimento de centros ligados aos cuidados da demência, equipados com alta-tecnologia.</p> <p>Investigação genética, neurológica e farmacêutica da etiologia da doença e a sua progressão no que diz respeito a <i>encontrar uma cura</i>.</p>	<p>Desenvolvimento de centros de educação, aconselhamento e apoio para os cuidadores informais.</p> <p>Esforços activos para recrutar, dar formação e distribuir de voluntários.</p> <p>Tentativa de incutir qualificações ao nível psicossocial em termos de cuidados. Pesquisa sobre a efectividade de diferentes abordagens de cuidados e de apoio, <i>para aumentar a qualidade dos cuidados e a vida dos pacientes</i>.</p>

Um das questões mais prementes da abordagem biomédica é que esta tende a favorecer os cuidados de saúde a longo prazo em estabelecimentos institucionais. É mundialmente reconhecido que os cuidados institucionais acarretam vários problemas:

- Pouca consideração pela autonomia ou responsabilidade-própria do paciente/residente;
- Pouca consideração pelo papel dos familiares e dos cuidadores informais;
- Rotinas diárias rígidas que facilitam os cuidados físicos, mas que não estimulam e levam ao desespero e à depressão;
- Custos elevados, devido aos cuidados residenciais implicarem um trabalho intensivo, o que faz com que com o número de recursos humanos seja baixo e o esforço para proporcionar um ambiente estável se torne uma preocupação superior à prestação de cuidados individualizados.

Esta série de consequências negativas é o resultado das características dos cuidados a longo prazo e ao nível institucional. Os cuidados a ter com idosos que sofrem de perturbações mentais são árduos e possuem pouco prestígio profissional. São geralmente mal pagos e é frequente a existência de auxiliares de saúde com baixos níveis de instrução. Muitos lares são disponibilizados por proprietários particulares. Há, em todos os sectores, gerentes e pessoal incompetente e negligente. Dadas as “condições precárias” deste tipo de assistência e a vulnerabilidade dos residentes ou pacientes, os Governos decidiram criar agências de registo e inspecção. Estes sistemas regulamentares elevam os padrões relativos aos cuidados físicos

(higiene, alimentação, administração de medicamentos, minimização de riscos). Padrões elevados neste tipo de cuidados são a prioridade da direcção e do pessoal e são dispendiosos. Estas prioridades deixam pouco espaço para proporcionar aos residentes um leque de escolha de actividades lúdicas, de oportunidades de interacção social e atenção individualizada. Estas consequências são agravadas pelo reduzido número de pessoal especializado e pelo aumento das taxas de rotatividade e doença, particularmente de noite e aos fins-de-semana. Um outro flagelo é que é muito raro os lares institucionalizados encorajarem os papéis complementares dos parentes ou dos cuidadores informais.

Embora do ponto de vista biomédico as faculdades disfuncionais observadas em pessoas que sofrem de demência sejam atribuídas a uma neuropatologia no cérebro, em estudos recentes foi observado que os factores psicossociais também têm um papel importante (Scholl e Sabat, 2008: 103, citando Kitwood 1987, 1997; Snyder, 1999; Sabat, 2001; Harris, 2002; Keady e Nolan, 2003). “Os factores psicossociais incluem a reacção da pessoa aos efeitos da neuropatologia, a forma como os outros se comportam com a pessoa a quem foi diagnosticada a doença, e como os pacientes reagem à forma como são tratados. Mais especificamente, o tratamento concedido ao paciente com demência pode ter um efeito profundo na sua (a) experiência subjectiva; (b) capacidade para demonstrar as faculdades cognitivas que permanecem intactas, (c) capacidade para responder às exigências do quotidiano e; (d) qualidade de vida e capacidade para viver uma vida com significado” (Scholl e Sabat, 2008: 104). Segundo esta análise, os cuidados a longo prazo ao nível institucional não estão apenas mal orientados para prestar cuidados psicossociais, mas podem mesmo prejudicar o bem-estar mental dos residentes e agravar os seus comportamentos problemáticos.

Desenvolvimentos organizacionais e de serviços como resposta à demência

As respostas organizadas para os problemas relativos aos pacientes com demência e os seus cuidadores (para além do tratamento em hospitais e serviços psiquiátricos) tornaram-se evidentes durante os anos 80. Foram reconhecidas várias formas, cada uma com um papel diferente (*Quadro 116*). A primeira resposta “comunitária” à necessidade de melhorias no que diz respeito aos cuidados a doentes com demência foi, em vários países, a criação de associações, com o objectivo de oferecer apoio mútuo aos pacientes e aos cuidadores e de defender a expansão dos serviços. Estas organizações cresceram e expandiram a sua abrangência, tendo-se tornado organizações de acções de promoção relevantes em vários países.

Quadro 116. Respostas organizacionais à necessidade de melhorias nos cuidados a pessoas com demência

Inovação	Actividades e Atribuições
<p>Associações Alzheimer. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Associação de Alzheimer dos Estados Unidos da América (http://www.alz.org/index.asp); - A Associação de Alzheimer do Reino Unido (http://www.alzheimers.org.uk/site/); - A Associação de Alzheimer do Japão (www2f.biglobe.ne.jp/~boke/dementiaseoul2006.ppt). 	<p>Presta apoio e aconselhamento a pessoas com demência e aos seus cuidadores;</p> <p>Luta por melhores serviços e pela educação pública;</p> <p>Fundo de investigação.</p>
<p>Centros de investigação biomédica. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional para o Envelhecimento nos Estados Unidos da América (http://www.nia.nih.gov/); - Centro de Investigação da Demência do Hospital de Neurologia e Neurocirurgia do Reino Unido (http://dementia.ion.ucl.ac.uk/). 	<p>Investiga etiologia, desenvolve tratamentos e procura curas.</p>
<p>Centros de desenvolvimento dos serviços de demência. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros Nacionais de Investigação e Desenvolvimento da Demência do Japão (http://www.bradford.ac.uk/health/dementia/dcm/DCM_Annual_Report_0607.doc). 	<p>Desenvolver e testar novos modelos de cuidados sociais que requeiram formação de pessoal. Desenvolver e fornecer material para a formação.</p>
<p>Novas formas de cuidados sociais, particularmente no que respeita aos centros de dia.</p>	<p>Ajudar pacientes numa fase inicial ou ligeira de demência a viver de forma autónoma, com e sem cuidadores e dar apoio a estes.</p>
<p>Novas formas de apoio domiciliário.</p>	<p>Apoiar e prestar cuidados a pacientes numa fase média/moderada da doença, através de pessoal médico especializado para trabalhar de maneira humana com os residentes e proporcionar cuidados psicossociais.</p>

Respostas ao envelhecimento da população - O caso do Japão

A população do Japão é uma das mais envelhecidas em todo o mundo e a esperança média de vida é mais alta do que em qualquer outro país com estas dimensões e tem também uma taxa de nascimentos excepcionalmente baixa. Prevê-se que em 2010, 25% da população terá 65 anos ou mais. A taxa de fecundidade geral é actualmente de 1,43%, consideravelmente inferior ao nível necessário para a substituição das gerações. Dois terços das mulheres entre os 20 e os 30 anos nunca casaram (Davis e Konishi, 2000: 89). Estima-se a existência de 1.7 milhões de idosos com demência no Japão (Hozumi, 2007: 89). Os japoneses enfrentaram os problemas decorrentes de uma sociedade envelhecida com vigor e empenho. Estudaram questões relacionadas com a inovação do serviço e programas de cuidados existentes noutros países, adoptaram o que consideraram relevante para a situação do Japão e desenvolveram modelos inovadores.

Os cuidados na fase final da vida tornaram-se numa das maiores problemáticas ao nível nacional no Japão (Hirakawa *et al.*, 2004; Suzuki e Iguchi, 2004). Embora a maioria dos óbitos ocorram em hospitais, considera-se que os idosos têm preferência por viver esse acontecimento ou numa instituição de cuidados a longo prazo, ou nas suas residências, onde passaram tantos anos (Sauvaget *et al.*, 1996; Tilden *et al.*, 2004). No entanto, devido ao aumento dos custos relacionados com a saúde no Japão, a assistência ao nível institucional tem sido bastante encorajada pelos sistemas de seguros de saúde relacionados com os cuidados a longo prazo. Consequentemente, é esperada uma alteração gradual do lugar onde as pessoas pretendem passar os últimos anos das suas vidas, de hospitais a instituições de cuidados a longo prazo ou residências comunitárias (Hirakawa *et al.*, 2006).

A reacção ao aumento de idosos com demência e dependentes e as suas necessidades de cuidados também foi influenciada pelas fortes crenças culturais enraizadas na piedade filial, na importância da honra

e da integridade moral e o grande respeito pela profissão médica. Interpretar a cultura e valores dominantes de uma cultura diferente da nossa sem fazer um estudo aprofundado e auscultar os nativos reveste-se de dificuldades e riscos, embora esteja disponível uma resenha feita recentemente em conjunto por autores americanos e japoneses (Fiori, Antonucci e Akiyama, 2008). Este estudo esclarece as diferenças nos cuidados relativos ao tratamento da demência nos dois países. O parágrafo seguinte é uma síntese:

“Muitos investigadores têm vindo a comparar as normas dominantes nas culturas Ocidentais e Orientais, e tanto os EUA como o Japão são usados como arquétipos de “Ocidente” e “Oriente”, respectivamente. A experiência das relações sociais para os mais idosos nos Estados Unidos e no Japão podem divergir devido a factores culturais, experiências históricas, cuidados de saúde e habitação. Por exemplo, devido ao seu isolamento como País, o Japão é étnica e linguisticamente homogéneo, em contraste com os Estados Unidos que são diversificados em termos étnicos e linguísticos. Adicionalmente, devido à longa esperança média de vida tanto dos homens como das mulheres japonesas, é mais frequente que os idosos sejam casados do que no caso americano” (Fiori, Antonucci e Akiyama, 2008). Os japoneses idosos manifestam uma maior preferência em viver com os seus filhos do que os americanos (Sugisawa *et al.*, 2002) e a “stem-family-structure” (isto é, os idosos vivem com o seu filho mais velho, a sua esposa e os seus netos) também vigora no Japão. Consequentemente, os sistemas de solidariedade social direccionados para os idosos de nacionalidade japonesa centram-se mais na família do que no caso Americano (Koyao *et al.*, 1994; Takahashi *et al.*, 2002). Os predicados culturais imputados às relações sociais são também diferentes entre os EUA e o Japão, parcialmente devido a factores contextuais contrastantes. De acordo com Kitayama, Markus e Kurokawa (2000) e Markus e Kurokawa (1991), no Japão as relações são focalizadas e objectivas. A tarefa cultural mais importante para os japoneses é adaptar-se às relações ao mesmo tempo que restringem os seus desejos pessoais. Pelo contrário, nos EUA, os laços relacionais são menos orientados por normas em grupo. Os americanos contam mais com a ajuda de pessoas exteriores à família (Rothbaum *et al.*, 2000).

Não existe uma tradução directa destas observações nas atitudes dos cônjuges e dos filhos relativamente (a) à opção de prestar cuidados a um ente querido, (b) a aceitar apoio formal ou (c) colocar o familiar num estabelecimento residencial de cuidados a longo prazo. A pressuposição é, no entanto, de que as regras culturais de piedade filial levam a maioria das famílias japonesas a aceitar a obrigação de cuidar dos seus familiares.

Residências Comunitárias destinadas a pessoas com demência no Japão

Desde o final dos anos 80, tem-se registado um rápido desenvolvimento das *Group Homes* (GH) (Residências Comunitárias) para pessoas que sofrem de demência no Japão, sobretudo, após a introdução em 2000 de um plano público de saúde para cuidados a longo prazo. O número de estabelecimentos desse tipo atingiu os 6.645 no final de Abril de 2005, segundo a *WAM NET nationwide online database* (<http://www.wam.go.jp/>). Uma GH é um pequeno edifício residencial, patrocinado por seguros públicos; a lei estipula que cada GH deve prestar serviços domiciliários profissionais de apoio mútuo para os idosos que sofram de demência. Consequentemente, assume os papéis tanto de instituição como de lar. Paralelamente, o número de idosos a optar por passar os últimos anos da sua vida em GH tem vindo a aumentar. As GH devem, portanto, ter infra-estruturas suficientes de forma a adaptarem-se às múltiplas necessidades e desejos dos utentes (Hirakawa, 2006).

A ideia de GH foi em parte baseada no modelo sueco, existindo um significativo intercâmbio de ideias e experiências entre os dois países. A filosofia destas residências é descrita de forma bastante explícita num relatório das apresentações feitas por partidários deste sistema na *Tohoku Fukushi University* em Novembro de 1996 (ver <http://www.sendai-senior.org/eng/bokememoe.htm>). As características que distinguem as residências comunitárias das já existentes casas de repouso e lares são as seguintes:

- As casas são pequenas - geralmente com seis a oito residentes;
- Os residentes são encorajados a serem o mais possível autónomos;
- O pessoal especializado tem formação em cuidados na área da demência.

As residências comunitárias são um modelo biomédico e psicossocial bastante interessante. Tal como descrito pelos autores responsáveis por uma avaliação feita a mais de 1.600 residências no Japão, estas “prestam um modelo particular de cuidados para com os pacientes idosos numa fase intermédia de demência - é uma forma modificada de “orientação da realidade”. O método ajuda a estimular e a activar as faculdades dos pacientes, centrando-se na realidade e eventualmente pode levá-los a readquirir uma atitude positiva, assim como uma auto-estima revigorada. Os pacientes idosos que sofrem de demência são frequentemente sujeitos a *stress*. Os animais podem desempenhar um papel fulcral como atenuantes de *stress*, uma vez que o contacto físico traz muitas vezes de volta sentimentos agradáveis. A música é também um instrumento benéfico que oferece conforto aos pacientes e remete para memórias agradáveis. As faculdades que permanecem intactas podem ser estimuladas através da utilização deste excelente método, que poderia resultar num menor uso de fraldas, comprimidos para dormir e agentes psicotrópicos. Nunca é demais enfatizar a importância da educação e a qualificação do pessoal especializado, juntamente com o seu conhecimento na área da filosofia dos cuidados” (Hirakawa *et al.*, 2006).

Hirakawa e os seus colegas autores examinaram as políticas relativas aos cuidados durante o período terminal da vida e as práticas das residências comunitárias. Tiveram como informadores 3.701 gestores e os dados foram recolhidos através de questionários enviados, anónimos e auto-aplicados em 2003. O conteúdo destes questionários incluía: (1) características gerais da GH; (2) políticas e experiências de cuidados no período terminal da vida; (3) serviços de cuidados para o período terminal da vida disponíveis na GH; (4) formação/educação do pessoal especializado neste tipo de cuidados e (5) tipos de informação fornecidos aos utilizadores e aos familiares. A taxa de resposta foi de 45,6%. Muitas GH implementaram políticas progressivas relativas aos cuidados durante o período terminal da vida e consequentemente, chegou-se à conclusão que essas GH tinham enquadramentos diferentes das que funcionavam com políticas regressivas. Apenas algumas GH disponibilizavam educação relativa aos cuidados no período terminal de vida ao seu pessoal. As características das GH com políticas progressivas eram as seguintes: disponibilidade de intervenções médicas dentro e fora da GH, edifícios autónomos e formação de pessoal sobre cuidados a ter durante período terminal de vida.

As principais descobertas quantitativas são apresentadas no **Quadro 117**. É possível verificar que o modelo tem vindo a crescer rapidamente no decurso dos últimos anos e tem sido adoptado entusiasticamente por organizações com e sem fins lucrativos e instituições médicas e não médicas. Os níveis de qualificação do pessoal não são particularmente altos para os serviços de cuidados a longo prazo, mas uma percentagem bastante elevada tem formação específica na área da demência. É disponibilizada uma grande diversidade de serviços especializados que pode incluir cuidados diários. Um pequeno número de GH está afiliado a um hospital ou a uma instituição geriátrica intermediária na qual se disponibilizam serviços médicos limitados. Adicionalmente, muitas GH são edifícios autónomos. Muitas empresas e organizações são residências comunitárias com um *marketing* bastante dinâmico (ver, por exemplo, a publicidade via *webcast* dos centros de dia para demência TTMed que são apoiados por um subsídio de educação por parte da empresa farmacêutica EISAI em <http://webcasts.prous.com/dccjapan/>).

Quadro 117. Características gerais de 1.689 residências comunitárias no Japão, 2003

Propriedades	Número	Porcentagem
Número de pacientes (média)	13,1	
Ano		
2003 (até Setembro)	470	27,8
2002	337	20
2001	214	12,7
2000	61	3,6
Antes de 2000	49	2,9
Pessoal (média)		
Total	12,1	
Trabalhadores/ajudantes certificado	4,6	
Enfermeiros	0,4	
Médicos	0,1	
Organizações		
Organização sem fins lucrativos	976	57,8
Instituição de acção social incorporada	498	29,5
Instituição Médica Incorporada	373	22,1
Outros	105	6,2
Organização com fins lucrativos	673	39,8
Outros	32	1,9
Instituição afiliada/assistência domiciliária		
Trabalho nocturno das enfermeiras	436	25,8
Serviço/cuidados diurnos	840	49,7
Centro de serviços domiciliários	48,9	
Apoio domiciliário	418	24,7
Estadia curta	414	24,5
Lares	344	20,4
Instituição geriátrica intermediária	226	13,4
Cuidados ao domicílio	197	11,7
Hospital	166	9,8
Clínica	147	8,7
Outros	207	12,3
Nada	480	28,4
Manual de primeiros socorros	1.530	90,6
Admissão no hospital disponível em	1.537	91
... 24 horas	1.366	80,9
Apoio médico externo disponível	1.232	72,9
Na GH aquando do falecimento do utilizador	962	57

Fonte: Hirakawa *et al.*, 2006.

O interesse médico nas residências comunitárias no Japão centra-se na qualidade de vida que proporcionam aos residentes com idades muito avançadas (incluindo o apoio aos familiares). Embora os objectivos mais alargados dos cuidados psicossociais tenham tido influência relativamente ao modelo, e tenham sido enfatizados em vários *websites* promocionais, as avaliações disponíveis sugerem que é necessário um nível ainda mais elevado de formação de pessoal, de modo a que os princípios sejam completamente implementados. Hirakawa e os seus colegas autores (2006) descobriram que muitas GH implementaram políticas progressivas para os cuidados a ter durante o período terminal de vida e que a “disponibilidade de intervenções médicas dentro ou fora das GH, edifícios autónomos e formação de pessoal estão associados a políticas progressivas de cuidados durante o período terminal de vida nas GH”. Descobriram adicionalmente uma relação entre a formação de pessoal e as políticas das GH, e argumentam que há a necessidade de desenvolver programas educacionais efectivos para profissionais de saúde não-médicos, como o pessoal das GH, de modo a promover os conhecimentos e as informações essenciais relativamente aos cuidados a ter durante o período terminal de vida.

Recomendações para os cuidados da demência

O notável aumento da longevidade que se tem verificado significa que são os idosos com uma idade mais avançada, com 80/90 anos de idade ou mais, o segmento que revela um crescimento mais rápido entre a população idosa. Nestas idades, o predomínio da demência (ou danos cerebrais orgânicos) aumenta exponencialmente a cada ano que passa. Presentemente, todas as sociedades experienciam uma procura crescente em termos de cuidados para a demência. Algumas das recomendações relativamente a esta questão são as seguintes:

- ▶ Tanto as formas de tratamento biomédicas como as psicossociais deveriam passar por um processo de desenvolvimento em todos os países. Uma necessidade particularmente premente é a educação pública relativa à demência e a formação de profissionais especializados. Portugal tem uma “associação para doentes” de Alzheimer bastante bem estabelecida e perspectivas consideravelmente informadas acerca das prioridades de desenvolvimento actuais;
- ▶ Existem muitas oportunidades de desenvolvimento de serviços e pessoal na área do tratamento da demência. É provável que as inovações que se seguem tragam bons resultados no que concerne à melhoria da qualidade de vida dos pacientes com demência e dos seus cuidadores:
 - Uma rede alargada de centros de dia;
 - Um centro de formação de especialidade e desenvolvimento de serviços;
 - Novos materiais de formação para os enfermeiros portugueses, e para o pessoal das comunidades de saúde e de serviços sociais;
 - Uma demonstração ou um protótipo de residência comunitária de acordo com o modelo Sueco/Japonês.

2. Síntese

É necessário reconhecerem-se as limitações em termos de experiência de outros países para que possam guiar o desenvolvimento dos serviços sociais de uma nação. Os serviços sociais e de saúde encontram-se intimamente ligados aos hábitos sociais, valores e herança de um país. No entanto, é possível encontrar semelhanças em termos de progresso, quando comparamos países com níveis de desenvolvimento económico idênticos. Economias mais fortes possibilitam uma maior prestação de serviços sociais. À medida que o nível de afluência cresce, aumenta também a possibilidade de serem resolvidas questões relacionadas com os serviços sociais anteriormente negligenciadas. Numa fase inicial, os Governos decidem que a pobreza absoluta, a indigência e as condições de habitação sem qualquer tipo de saneamento ou precárias para a população idosa, não são, de forma alguma, toleráveis e consequentemente, introduzem um apoio em termos de rendimento mínimo e provisão de alojamento especial. Numa fase mais avançada, conclui-se que os idosos devem ter acesso imediato à medicação prescrita pelos médicos, de tal forma que, até nos EUA, existem grupos com rendimento mínimo e com apoios em termos de aquisição de medicamentos.

No início do século XXI, as (inúmeras) necessidades da população idosa sem resposta têm recebido uma atenção crescente nos países mais afluentes, o que inclui: formas de manter a participação social e a noção de segurança pessoal entre o número crescente de idosos a viver sozinhos e com dificuldades de locomoção; a assistência a pacientes com demência; e a assistência a idosos com múltiplas doenças crónicas. Tratam-se de inúmeras oportunidades para todos os sectores da sociedade e da economia - empresas privadas, organizações sem fins lucrativos e agências estatais - de darem contribuições valiosas, inovadoras e empreendedoras, no sentido de fortalecer a área dos serviços sociais para idosos.

MÓDULO 5

DESCRIÇÃO DE POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL PARA IDOSOS

Definir Prioridades para o Apoio Formal aos Idosos: Orientações para o Desenvolvimento de Serviços

Este Módulo resume as responsabilidades assumidas pelos Governos de países desenvolvidos na orientação e promoção de uma resposta eficaz ao envelhecimento da população e às crescentes expectativas e aspirações dos idosos relativamente ao seu nível de vida, cuidados de saúde e bem-estar. O seu papel visa não só assegurar a prestação de serviços de tratamento, cuidados e apoio aos idosos de hoje, mas também o desenvolvimento de estratégias para melhorar de forma progressiva o bem-estar dos contingentes futuros.

Este módulo baseia-se na experiência dos países que desenvolveram programas e serviços alargados para os idosos. Revê as principais funções do Estado na promoção do bem-estar dos idosos e na melhoria da qualidade e eficácia da prestação de serviços, assinalando as importantes iniciativas e contribuições de organizações não lucrativas e de empresas do sector privado. O objectivo subjacente é fornecer conhecimento aos decisores políticos e aos profissionais inovadores em Portugal, acerca dos tipos de serviços que têm sido desenvolvidos com sucesso noutros países, em alguns há muitas décadas, quando se encontravam num nível de desenvolvimento económico (ou com um PIB *per capita*) comparável ao que Portugal apresenta actualmente. Não se está aqui a defender um “modelo de prestação de serviços único”; pelo contrário, a ênfase é colocada na identificação de necessidades de cuidados ao nível social e de saúde ainda não satisfeitas.

Este Módulo analisa portanto as necessidades dos idosos em termos de tratamento, cuidados e apoio, os principais tipos de serviços prestados e as diferentes alternativas em termos de caminhos a percorrer disponíveis a todos os países. Resume os modelos da ONU para os objectivos e componentes relativos ao desenvolvimento de serviços, salientando em que medida estes podem ser úteis para Portugal. O Módulo conclui com diversas recomendações relativamente ao caminho a seguir. Estas recomendações não estipulam os serviços que deverão ser desenvolvidos ou alargados; são apenas uma orientação sobre quais os processos adequados para desenvolver uma estratégia e objectivos específicos que tomem em consideração as necessidades não satisfeitas dos idosos, as aspirações e expectativas da população e o contexto político e financeiro. Por outras palavras, medidas que poderão ser apropriadas para Portugal neste momento.

1. O desenvolvimento de serviços para idosos: uma visão a longo prazo

Em todos os países europeus, ao longo de vários séculos, têm existido estruturas formais de prestação de cuidados e apoio a uma minoria de idosos debilitados, doentes e socialmente isolados. Até à Era Moderna, que começou nas últimas décadas do século XIX, as estruturas institucionais forneciam apenas uma “rede de segurança” superficial para aliviar a pobreza extrema e para prevenir casos de fome que podiam ser evitados. Mesmo nos países excepcionalmente ricos do Noroeste Europeu, com os sistemas mais desenvolvidos de saúde pública, muitos dos actuais serviços dirigidos aos idosos tiveram início há apenas 40 anos. Neste contexto, é útil analisar as sequências de desenvolvimento seguidas pelos vários países, que revelam não só a forma como são identificadas novas “necessidades”, mas também como se tornam prioridades para desenvolvimento de serviços. Alguns dos catalizadores são específicos a um país ou a um determinado período, enquanto outros são universalmente partilhados. As influências vão desde os desenvolvimentos na medicina científica até às tecnologias terapêuticas, tais como a invenção da anca artificial ou o aperfeiçoamento dos transplantes de coração, e ainda as pressões políticas dos próprios

idosos (especialmente através do voto) e das ONG que os representam. Um exemplo recente é a pressão exercida pelas organizações que representam os doentes com Alzheimer e pelas pessoas que prestam cuidados a estes doentes na obtenção de licenças para os medicamentos e o seu respectivo financiamento, apesar da sua eficácia ser incerta ou pelo menos não comprovada.

A comparação de factos históricos revela igualmente que as mesmas perversidades e erros foram cometidos no desenvolvimento de serviços para idosos em diversos países. Durante os anos 60, por exemplo, houve muitos países do Noroeste Europeu que alargaram os serviços sociais pessoais de baixa intensidade (tais como o apoio domiciliário e a entrega de refeições ao domicílio). Isto foi feito sem uma avaliação adequada das necessidades, resultando em elevados gastos com a prestação de apoio a pessoas que verdadeiramente não necessitavam desse apoio e numa redução dos recursos disponíveis para apoiar pessoas com diversas limitações funcionais. Nos últimos vinte anos, foi feita uma avaliação mais rigorosa e foi introduzido o conceito de “planeamento e pacotes de cuidados” em todo o Noroeste Europeu, sendo os orçamentos para a prestação de serviços sociais agora dirigidos (de forma mais intensiva) a um número mais reduzido de clientes. Alguns dos “erros” cometidos nunca serão repetidos porque surgem associados a um determinado contexto histórico - um exemplo, é o desenvolvimento, no final do século XIX e início do século XX, de grandes “instituições” ou asilos não apenas para os doentes mentais, mas também para todas as categorias de idosos muito debilitados. Existem porém outras situações que podem vir a repetir-se - como, por exemplo, a confiança excessiva, contraproducente e dispendiosa em medicamentos ligados aos cuidados de saúde a idosos, uma vez que os médicos têm dificuldade em resistir às expectativas e solicitações dos seus pacientes relativamente à medicação.

A próxima secção analisa o desenvolvimento dos serviços de saúde e cuidados sociais para os idosos no Reino Unido e no Japão. Ao longo desta análise serão feitas referências à criação de apoios do Estado ao aumento do rendimento dos idosos, ou à segurança social, e a regimes de pensões mais alargados, mas centrar-se-á no que os Norte Americanos designam por “serviços humanos”: serviços de saúde hospitalares, comunitários e primários (ou familiares); serviços sociais pessoais; serviços de saúde mental e especializados; e habitação social e especializada. As políticas de reformas estão fortemente ligadas à gestão macroeconómica e da população activa, sendo um tema altamente técnico que requer uma avaliação especializada. O objectivo político de minimizar a pobreza na terceira idade é obviamente um elemento importante para elevar a saúde e bem-estar dos idosos e na maioria dos países, incluindo Portugal, este objectivo foi abordado desde muito cedo. A tarefa mais complexa e dispendiosa, mas politicamente menos visível, que muitos países europeus enfrentam hoje é a tentativa de melhorar os serviços de apoio aos idosos, especialmente porque a população com idades compreendidas entre os 60 anos de idade e os 100 ou mais anos é muito diferenciada e inclui pessoas com necessidades bastante distintas. Este relatório centra-se nesta “agenda para o desenvolvimento de serviços humanos”. Ao fazer referência ao Reino Unido, Japão e outros países, o relatório procura formular princípios gerais e retirar conclusões, que por sua vez servirão de base às recomendações finais a desenvolver posteriormente para Portugal.

2. O desenvolvimento de serviços e programas de protecção social para idosos no Reino Unido

As inovações chave e as datas no desenvolvimento dos programas e serviços do Reino Unido estão estabelecidas cronologicamente no *Quadro 118*.

Quadro 118. Inovações ao nível de políticas e serviços para os idosos no Reino Unido posteriores a 1945

Data	Legislação ou novo serviço	Fonte
	SNS - acesso universal a cuidados de saúde gratuitos.	GR
1948	Lei de Assistência Nacional - alojamento residencial a ser fornecido pelas autoridades locais para populações que, devido à idade, necessitam de cuidados e atenção. Esta lei previa a prestação de serviços domiciliários, centros de dia, adaptações e assistência, serviços de lavandaria e centros de férias.	M&S JGE
1949	Habitação social especial para idosos.	KS
1962	Protótipo do regime de habitação assistida pelas autoridades locais.	AT
1961	Artroplastia de <i>Charnley</i> .	JC
1962	Criação da organização <i>Help the Aged</i> (uma organização de defesa de idosos).	PC
1963	Transplantação de rins.	JLF
1964	Prevenção de trombozes. Professor de Medicina Geriátrica.	JLF/JCB
1967	Primeiro transplante do coração.	JLF
1968	Lei do Serviço de Saúde e da Saúde Pública. Dever obrigatório de todas as autoridades locais de prestarem serviços de apoio domiciliário.	AT
1970	Lei dos Serviços Sociais das Autoridades Locais (departamentos unificados de serviços sociais).	AT
1976	Venda de habitações com autonomia assistida.	W&L
1978	<i>A Happier Old Age</i> - Primeiro documento político que trata exclusivamente do bem-estar das populações mais idosas.	AT
1979	Angioplastia coronária.	JLF
1981	<i>Growing Older</i> - Primeiro Livro Branco sobre o bem-estar da população idosa.	AT
1984	Lei sobre as Casas de Saúde Reconhecidas e o Viver num Lar: Um Código de Conduta.	CPA
1986	Relatório Cumberledge sobre enfermagem comunitária. Equipas psiquiátricas comunitárias.	GR/P&B
1987	Trombólise (dissolução de coágulos) para ataques cardíacos.	JLF
1988	<i>Community Care: An Agenda for Action</i> (Relatório Griffiths sobre serviços sociais).	L&G
1989	Reconhecimento da geronto-psiquiatria como especialidade pelo SNS.	P&B
1990	SNS e a Lei dos Cuidados Comunitários - novo contrato GP e GP <i>fund-holding</i> .	GR
1993	Implementação das disposições sobre os cuidados comunitários da Lei do SNS de 1990.	L&G
1999	Comissão Parlamentar para o Financiamento de Cuidados Continuados.	RC
2000	Lei dos Padrões de Cuidados e Comissão Nacional de Padrões de Cuidados.	KF
2001	Lei-Quadro do Serviço Nacional para Idosos.	DH
2001	Lares para Idosos: Padrões Mínimos Nacionais. ¹	KF
2003	Regimes de assistência intermédia coordenados por enfermeiros para reduzir os internamentos.	JR

Notas: c: circa. 1. Actualmente *Commission for Social Care Inspection* (CSCI).

Fontes: CPA *Centre for Policy on Ageing* (1984); JCB Brocklehurst, Tallis e Fillit (1992); JC Charnley (1979); PC Coleman (1975); RC *Royal Commission on the Funding of Long Term Care* (1999); JLF Le Fanu (1999); KF Froggatt (2007); L&G Lewis e Glennerster 1996; DH *Department of Health* 2001a; P&B Philpot e Banerjee (1997); GR Rivett (1998); JR Reed *et al.*, (2006); KS Slack (1960); AT Tinker (1992); W&L Warnes e Law (1985).

O progresso verificado durante a primeira metade do século XX relativamente ao desenvolvimento de serviços sociais foi lento e esteve essencialmente associado à intervenção das autoridades locais na gestão hospitalar e assistência domiciliária (neste período estes serviços eram disponibilizados essencialmente a órfãos, pessoas deficientes e com perturbações mentais). A criação do SNS em 1947-48 aumentou significativamente o acesso da população idosa aos cuidados de saúde primários e aos serviços de emergência hospitalares e estabeleceu uma estrutura organizativa e de financiamento, onde a medicina geriátrica poderia florescer. Em 1947-1948, a Lei de Assistência Nacional não só estabeleceu um fundo de segurança social, como criou as bases para o alargamento dos serviços sociais pessoais prestados por autoridades locais aos idosos.

Estes serviços eram praticamente inexistentes até 1940 e durante mais de uma década, após a criação do SNS, “os serviços de saúde [comunitários] e sociais locais não eram uma prioridade (e) sendo um alvo preferido para cortes orçamentais. Mesmo a implementação de pequenos avanços políticos, tais como um serviço de pedicura, ou permitir que as autarquias fornecessem serviços de distribuição de refeições ao domicílio, foram retidas durante anos” (Webster, 1998; 54). Durante este período houve falta de imaginação quanto a formas alternativas de apoio e os serviços sociais em desenvolvimento transformaram-se numa confusa manta de retalhos. Os papéis complementares da organização voluntária e informal e dos cuidados estatutários têm sofrido alterações permanentes desde então.

Na sequência do Relatório *Seebohm* de 1968, foram criados departamentos “unificados” de serviços sociais nas autoridades locais com um papel acrescido na prestação de serviços domiciliários e de centros de dia para idosos. Um dos resultados deste relatório e do SNS foi contudo “separar em dois campos estatutários os assistentes sociais e as profissões médicas e outras relacionadas, tais como enfermagem. (...) Para as pessoas dependentes de ambos, tais como os idosos [debilitados], os doentes mentais e os deficientes, os resultados não seriam bons” (Glennerster, 1995: 128-31).

Verificaram-se muitos desenvolvimentos subsequentes, tais como importantes reformas no SNS (o mercado interno, o afastamento dos cuidados continuados dos hospitais com serviços de emergência, a reorganização dos cuidados de saúde primários em “monopólios” do SNS com gestão profissional e a agenda de “modernização” do actual Governo) e nos serviços sociais (a promoção de cuidados domiciliários e em casas de saúde do sector privado, os acordos de “cuidados comunitários” de 1993). Como mostra o **Quadro 119**, a atenção dada às necessidades da população idosa nunca foi tão grande, o que se tem reflectido nas políticas, na formação e nos serviços especializados. As mudanças que actualmente se verificam e as perspectivas de ganhos em termos reais não têm precedentes. Neste contexto, é fundamental uma análise rigorosa das necessidades e eficácia das intervenções, com vista à geração de novas ideias e respectiva priorização.

É importante relevar que no período inicial, a assistência domiciliária de cuidados sociais e de saúde no Reino Unido não foi acompanhada de um debate acerca dos respectivos papéis do Estado e da família, e de que a introdução de serviços formais implicaria uma mudança moral ou cultural. O facto era que nas cidades desordenadas devido aos bombardeamentos, algumas pessoas idosas deixaram de ter capacidade para viver com autonomia. O fornecimento de água e de electricidade foi desligado, as lojas locais foram destruídas ou estavam inacessíveis, e muitos tinham os seus filhos longe (particularmente os filhos do sexo masculino), na guerra ou envolvidos na produção de material de guerra. Em todas as sociedades, existe uma minoria de população idosa que nunca chegou a casar ou a ter filhos. Entre a população muito idosa, há muitos cujos cônjuges faleceram e cujos filhos faleceram primeiro. Como tal, é impossível afirmar que a família pode prestar cuidados a todos os idosos que deles necessitam.

Durante os anos 60, cometeu-se o erro de desenvolver os serviços de apoio ao domicílio para idosos como “se de um direito se tratasse” e sem dar a atenção suficiente às necessidades dos familiares. Um sistema de “Gestão dos Cuidados” foi recentemente introduzido e embora não seja de todo um sistema perfeito, pois sofre de inflexibilidade e de uma capacidade de resposta lenta às necessidades sempre em mudança, fornece um enquadramento através do qual os recursos disponíveis são dirigidos àqueles que mais necessitam de ajuda. Adicionalmente, clarifica que as necessidades serão completamente ou parcialmente asseguradas por serviços com financiamento público, o que permite que se estabeleça um “mapa de cuidados”, através do qual os profissionais, as organizações de defesa dos direitos dos idosos e os políticos podem identificar necessidades não satisfeitas e desenvolver iniciativas e campanhas para a expansão ou a criação de novos serviços.

3. O desenvolvimento de serviços para idosos no Japão

De uma monarquia paternalista quase feudal no início do século XX, o Japão transformou-se numa das principais economias do mundo (apesar da sua reduzida taxa de crescimento nos últimos anos). Desde 1945, este país desenvolveu um Estado providência moderno e único, contando actualmente com uma esperança média de vida à nascença bastante elevada e um nível de fecundidade muito reduzido. O “crescimento natural” (a diferença entre nascimentos e óbitos) da população japonesa é hoje negativo e o seu “envelhecimento populacional” é o mais elevado do mundo. O **Quadro 119** apresenta uma cronologia das principais fases de desenvolvimento dos programas e serviços para idosos promovidos ou geridos pelo Estado Japonês. O documento do qual foram retiradas as conclusões do quadro assinala as alterações legislativas.

Em 1989, a actuação do Estado Japonês centrou-se no desenvolvimento do sistema de segurança social e na promoção do acesso da população idosa aos serviços médicos, sobretudo aos hospitais. Estas prioridades eram consistentes com a visão da cultura nipónica, de que a família deve apoiar os seus membros, incluindo os idosos debilitados (Goodman e Peng, 1996; Peng, 2000), bem como com a forte influência dos profissionais de saúde na definição das prioridades para o desenvolvimento dos serviços de saúde e protecção social do Japão. Perante a rapidez das alterações demográficas e as mudanças sociais profundas que acompanharam o progresso económico e industrial do país, incluindo a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e uma taxa de natalidade bastante reduzida, tornou-se evidente em 1989 que era necessário um programa mais alargado de desenvolvimento de serviços. Após um estudo intensivo dos sistemas de protecção para idosos de diversos países europeus e da América do Norte, o Estado Japonês aprovou um “Plano Dourado”, que previa o desenvolvimento de novos serviços locais e domiciliários geridos pelos municípios. Entre outras coisas, reconheceu-se que a baixa taxa de natalidade implicava que uma proporção crescente de pessoas idosas não iria ter filhos ou netos que assegurassem os seus cuidados.

Uma avaliação realizada no ano 2000 sobre o impacto do Plano Dourado em 5 cidades e 38 vilas na prefeitura de Kagawa revelou que os resultados eram extremamente variáveis conforme os municípios. A taxa de cobertura de prestação de assistência ao domicílio, de estadia curta e de repouso, e de centros de dia relativamente ao número de idosos era mais de cinco vezes superior em alguns municípios do que noutros. Esta variação por área local era muito superior à verificada relativamente às despesas com serviços de saúde por idoso. A análise estatística dos dados revelou correlações negativas significativas entre a prestação de serviços ao domicílio e os recursos financeiros - isto é, os municípios que forneceram poucos serviços não estavam a utilizar os programas de financiamento governamentais (e outros). Identificaram-se igualmente correlações positivas entre serviços de centros de dia e prestação de cuidados de repouso e taxa de admissão a idosos que necessitavam de cuidados especiais em instituições (Masaki *et al.*, 2000). Por outras palavras, quando os serviços estavam a ser desenvolvidos, evidenciava-se um ganho complementar, na medida em que as necessidades eram identificadas e os idosos eram reencaminhados para serviços com cuidados mais apropriados ao seu estado. Paralelamente, a última observação ilustra regra geral que a prestação de um novo serviço resulta normalmente no aumento de encaminhamentos desse serviço para outros já existentes.

Quadro 119. Inovações na política e serviços para idosos no Japão

Data	Legislação ou novo serviço
1946	Lei da Assistência Pública (anterior).
1947	Lei dos Centros de Saúde.
1950	Lei da Assistência Pública (nova).
1957	Preparação de um programa de seguros de saúde universais.
1958	Lei do Sistema Nacional de Seguros de Saúde (cobertura universal).
1961	Implementação de seguros de saúde universais e programas de pensões.
1963	Lei de Protecção Social para Idosos.
1966	Revisão da Lei do Sistema Nacional de Seguros de Saúde (pagamento de 70% dos custos dos cuidados de saúde).
1969	Serviços domiciliários de apoio a idosos (para famílias com pessoas acamadas).
1973	Revisão da Lei da Protecção Social para Idosos (serviços médicos gratuitos para idosos).
1973	Revisão do sistema de pensões (aumento das pensões e indexação à inflação).
1982	Lei da Saúde e Serviços Médicos para os Idosos (introdução da comparticipação de custos e eliminação do limite ao rendimento dos prestadores de serviços ao domicílio).
1985	Revisão do sistema de pensões (introdução da pensão básica e estabelecimento do direito das mulheres à pensão de reforma).
1987	Revisão da Lei de Saúde e Serviços Médicos para Idosos (novas regras de certificação de assistentes sociais e de profissionais de cuidados de saúde).
1989	O Plano Dourado - Estratégia a 10 anos para a promoção de cuidados de saúde e protecção social para idosos. Protótipo do regime de habitação assistida pelas autoridades locais.
1990	Revisão da Lei de Protecção Social para Idosos (promoção de cuidados domiciliários e integração de serviços de protecção social e prestados por autoridades locais).
1991	Revisão da Lei da Saúde e Serviços Médicos para Idosos (novo sistema para cuidados de enfermagem ao domicílio).

Data	Legislação ou novo serviço
1994	Elaboração de um novo Plano Dourado. Revisão das regras das pensões (aumento da idade elegível).
1997	Lei de Seguro de Cuidados Continuados (a quinta forma de segurança social).

Fonte: Japão, Ministério da Saúde, Trabalho e Protecção Social (MHLW) 1999. *Relatório Anual sobre Saúde e Protecção Social 1998-1999*. MHLW, Tóquio, Capítulo 1 "Segurança Social e Vida Nacional". Disponível na Internet.

4. Lições do Japão, Reino Unido e outros países

É possível fazer diversas generalizações não só a partir da experiência do Reino Unido e do Japão, mas também de muitos outros países. Existe uma sequência característica no desenvolvimento de serviços humanos e de protecção social. Em quase todos os países, a primeira intervenção do Estado nos serviços humanos é regular e inspeccionar orfanatos e lares de infância geridos por organizações religiosas e filantrópicas. Outras iniciativas iniciais incluem: regular a formação e prática médicas (normalmente delegando parcialmente ou licenciando esta responsabilidade nas sociedades médicas); regular ou assumir a gestão de hospitais e asilos para os deficientes mentais; e ainda desenvolver serviços de maternidade e perinatais.

Relativamente ao caso particular dos idosos, a primeira intervenção, invariavelmente, é fornecer uma pensão ou benefício financeiro limitado e sujeito a uma avaliação dos rendimentos, com o objectivo de reduzir a indigência entre a população mais idosa, particularmente entre viúvas. Em muitos países europeus já existiam formas rudimentares de protecção social antes da Primeira Guerra Mundial. Pouco depois da introdução da escolaridade obrigatória, financiada pelo Estado, surgiram as pensões ou benefícios para a terceira idade igualmente financiados ou subsidiados pelo Estado. Devido às condições económicas adversas vividas entre 1914 e o final da Segunda Guerra Mundial, não se verificam importantes desenvolvimentos nos sistemas públicos de cuidados de saúde ou de protecção social durante este período. Foram as circunstâncias excepcionais vividas pela população civil durante e no período imediato ao fim do conflito que estimularam o desenvolvimento do apoio domiciliário e dos serviços de saúde comunitários. O regresso da paz mundial e prosperidade económica que se seguiu a 1945 permitiu o desenvolvimento sustentado de serviços públicos de protecção.

Os **Quadros 118 e 119** mostram que quer no Japão quer no Reino Unido, as primeiras medidas de protecção social "pós-industrial", aprovadas nas décadas de 1940 e 1950, estabeleceram as bases da protecção social e de um acesso mais universal aos cuidados de saúde com base em necessidades. Revelam igualmente que os serviços de emergência hospitalar tendem a atrair os investimentos iniciais, seguindo-se o estabelecimento de uma rede de centros de cuidados de saúde primários (incluindo clínicas rurais). Após estes serviços estarem estabelecidos, a atenção vira-se para o desenvolvimento de serviços de saúde comunitários que são prestados ao domicílio a populações idosas com mobilidade reduzida.

O **Quadro 120** alarga estas generalizações acerca da sequência do desenvolvimento de programas e serviços de apoio ao rendimento (segurança social), cuidados médicos, cuidados domiciliários e de estadia prolongada, serviços sociais pessoais, habitação social e especializada e cuidados psicossociais ou centrados nos indivíduos. No quadro, a dimensão temporal aplica-se simultaneamente à ordem em que os diferentes tipos de programas são iniciados (começando com o apoio ao rendimento e prosseguindo com o projecto ainda por implementar de fornecimento alargado de cuidados psicossociais a pessoas com distúrbios cognitivos) e aos diversos objectivos para cada tipo de cuidados. O quadro identifica os vectores de mudança e os novos objectivos. Entre os catalizadores mais poderosos contam-se a melhoria do bem-estar material, expectativas cada vez mais elevadas e a consciencialização da existência de necessidades. Com o tempo, uma percentagem crescente da população acredita que tem direito aos tratamentos médicos que antes apenas estavam acessíveis aos mais ricos. E à medida que sucessivos contingentes da população recebem mais educação e trabalham em empregos de maior responsabilidade, mais criativos, exigentes e recompensadores, também as suas expectativas relativamente à qualidade de vida na reforma aumentam.

Quadro 120. Sequências características no desenvolvimento de serviços para idosos

Forma de Apoio	Sequência de Desenvolvimento Característica
Apoio ao rendimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir a fome e a indigência (pobreza total); 2. Assegurar um padrão de vida mínimo aceitável (eliminar a pobreza relativa); 3. Reduzir desigualdades de rendimento na terceira idade.
Serviços médicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar situações de emergência que coloquem em risco a vida humana, especialmente as que podem ser acompanhadas de reabilitação e restabelecimento das condições de vida, como por exemplo, a trombose; 2. Oferecer acesso universal a cuidados de saúde primários para gerir problemas crónicos, tais como hipertensão (pressão arterial elevada), arteriosclerose (obstrução das artérias) e diabetes, para aumentar a taxa de sobrevivência, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a utilização das emergências hospitalares; 3. Combater os problemas e restrições funcionais da terceira idade através da cirurgia protésica, por exemplo, substituição de ancas e joelhos e cirurgia cardíaca correctiva; 4. Prestar serviços de saúde comunitários a pacientes com problemas crónicos, mobilidade reduzida e necessidades de cuidados de enfermagem (por exemplo, aplicação de curativos), em parte para melhorar os cuidados e qualidade de vida dos pacientes e em parte para reduzir as despesas com clínicas de ambulatório e a utilização de emergências hospitalares; 5. Corrigir sinais visíveis de envelhecimento, através de cirurgia cosmética. A fronteira entre as intervenções prescritas pelos médicos e que podem por isso ser legitimamente (co-) financiadas pelo Estado e aquelas que satisfazem apenas a vaidade dos pacientes, não devendo por isso receber apoio, é altamente controversa.
Cuidados domiciliários ou institucionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar da sociedade deficientes mentais, pacientes com determinadas doenças (por exemplo, lepra) e pessoas socialmente marginalizadas; 2. Prestar assistência médica a pacientes com doenças crónicas ou deficientes; 3. Prestar cuidados tecnicamente aceitáveis a pacientes com necessidades acrescidas, por exemplo, para reduzir os casos de abandono e negligência; 4. Prestar cuidados de repouso para aliviar familiares ou assistentes informais na prestação de apoio a pessoas com necessidades de cuidados especiais; 5. Prestar cuidados paliativos especializados a pacientes em estado terminal (especialmente cancro) e aos seus parentes próximos - Designados de cuidados de hospício no Reino Unido e nos EUA.
Serviços sociais pessoais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestar apoio a pessoas idosas socialmente isoladas, incapazes de realizar actividades quotidianas básicas.
Habitação social e especializada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar padrões de habitação mínimos às pessoas mais pobres e idosos isolados, com financiamento das autoridades locais - particularmente frequente em países em que se verificou uma melhoria no nível de bem-estar material geral, mas persistem habitações de baixa qualidade, especialmente entre as populações idosas, por exemplo, Holanda, Países Nórdicos e Reino Unido, entre 1945 e 1965; 2. Encorajar os operadores sem fins lucrativos na área a fornecerem habitação especializada com facilidades de acesso a vigilância e/ou cuidados, para reduzir em parte situações de negligência e a utilização de emergências hospitalares.
Cuidados psicossociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Complementar o modelo biomédico de cuidados a pessoas com problemas cognitivos, que enfatiza a higiene, a nutrição e a gestão comportamental (através da restrição e medicação) e reduz o risco, com interacção mais intensiva entre prestadores de cuidados e pacientes ou cuidados verdadeiramente centrados no indivíduo, que pretende reconhecer e sustentar a "dignidade humana" que resta do paciente. Ainda em fase embrionária, mesmo na Suécia e nos EUA.

Muitos países criaram uma concentração de "excelência médica" nas principais cidades. Em Londres, apesar de sucessivas racionalizações, existe ainda uma abundância de ensino e pesquisa hospitalar num raio de 10 quilómetros a partir do centro da cidade. Estes hospitais fornecem procedimentos especializados para pacientes de todo o Reino Unido, em particular do Sul de Inglaterra. Porém, a prestação de cuidados hospitalares *per capita* à população idosa da cidade é inferior à média nacional (Warnes, 1997, 2005). Os hospitais fornecem serviços especializados de excelência, mas os serviços de rotina para situações comuns, são abaixo da média nacional. Acresce que a qualidade dos serviços de cuidados de saúde primários (ou médicos de família) e de saúde comunitária para a população idosa de Londres é significativamente inferior à média nacional. Continua a ser extremamente difícil descentralizar serviços de emergência hospitalar para os subúrbios de Londres e para outras zonas do Sudeste de Inglaterra. Em parte devido aos elevados custos dos terrenos e da mão-de-obra, a prestação de serviços domiciliários e de casas de saúde é também bastante inferior à média nacional (Warnes e Struder, 2005). Existe uma distorção dos serviços médicos bastante similar em Nova Iorque, em Paris e em Tóquio e de certa maneira, a mesma situação poder-se-ia muito bem aplicar a Lisboa.

Observa-se uma evolução semelhante na República da Coreia do Sul. De um dos países mais pobres do mundo no final da Guerra da Coreia, o país transformou-se nos últimos anos num “tigre” do Sudoeste Asiático (Oh e Warnes, 2001), experimentando transformações sociais, económicas e demográficas extraordinariamente rápidas. Até ao ano 2000, a maioria dos cuidados de saúde eram acessíveis apenas aos ricos e, talvez surpreendentemente, aos mais pobres (financiamento estatal). O Estado Sul-Coreano começou por introduzir sistemas de apoio ao rendimento na terceira idade e cuidados de saúde gratuitos para os muito pobres e tem sido relutante em introduzir a prestação universal de cuidados de tipo “socialista”. As influências políticas dominantes têm sido as empresas industriais e nos serviços humanos, os médicos formados pela medicina ocidental.

Existe um conflito profundamente enraizado entre a medicina tradicional e a ocidental na Coreia, que explica em parte a baixa prioridade actualmente dada pelos serviços médicos “ocidentais” aos “cuidados” em oposição “à cura”, e que se estende ao fraco interesse pela gestão de condições crónicas e reabilitação - uma diferença fundamental na promoção da longevidade, funcionamento e qualidade de vida dos idosos. Nem os cuidados continuados, nem os serviços sociais pessoais estão suficientemente desenvolvidos. Existe uma disparidade marcante entre os serviços de emergência hospitalar, que são predominantemente fornecidos por organizações privadas num mercado bastante competitivo e que, de um modo geral, atingem padrões de elevada qualidade, e os rudimentares cuidados públicos ao nível da saúde primária e dos serviços domiciliários. Estes últimos são regulados de forma incipiente e existem diversas situações de fraca qualidade nos cuidados de saúde.

O problema da baixa qualidade dos cuidados para idosos

A história do desenvolvimento dos serviços humanos é diferente de país para país, mas para além das diversas possibilidades de sequências para introdução e implementação de serviços atrás descritas, existem experiências partilhadas entre países. Uma dessas experiências que surgiu no Reino Unido, EUA, Canadá, França e Austrália está relacionada com a tentativa de prevenir o problema da baixa qualidade dos cuidados prestados a idosos, a negligência e abuso em cuidados domiciliários e continuados. Foram feitas pelo menos três tentativas legislativas para impor padrões mínimos de qualidade, através da criação de sistemas mais rigorosos de registo e inspecção em 1927, 1984 e 2000/01. Estas tentativas sugerem ciclos recorrentes de regulação mais e menos restritiva. Na sequência de casos de negligência, abuso e sinais de proliferação de uma gestão deficiente, os Governos decidem adoptar regimes de inspecção mais rigorosos com custos superiores. Durante alguns anos, o sistema é implementado de forma diligente. Depois toma-se consciência de que uma parte importante do esforço de inspecção é ineficaz, uma vez que as instituições bem geridas são inspeccionadas de forma tão diligente como as que são geridas de forma menos adequada. Os orçamentos deixam de acompanhar a inflação ou sofrem mesmo cortes, reduzindo o rigor inicial do regime de inspecção.

No Reino Unido, após a publicação da Lei de Registo das Casas de Saúde em 1984, que criou as autoridades locais e as unidades de registo e inspecção do SNS, o regime de inspecção era opaco e as unidades de inspecção locais foram rapidamente neutralizadas. Muitas das suas decisões de encerrar lares que não cumpriam os padrões exigidos foram questionadas em tribunal, com base em argumentos de que estariam a “restringir a livre iniciativa” de forma pouco razoável e algumas decisões foram contrárias às autoridades locais, dando origem a elevadas indemnizações. Neste contexto, as autoridades locais reduziram a sua vigilância, redireccionando uma parte do orçamento da inspecção para outros fins. Em resultado, as autoridades permitiram a deterioração dos cuidados e o aumento da negligência e só na década de 90 o Governo decidiu que seria necessário um novo conjunto de “Padrões de Cuidados” e um novo regime de inspecções (Departamento de Saúde do Reino Unido, 2001b).

O novo regime de inspecção foi implementado pela Comissão para a Inspeção de Cuidados Sociais (2005), que incluía duas inspecções por ano a cada lar, uma com aviso e outra de surpresa. Em 2007, o

regime foi revisto e a anterior classificação de “bom”, “satisfatório” e “problemático” foi substituída pelos códigos verde, cor-de-laranja e vermelho, os quais determinavam a frequência de futuras inspecções, que poderiam ocorrer em intervalos de três anos entre si. Da mesma forma, um orçamento suplementar para formação dos assistentes de cuidados introduzido em 2002 (ainda que reduzido) foi descontinuado.

Têm sido enfrentadas dificuldades muito semelhantes por sistemas de regulação dos padrões de enfermagem e cuidados pessoais hospitalares, em particular nas enfermarias “geriátricas” de estadia prolongada. O Departamento de Saúde Britânico produziu uma série de *National Service Frameworks* (NSF) - (Lei-Quadro dos Serviços Nacionais) ou guias de boas práticas para as seguintes condições:

Crianças	Condições prolongadas	Saúde Mental
Cancro	Serviços renais	Doenças coronárias
Diabetes	Cuidados intensivos pediátricos	
Idosos	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	

A Lei-Quadro dos Serviços Nacionais para Idosos foi publicada em Março de 2001 e definiu novos padrões nacionais e modelos de cuidados para todos os serviços sociais e de saúde à população idosa, independentemente destes serem prestados ao domicílio, em lares ou em hospitais (Departamento de Saúde do Reino Unido, 2001a). Este diploma contém orientações específicas sobre trombozes, quedas e saúde mental “considerados mais ou menos controversos. Contudo, pretendia igualmente estabelecer padrões gerais para todo o sistema, no sentido de evitar a discriminação etária, promover a dignidade e os cuidados centrados no indivíduo, um Processo de Avaliação Único e a reabilitação na forma de cuidados intermédios. Contudo, estas orientações surgiram sem serem acompanhadas por uma definição rigorosa das metas operacionais nem por fundos adicionais. A responsabilidade profissional não era clara; a política era destinada aos serviços de saúde prestados à população idosa em qualquer lugar, não apenas à medicina geriátrica ou psiquiátrica da terceira idade” (Harwood, 2007: 483).

A Comissão de Cuidados de Saúde encomendou recentemente uma avaliação do *NSF for Older People* (NSFOP) - (NSF para a População Idosa) (Manthorpe *et al.*, 2007). “Cerca de 1.839 pessoas participaram em consultas públicas, 1.639 participaram em grupos nominais e realizaram-se 120 entrevistas individuais. A existência do SNS para Idosos não era amplamente conhecida”, mas apesar das mudanças positivas ao nível dos cuidados de saúde primários, foram reportadas dificuldades crescentes em avaliar as práticas gerais e uma percepção de que os serviços estavam a tornar-se impessoais. A qualidade dos cuidados sociais domiciliários variava entre cuidada/personalizada e fragmentada, à pressa e impessoal. Foram identificadas melhorias na celeridade e qualidade da maioria dos tratamentos hospitalares, mas os hospitais foram também vistos como mais perigosos e como prestadores insuficientes de cuidados, sendo a alta médica nalguns casos preparada de forma deficiente, excessivamente zelosa e desorganizada. No geral, a avaliação concluiu que as populações idosas identificaram melhorias no sistema de saúde mas não em resultado do NSFOP.

A eterna dificuldade de manter um elevado padrão de cuidados em lares, domicílios e enfermarias hospitalares reflecte o problema característico dos serviços sociais e de saúde para idosos: são pouco prestigiados e tendem a atrair fundos reduzidos, sendo com frequência os primeiros a sofrer cortes orçamentais. A medicina geriátrica é a carreira médica menos procurada entre os estudantes de medicina (a mais prestigiante é a cirurgia); os locais de trabalho menos desejados por enfermeiros estagiários são os lares de idosos (o mais procurado é fazer parte de uma equipa de cuidados intensivos de pediatria); e a maioria dos assistentes sociais estão interessados na protecção das crianças ou em trabalhar com pessoas com dificuldades de aprendizagem. O problema é reconhecido mundialmente e só poderá ser combatido através de alterações na educação e formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Qualquer país que pretenda melhorar significativamente os seus cuidados aos idosos deverá primeiramente introduzir alterações na educação destes profissionais e aumentar os incentivos financeiros e de prestígio para o trabalho com pessoas idosas e debilitadas.

Pode ser retirada uma última lição da experiência de outros países: não se deve permitir que um único grupo de interesse determine as prioridades no desenvolvimento dos cuidados para idosos. Os médicos geriátricos e psico-geriátricos têm sido o grupo mais fortemente defensor de melhorias nos cuidados médicos para idosos com doenças crónicas, mas a maioria destes profissionais tem uma forte propensão a favor dos cuidados hospitalares. Os assistentes sociais e os prestadores de serviços sociais pessoais têm sido os mais fortes defensores de mais e melhores serviços domiciliários para idosos, mas têm revelado muito pouca imaginação no desenvolvimento de complementaridades entre os papéis desempenhados por eles próprios e por prestadores informais de cuidados. Entre os profissionais clínicos, os enfermeiros possuem mais experiência e conhecimento dos problemas associados à prestação de cuidados de qualidade em lares e ao domicílio, mas mostram-se pouco interessados em aumentar as competências e formação dos assistentes não profissionais (mais uma vez, por razões relacionadas aos diferenciais de pagamento e de prestígio). Como em muitos aspectos dos serviços humanos, que são por definição intensivos do ponto de vista da mão-de-obra e com custos cada vez maiores à medida que o PIB de um país aumenta, os “interesses do produtor” são um problema característico. Sempre que um serviço se torna “corrente” e é prestado em larga escala, os profissionais que o prestam tendem a proteger os seus empregos e forma de trabalhar. A reforma e modernização de muitos serviços humanos são por isso frequentemente mais problemáticas do que o lançamento de um novo serviço.

5. Os papéis do Estado na promoção de serviços humanitários para idosos

Esta recolha selectiva da experiência de vários países no desenvolvimento de serviços sociais e de saúde para idosos tornou evidentes os diferentes modos como os Governos podem influenciar o planeamento de serviços, o seu desenvolvimento e implementação. A intervenção mais limitada consiste na regulamentação de uma forma ou componente de prestação de serviços, que geralmente se traduz na implementação, reforço e no estabelecimento de padrões mínimos de formação, conhecimento, prática profissional ou prestação de serviços (*Quadro 121*). Além da regulamentação, existe um momento no desenvolvimento de um hospital e de outros serviços de saúde, em que os Governos procuram aumentar a qualidade dos tratamentos e dos cuidados, o que é em primeiro lugar realizado através do aumento dos gastos públicos na educação e formação dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Este passo é seguido pelo financiamento directo da prestação de serviços. Com excepção do papel desempenhado pelas parterias, existem poucos exemplos de serviços pessoais ou de serviços comunitários de saúde que não sejam desenvolvidos sem o financiamento do Estado.

Quadro 121. Intervenções do Governo no desenvolvimento e prestação de serviços humanos

Tipos e Processos de Intervenção	Objectivos
Regulamentação, reforçada por legislação, e implementação (a) directa por um departamento do Governo, (b) através da criação de agências especialistas ou (c) através da devolução de poderes a outras organizações (por exemplo, universidades) ou sociedades profissionais.	Garantir padrões mínimos de competência, prática e prestação.
Subsidiar ou financiar, na totalidade, educação e formação.	Aumentar os padrões normais de competência. Permite regular a entrada em profissões relacionadas com a prestação de serviços humanos e possibilita o desenvolvimento deste tipo de profissões. Incentiva a formação profissional continuada bem como a mobilidade de trabalho. O facto de certas profissões já estabelecidas exercerem o seu poder, pode ser uma das razões para as enormes disparidades relativamente aos gastos com a formação dos diferentes níveis do pessoal de apoio.

Tipos e Processos de Intervenção	Objectivos
Subsidiar a prestação de serviços, através do financiamento de custos de capital (como é feito para o alojamento especializado e financiado), bem como através do orçamento público (tal como acontece para as organizações com fins lucrativos e para as organizações sem fins lucrativos que prestam serviços ao domicílio e centros de dia para idosos que necessitem de cuidados continuados). No Reino Unido, são distribuídos financiamentos de capital através de agências governamentais centrais, embora a maioria dos contratos de serviço sejam realizados através das autoridades locais.	Aumentar a quantidade e a qualidade da prestação de serviços, particularmente em localidades com poucos recursos, como por exemplo em áreas rurais mais remotas e em áreas urbanas mais carenciadas.
Definir orçamentos e estabelecer prioridades para todos os aspectos da prestação de serviços, à excepção de micro-empresas individuais de serviços. Temos como exemplo o Reino Unido, onde os cuidados primários de saúde entre 1948 e a década de 90 eram prestados por médicos de clínica geral que na sua maioria eram trabalhadores independentes e cujas clínicas ou consultórios constituíam pequenos negócios.	Ser capaz de ditar os padrões de prestação de serviços, como por exemplo, os serviços poderem estar disponíveis para toda a população em todas as áreas do país. Fortalecer os poderes reguladores e influenciar o estabelecimento de prioridades e de desenvolvimento.
Possuir instalações e empregar pessoal, tal como acontece com os serviços de saúde da <i>US Veterans Administration</i> (Administração Norte-Americana dos Veteranos), bem como com o SNS do Reino Unido. O nível de <i>out-sourcing</i> (privatização) quer dos serviços principais, quer dos serviços auxiliares, varia bastante.	Tal como foi acima descrito, permite exercer um maior poder sobre os profissionais e os fornecedores para determinar prioridades na prestação de serviços e na mudança. Vai de encontro aos objectivos ideológicos socialistas.

A intervenção mais compreensiva acontece quando o Estado assume a responsabilidade por todas as vertentes de um serviço, incluindo a posse de edifícios e do terreno, assumindo o papel de empregador e tendo a seu cargo todas as funções de gestão e desenvolvimento. O SNS do Reino Unido aproxima-se deste modelo, pelo menos no que diz respeito ao facto do Governo Britânico controlar todos os ramos do serviço através do Ministério da Saúde. Em Estados pluralistas e democráticos, os monopólios monolíticos do Estado são vistos como um factor que distorce opções em termos de prioridades fundamentais, de inflexibilidade e de ineficiência.

Antes do Estado tomar a responsabilidade de financiar e gerir serviços de saúde e, na generalidade, em sociedades de baixo rendimento, os filhos e os outros membros da família são peças chave em providenciar alojamento, rendimento e apoio instrumental a pessoas idosas com capacidades reduzidas. Por oposição, em países contemporâneos com os padrões de vida mais elevados e vastos serviços de saúde, a casa e o rendimento de uma pessoa idosa não dependem das ajudas da sua família, embora as pessoas da mesma geração, bem como os descendentes familiares sejam uma fonte primordial de cuidados pessoais para com os mais idosos com capacidades reduzidas (excepto os cuidados médicos ou de enfermagem). O resultado nos países mais ricos é que as fronteiras entre os papéis complementares ou informais em termos de cuidados prestados tornam-se numa importante contenda política pública ao nível contencioso e fiscal. Os debates políticos podem ser imbuídos de ideologias opostas ao papel considerado normal da família no que diz respeito ao cuidado dispensado aos seus membros mais fragilizados. As propostas para melhorar a prestação de serviços a idosos através de novos serviços sociais deveriam incluir novas formas de apoio aos cuidadores informais.

6. Um enquadramento internacional para o desenvolvimento de programas e políticas para idosos: o Plano de Acção Internacional de Madrid para o Envelhecimento (MIPAA)

A ONU tem promovido de um modo activo políticas nacionais construtivas para a população em envelhecimento que procuram aumentar a saúde e bem-estar dos mais idosos. A Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento teve lugar em 1982 em Viena, na Áustria, e produziu o *Plano de Acção Internacional Vienense sobre Envelhecimento*. A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento teve lugar em Madrid quase exactamente 20 anos depois e produziu o *Madrid International Plan of Action on*

Ageing (MIPAA) - (Plano de Acção Internacional de Madrid sobre Envelhecimento). Este plano estabelece uma tipologia das necessidades sentidas pelos idosos e relaciona-as com os tipos de programas e serviços que respondem a essas necessidades. Esta secção debruça-se sobre o relatório de dois participantes na Assembleia de Madrid e compara os planos de Viena e de Madrid (Sidorenko e Walker, 2004).

Antes da Assembleia de Madrid, um exercício de consulta revelou que vários Governos mundiais acreditavam que o Plano de Acção Internacional Vienense sobre Envelhecimento tinha sido útil na detecção e resolução das questões decorrentes do envelhecimento populacional. Contudo, existe também um consenso generalizado de que era necessário actualizar esse plano de modo a ter em conta desenvolvimentos ao nível demográfico, económico e tecnológico, ocorridos desde 1982 e que fosse dada maior relevância aos países com menos recursos. Questões como protecção contra a violência, negligência e abuso e o bem-estar dos mais idosos nas áreas rurais tinham sido negligenciadas no documento de Viena. Alguns países argumentaram que era importante estabelecer no novo plano objectivos bem definidos e concretizáveis dentro de um determinado limite de tempo.

Apesar do plano de Viena ter 20 anos, muitas das suas recomendações continuam a ser relevantes, particularmente para países em desenvolvimento que estão pela primeira vez a analisar as questões relacionadas com o envelhecimento das populações. Foi importante que os representantes dos Governos na Segunda Assembleia Mundial tenham reafirmado, na Declaração Política, os princípios e recomendações do Plano de Acção Internacional de Viena sobre Envelhecimento, realçando tanto a sua legalidade como a sua relevância.

O conceito central do MIPAA é “Uma Sociedade para Todas as Idades”, o qual foi formulado em 1999 para o Ano Internacional das Pessoas Idosas (ver <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyopcf0.htm>). O Secretário-Geral das Nações Unidas (1999) definiu “Uma Sociedade para Todas as Idades” como uma sociedade que ajusta as suas estruturas e funcionamento, bem como as suas políticas e planos, às necessidades e capacidades de todos, podendo dessa forma libertar o potencial de todos, para o benefício de todos. Adicionalmente, deveria dar-se oportunidade às gerações para investirem umas nas outras e partilharem os frutos desses investimentos, guiados pelos dois princípios de reciprocidade e igualdade. “Uma Sociedade para Todas as Idades” é interpretada no Plano à luz de princípios fundamentais que perpassam o documento, tais como: os direitos humanos; uma terceira idade segura (incluindo a erradicação da pobreza); valorização dos mais idosos; desenvolvimento individual; auto-realização e bem-estar ao longo da vida; igualdade de género entre os idosos; inter-dependência inter-geracional; solidariedade e reciprocidade; cuidados de saúde, apoio e protecção social para os idosos; parcerias entre os maiores parceiros na implementação do processo; investigação científica; e a situação dos idosos indigentes e a dos migrantes.

Os temas de base estão organizados em três direcções prioritárias: idosos e desenvolvimento; alargamento da saúde e do bem-estar à terceira idade; e ambientes propícios. As diferenças mais importantes entre os dois Planos de acção são que o MIPAA se dirige aos idosos numa perspectiva de desenvolvimento, enquanto que o Plano de Viena dava mais atenção às necessidades “humanitárias” dos idosos. Esta mudança de enfoque reflecte a alteração da perspectiva do envelhecimento demográfico nos círculos políticos e ainda, de um modo mais genérico, revela a substituição da ideia de “envelhecimento passivo”, que vê os idosos como um grupo “merecedor”, para a aceitação dos seus direitos a um tratamento igual e à autonomia. As questões realçadas nos dois Planos também diferem: o Plano de Viena tinha 62 recomendações em sete áreas dedicadas aos idosos, enquanto que o Plano de Madrid propõe 239 acções políticas para 18 questões prioritárias.

Quadro 122. Principais contrastes entre os dois planos de acção internacionais sobre envelhecimento

Atributo	Plano Internacional de Acção de Viena sobre Envelhecimento, 1982	Plano Internacional de Acção de Madrid sobre Envelhecimento, 2002
Ponto central	Pessoas idosas em países desenvolvidos.	Envelhecimento individual e populacional em países em desenvolvimento e em economias em transição.
Prioridade geral	Questões “humanitárias”.	Questões de “desenvolvimento”.
Significado	Identificação do envelhecimento como uma questão internacionalmente significativa.	Proposta de inclusão da questão do envelhecimento na agenda de desenvolvimento internacional.
Resumo	62 recomendações em sete áreas de preocupação em relação aos idosos.	239 recomendações para 18 questões prioritárias.

O MIPAA apresenta assim um claro enfoque no *desenvolvimento* social e económico. Realça a necessidade de integrar o processo de envelhecimento em processos mais alargados de mudança económica e social. É necessário um primeiro passo para a implementação com sucesso deste Plano que diz respeito à integração das preocupações dos idosos em organizações nacionais de desenvolvimento, bem como em estratégias de erradicação da pobreza. O Plano de Madrid inclui três direcções prioritárias, 18 questões prioritárias, 35 objectivos e 239 recomendações para acção. As recomendações mais detalhadas são apresentadas no **Quadro 123**.

Quadro 123. O Plano Internacional de Acção de Madrid sobre Envelhecimento

Objectivos e resultados políticos				
A. Da pobreza a um rendimento seguro	B. Da exclusão social à integração e participação	C. Da falta de apoio social a uma rede de apoio social (família, amigos, comunidade)	D. Da falta de bem-estar a um bem-estar social, mental e físico	E. De um ambiente sem apoio a um ambiente com apoio social e físico
1. Domínio crítico da política: O percurso de vida (desenvolvimento ao longo da vida)				
1A Metas nacionais para a redução da pobreza em todos os grupos etários [A6-1(a,b)]	1B Tomada de consciência por parte dos jovens para o problema do envelhecimento [A5-1(a); C4-1(c),(d)]	1C Reconhecimento do apoio dado pelos idosos [C2-2]	1D Acesso a serviços sociais e de saúde [A3-1(h); A8-1; A7-1(e); B2-1; B2-2(a); C1-1(d); C2-1(b)]	1E Direito ao acesso a água potável e alimentos [B1-3]
Aprendizagem ao longo da vida [A1-1(c); A2-1(c); A3-1(d)]	Emprego contínuo [A2-1(b), (k), (l)]	Desenvolvimento de serviços básicos de apoio [B2-2(b); C1-1(f) C2-1; C3-2]	Factores de risco de doença e deficiência [B1-1(d), (e), (f); B1-2 (g)]	“Envelhecimento no meio” [C1-1(e -j); C1-2(d); C2-1(b)]
Dignidade em todos os estágios da vida [A1-1(h); C4-1(a)]	Reforma flexível [A2-1 (c), (h), (j)]	Acesso a serviços de emergência [A8-1(e)]	Maximização de estilos de vida saudáveis [B1-2(d); B1-2(j)]	Acesso a habitação condigna [B1-1(d), (g)]
Envelhecimento dos agricultores [A3-1; A3-2]		Pessoas idosas como líderes na resolução de conflitos [A8-2(b)]	Promoção da saúde ao longo da vida [B1; mais especificamente: B1-1(g); B1-2(a), (b)]	Independência em áreas rurais e remotas areas [A3-2(a)]
Educação e re-educação [A2-1(c); A3-1(d); A4-1(c)]			Alimentação e nutrição [B1-3; A8-1]	Prevenção e reabilitação da deficiência [B6]
Auto-confiança para uma vida independente [C2-1(i)]			Serviços continuados de saúde e sociais [B2-3; B5-1(f), (g), (i); C2-1]	Direito a não ser abusado por ninguém em nenhum estágio etário [C3]
2. Domínio crítico da política: Desenvolvimento social e envelhecimento				
2A Oportunidades dos idosos em participar no desenvolvimento [A1-1; A6-1(f); B3-3; C4-1(f)]	2B Reconhecimento informal do trabalho não remunerado [A1-1(f)]	2C Redes fortalecidas de apoio [A3-2(b), (e); A3-3(a); A6-1(g); A8-1(f); B1-2(e); B2-2(b); B5-1(d); C1-1(b),(c); C2-1(a),(h),(j); C2-2(a)]	2D Desenvolvimento dos cuidados primários de saúde com formação para reconhecimento das necessidades especiais dos idosos [B2-2; B2-3(f)]	2E Direito a um ambiente não poluente e a um ambiente protector [B1-1(d), (g)]
Alívio da dívida [A6-1(h)]	Acesso à tecnologia [A3-	Família e cuidados [A2-	Acesso a cuidados	Limitar os impactos

	1(a), (e); A2-1(c); A4; B2-1(g)]	1(i); B1-1(b); C2-1(a), (h), (j)]	primários de saúde sem discriminação [B2-1 (e), (f); B2-2(a)]	negativos do desenvolvimento e da urbanização [C1-2(a)]
Poder de decisão [A1-1(j); A6-1(f); B1-2(f)]	Voluntariado [A-1(e); A4-2(e); B1-2(e)]	Poder de decisão da comunidade [B1-2(e); B2-2(a); B2-3(b), (c); B5-1(f); B6-1(d); C1-1; C2-1(a),(b),(j); C3-1(e)]	Igualdade de acesso a recursos de saúde e a cuidados [B2-1; B2-2(a) A8-1; C2-1(b)]	
Igualdade de acesso a emprego e oportunidades de geração de rendimento [A2-1(g); A6-1(c); A3-1 (b)]	Tomada de decisão [A1-2; B2-4(b)]		Formação de profissionais de saúde e auxiliares [B1-2(d); B1-3(h); B2-2(d); B2-3(d); B3-2(b); B4; B5-1(a),(j);C2-1(c);C3-2(d)]	
Protecção social [A3-1(g);A7-1;A7-2(b),(e)] Credit [A2-1(e); A3-1(c); A6-1(c)]	Potencial e experiência dos idosos [A4-2]		Envolvimento de idosos em serviços de cuidados [B2-4]	
Acesso ao crédito [A2-1(e); A3-1(c); A6-1(c)]	Contribuição para o desenvolvimento [A1-1; B3-3; C3-3; C4-1]			
Emergências e desenvolvimento [A8-1(i)]				
Pobreza e saúde [B1-1(a);B2-1]				
3. Domínio crítico da política: Diversidade cultural e étnica				
3A Barreiras culturais [A3-2(g)]	3B Participação na vida cultural [A1-1(b), (f), (j)]	3C Sistemas de cuidados em diferentes culturas [C2-1(e)]	3D Acesso à saúde e outros serviços	3E Direito à não violência [C3-1(d)]
Contribuição cultural [A1-1(c), (f), (j); A4-2(f); B1-2(f)]	Integração de migrantes e refugiados [A3-3; A8-1(f)]	Organizações sociais para migrantes idosos [A3-3(a)]	Medicina tradicional [B2-2(c)]	
Necessidades Culturais [C1-1(i)]				
4. Domínio crítico da política: Género				
4A Incluir mulheres idosas em estratégias de erradicação da pobreza [A6-1(d), (e), (f)] politics [A2-1 (c), (d), (e); B2-1]	4B Remoção de barreiras / discriminação, por exemplo: mercado de trabalho, serviços de saúde [C2-2(b); C5-1(d)]	4C Redução do peso dos cuidados sobre as mulheres [A2-1(i); C2-1(h), (j)]	4D Redução do stress e peso suportado pelas mulheres [B6-1(b); C3-1(b); B1-1(c); B1-3(c)]	4E Partilha desproporcional de condições crónicas pelas mulheres [A7-2(b); B1-3(c); C2-1(i)]
Aumento em 50% do nível de literacia das mulheres até 2015 [A4-1(a)]	Tomada de decisão [A3-2(d); C4-1(h)]	Igualdade entre sexos na protecção social e nos sistemas de segurança social [A3-2(c); A7-1(b); A7-2(b)]	Acesso a cuidados de saúde sem discriminação [B2-1; C2-1(e), (f)]	Abuso, negligência, violência [C3-1(b), (f), (g)]
Metas específicas por género para promoção da saúde [B1-1(c)]	Tomada de decisão a todos os níveis [A1-2(c)]		Prevenção específica por género [B1-2 (c)]	Protecção em emergências [A8-1(g); C3-1(f)]
Direitos sucessórios para as mulheres [C3-1(b)]	Mulheres idosas em áreas rurais ou remotas [A3-1(f)]			
Acesso ao crédito e a recursos económicos [A2-1(e);A3-1(f);A3-2(d)]				
5. Domínio crítico da política: Coesão multi-geracional				
5A Políticas para desenvolver a segurança básica do rendimento baseado em transferências geracionais o que mantém a coesão social	5B Abordagens multi-geracionais para o desenvolvimento social [A5-1(f); B3-3]	5C A família como a base do cuidado inter e intra geracional [A2-1(i); A4-2(d); C2-1(a), (h), (j)]	5D Medidas / serviços para envolver as pessoas idosas [A8-1(e); B2-4]	5E Plano para todas as gerações [A4-1(f);C1-1(c),(g);C1-3(c)]

[A7-2(a); A4-2(b); A5-1(b)]a				
Papel das pensões na distribuição de riqueza [A7-1(f,g); A7-2(a),(d)]	Programas que integram idosos e jovens [A1-1(d)]	Apoio a prestadores de cuidados (a idosos e a idosos enquanto cuidadores) [C2-1(f); C2-2]	Base multi-geracional de cuidados de saúde tradicionais [B3-3(b)]	Habitação integrada por idades [A3-3(d), (e); A5-1(g); C1-2(c)]
Rendimento mínimo [A7-2]	Assistência mútua [A4-2(d); B1-2(e)]	Trabalho reconciliador e prestação de cuidados [A2-1(l); C2-1(j)]		Minimizar barreiras para todas as gerações [B6-1(f); C1-2(a); C1-2(d)]
	Comunidades integradas por idades [C1-1(a),(b),(c)]	Stress pós-traumático [A8-1(h)]	Evitar segregação por idade	
	Avós [C2-2(c); B3-3(b)]	Prestação de cuidados por idosos e HIV-AIDS [B3-3]		
		Cuidados baseados na comunidade [A3-2(b); C2-1(b), (j)]		

Notas: Os temas fulcrais ou base nos quais o MIPAA se baseia são: direitos humanos e liberdades fundamentais; segurança no envelhecimento; participação; desenvolvimento individual e auto-realização; igualdade de género; independência, solidariedade e reciprocidade inter-geracional; protecção de apoio social e de saúde; parcerias sociais em acção no envelhecimento; investigação e conhecimento. As referências de letra/número entre parêntesis rectos referem-se, sequencialmente a [direcção prioritária - questão - objectivo - (acção)]. Exemplo: [A1-1(a)] indica que se encontra mencionado na direcção prioritária 1, questão 1, objectivo 1, acção (a).

Fonte: Sidorenko e Walker, 2004, Quadro 2, compilado do Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento. Veja <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageraa.htm>.

A última secção do Plano de Madrid propõe acções para a sua implementação e acompanhamento num determinado país. O Plano especifica que os Governos têm a responsabilidade de implementar as suas recomendações ao nível nacional, enquanto analisam as necessidades de realização de parcerias efectivas entre Governos, entre todas as partes da sociedade civil e o sector privado. Vários elementos cruciais da implementação nacional são identificados no Plano, incluindo:

- ▶ Promoção de acompanhamento institucional, incluindo a criação de agências para o envelhecimento e comissões nacionais;
- ▶ Organizações eficazes de idosos;
- ▶ Actividades educacionais, de formação e de investigação sobre o envelhecimento;
- ▶ Recolha e análise de dados nacionais, tais como a compilação por género e informação específica por idades para uma política de planeamento, monitorização e avaliação;
- ▶ Monitorização imparcial e independente do progresso da implementação, que pode ser conduzido por instituições autónomas;
- ▶ Mobilização de recursos por organizações que representam e apoiam os idosos.

A cooperação internacional está incluída no Plano como uma medida para melhorar e possibilitar a sua implementação quer em países em desenvolvimento, quer em economias em transição. O MIPAA identifica ainda várias prioridades para a cooperação internacional:

- ▶ Promoção da formação e do desenvolvimento de competências do pessoal que presta serviços, na área do envelhecimento, em países em desenvolvimento;
- ▶ Trocas de experiências e de boas práticas, investigação e iniciativas de recolha de dados para apoio de políticas e programas;
- ▶ Estabelecimento de projectos geradores de rendimento;

► Melhor disseminação da informação.

Ao planear medidas para a implementação do MIPAA é necessário que seja claro qual é o principal conteúdo do esforço de implementação: isto é definido no Plano como “ajuste a um mundo em processo de envelhecimento”. Estes ajustes devem ser evidentes a todos os níveis da sociedade, desde o nível macro que inclui as alterações sociais e económicas, ao nível mais elementar do indivíduo que vai progredindo ao longo da sua vida até envelhecer. As políticas de ajuste deveriam financiar estas alterações ao nível social (macro), organizacional (meso) e individual (micro). São necessários dois tipos de políticas de acção: “envelhecimento global” e “envelhecimento específico”. A primeira contém medidas cujo objectivo é integrar ou generalizar questões relacionadas com o envelhecimento em todos os domínios políticos nacionais de maior amplitude, por exemplo, planeamento de desenvolvimento, finança, emprego, educação e saúde. O MIPAA realça que o primeiro passo necessário para a sua implementação com sucesso é integrar o envelhecimento e as preocupações com os idosos em redes de desenvolvimento nacional e em estratégias de erradicação da pobreza. O segundo tipo de acção inclui políticas e programas que são dirigidos em particular às necessidades dos idosos, por exemplo, pensões de velhice, cuidados a longo prazo e serviços de saúde. Uma componente importante em ambos os tipos de políticas de acção é a capacitação dos profissionais, isto é, mais e melhor formação para os prestadores de serviços de saúde e de cuidados auxiliares.

O MIPAA tem por objectivos assegurar que as pessoas, em qualquer parte do mundo, tenham a possibilidade de envelhecer com segurança e dignidade e de continuarem a participar nas suas sociedades como cidadãos de pleno direito. Tal como Sidorenko e Walker argumentam, a implementação com sucesso deste Plano será medida em termos de desenvolvimento social, no aumento da qualidade de vida dos idosos e na sustentabilidade de sistemas formais e informais que sustentam a qualidade do bem-estar ao longo da vida (MIPAA, parágrafo 14). Assim, o derradeiro objectivo é melhorar a qualidade de vida dos idosos baseando-se na segurança, dignidade e participação, ao mesmo tempo que se promovem medidas que conciliem o envelhecimento e o desenvolvimento, bem como sistemas sustentados que promovam o bem-estar individual ao nível formal (exemplo: cuidados de saúde e segurança social), e informal (família, vizinhos e comunidade).

7. Síntese

Políticos e alguns analistas académicos realçam as diferenças entre os “padrões de saúde pública” na maioria dos países desenvolvidos, tal como acontece com as muito citadas distinções feitas por Esping-Andersen (1996) entre regimes (neo) liberais (ou Anglo-Saxónicos), Social-Democratas e Corporativos. O primeiro enfatiza a auto-estima e as contribuições do sector privado (como no sistema de saúde), enquanto que o último enfatiza as contribuições da família e da Igreja. Contudo, após uma longa e comparativa análise, as similaridades nos sistemas de saúde dos países com políticas culturais muito diversas são tão impressionantes como as diferenças. Contra Esping-Andersen pode argumentar-se que as principais influências ao nível do desenvolvimento da segurança social e dos serviços humanos são o produto interno bruto do país e o período histórico. Ambos estão amplamente relacionados com a esperança média de vida no momento do nascimento e a percentagem da população que está nos grupos etários mais avançados, ou o progresso do envelhecimento demográfico; ambos estão associados aos níveis de educação e de rendimento da população que, por sua vez, estão ligados à participação das mulheres no mercado de trabalho remunerado e à incompatibilidade em ser-se um trabalhador remunerado e a prestação de cuidados intensivos a familiares extremamente dependentes.

Assim sendo, a ênfase das NU e do Plano de Madrid em considerar o desenvolvimento dos serviços para idosos no âmbito do desenvolvimento económico e social de um país, faz todo o sentido. À medida que um país cresce economicamente, desenvolve o seu sistema rodoviário e educativo, simultaneamente tem maior capacidade para desenvolver os “serviços humanos” prestados. A implicação reside no facto de que

quando um Governo planeia a criação ou reforma dos serviços humanos do país, deveria evitar usar ou incentivar razões de ideologia social para realizar essa tarefa. Mais especificamente, deveria evitar a concepção de cuidados formais e informais como alternativos ou substitutos, mas sim apresentá-los como complementares e como tendo papéis cruciais não apenas na melhoria das questões da saúde e da qualidade de vida de pessoas debilitadas e idosas, mas também na melhoria da qualidade de vida dos seus filhos e familiares. Esta preocupação relativamente a pais debilitados, piedade filial e cuidados familiares está bem presente em qualquer país, mas tem variações constantes. É emotiva e mal conduzida, pois considera o desenvolvimento de serviços melhorados para idosos debilitados e dependentes como uma forma de “enfraquecer a família”. As respostas da população relativamente ao aumento da longevidade, fecundidade reduzida, aumento de riqueza e melhor educação não são fáceis de sintetizar e não existe uma evidência suficientemente forte por parte de nenhum país de que isto leve a uma diminuição da preocupação pelos familiares mais velhos e debilitados. À medida que as sociedades se tornam mais ricas e a emancipação feminina se propaga, assim a vontade de ser um cuidador a tempo inteiro vai diminuindo, mas este facto tem sempre sido uma característica dos privilegiados da sociedade. Só porque uma família contrata serviços individualizados de enfermagem para tratar de um familiar debilitado, ou vota para que este serviço seja em parte fornecido pelo Estado, não quer dizer que sejam pouco carinhosos ou negligentes para com a família.

Portugal, tal como os outros países do Sul da Europa, tem vindo recentemente a sofrer uma rápida modernização e desenvolvimento económico. Os esforços realizados no sentido do desenvolvimento e da melhoria dos acessos aos cuidados hospitalares e médicos primários têm tido bastante sucesso. Em comparação com outros países da Europa Ocidental, o padrão de prestação de serviços humanos atingido revela fortes disparidades urbano-rurais e pouca prestação de serviços de saúde por parte da comunidade e ao domicílio. Este facto pode estar de alguma forma relacionado com o papel determinante e pré-estabelecido da Igreja Católica na prestação de serviços ao domicílio a grupos carenciados (por exemplo, órfãos, mães abandonadas, doentes mentais e idosos debilitados). Pode igualmente ter que ver com o prestígio social e a influência política da profissão de médico (em comparação com os enfermeiros, terapeutas e profissionais de prestação de serviços sociais), mas não é em si um sinal superior de moralidade ou de cultura.

A população portuguesa tem vindo a envelhecer rapidamente nas últimas décadas e está neste momento perante muitas “necessidades por cumprir” e questões relacionadas com o desenvolvimento de serviços, que são partilhadas por outros países do Norte da Europa, mas sem a vantagem de ter uma tradição de cuidados comunitários e de prestação de serviços domiciliários. Portugal tem contudo uma vantagem relativamente aos países do Norte da Europa: a capacidade de desenvolver serviços comunitários inovadores e apropriados às necessidades actuais sem ameaçar o círculo já estabelecido de agências de cuidados sociais e de saúde, gestores e pessoal. Não é necessário que passe pelas mesmas fases de desenvolvimento do Reino Unido, dos Países Baixos ou dos Países Nórdicos, podendo seguir directamente para o desenvolvimento de serviços que correspondam às necessidades do grupo mais carenciado: idosos que sofrem de doenças crónicas, múltiplas e incapacitantes, incluindo a demência. Neste caso, é indicada uma fusão inteligente de apoio domiciliário, estabelecimentos diurnos e residenciais. Todavia, é necessário evitar um debate cultural em vez de técnico ou direccionado para as necessidades. Este erro tem sido cometido em vários países modernizados do Sudeste Asiático e leva a uma centralização no desenvolvimento de estabelecimentos hospitalares e de cuidados a longo prazo e, portanto, a uma reduzida atenção aos esforços de maximização do funcionamento e qualidade de vida dos idosos que podem continuar a viver autonomamente ou com o apoio das suas famílias - conduzindo a uma política anti-família.

Quanto mais o debate sobre a melhoria de programas e serviços para idosos for baseado na identificação de necessidades ainda não satisfeitas, nas falhas dos serviços e desigualdades socio-económicas na prestação de serviços, preferências e queixas gerais das populações sobre os serviços existentes, mais

apropriado será o plano de desenvolvimento dos serviços e as prioridades. Deveriam ser recolhidas evidências quantitativas relativamente aos serviços existentes pelos serviços de estatística e através de inquéritos feitos à comunidade. É importante verificar as condições de saúde, as capacidades funcionais e o bem-estar dos idosos nas cidades, nas áreas sub-urbanas, urbanas e nas zonas rurais, de modo a assegurar que uma grande variedade de grupos etários possa estar representada. Para tal, seria necessário inquirir um maior número de pessoas dos grupos etários mais avançados, mas, ao mesmo tempo, deve também ter-se em conta que em todos os países existem grandes desigualdades no que trata à saúde na velhice. Apesar de, na generalidade, as pessoas na casa dos 60 anos serem mais saudáveis e terem menos necessidade de apoio do que aqueles que se encontram na casa dos 80 anos, é comum nas grandes cidades verificar-se uma maior necessidade de cuidados entre pessoas que pertencem a grupos etários não tão avançados, que têm um baixo rendimento e que provêm de zonas degradadas, do que aqueles que são mais idosos mas que provêm de áreas muito mais favorecidas, como é claramente demonstrado em Belfast, Glasgow e Londres (Levin e Leyland, 2006; Macintyre e Soomans, 1995; Warnes, 1997; Warnes, Armstrong e Peters, 1997).

Deveria também ser efectuado um exercício de consulta alargado, não só entre os gestores mais experientes e os líderes das várias profissões relacionadas com a prestação de cuidados, mas também entre os funcionários mais novos (tais como assistentes sociais em casas de repouso ou centros de dia) e entre o público em geral. A realização de reuniões públicas ou de *focus groups* poderá ser uma fonte de informação, mas também um inquérito cuidadosamente desenhado a uma amostra rigorosamente representativa da população idosa (que não tem que ser necessariamente muito grande, mas deve rondar os 500 representantes). Ao desenvolver as recomendações retiradas a partir deste exercício de consulta, deve também ser feito um exercício iterativo de modo a testar as propostas dos profissionais entre o público em geral, e vice-versa.

Os profissionais de saúde tendem a recomendar mais recursos para serviços já existentes e dão pouca relevância às iniciativas de educação preventiva para a saúde. Existe contudo, em muitos países, o consenso de que as medidas de promoção da saúde, particularmente no que diz respeito à promoção de uma alimentação mais saudável, à prática regular de exercício, ao deixar de fumar, ao controle do consumo de álcool, à vacinação e à revisão dental, constituem uma contribuição bastante válida para a melhoria da saúde entre os idosos. No entanto, a implementação destas técnicas de promoção da saúde não é facilmente exequível, uma vez que requer, antes de mais, um grande esforço de formação e capacitação.

PARTE III

O MERCADO INTERNACIONAL

MÓDULO 6

ANÁLISE DO MERCADO SÉNIOR NOS PAÍSES SELECIONADOS

Fundamentação da Selecção dos Estudos de Mercado do Reino Unido e da Alemanha

Quando nos referimos às necessidades da população idosa em Portugal, podemos destacar três razões decisivas no processo de selecção do Reino Unido e da Alemanha como casos de estudo numa análise de mercado: porque representam uma proporção substancial da população que aqui vive; porque são importantes países de origem do turismo de massas, que é condição essencial para a migração de reforma no Mediterrâneo e, finalmente, porque as investigações mais recentes salientam a importância de conhecer melhor as diferenças entre estes dois países, no que trata aos seus padrões residenciais, às suas necessidades e preferências quando estão a residir no estrangeiro.

Não obstante as limitações em termos de qualidade e disponibilidade dos dados oficiais relativamente à *dimensão da população* idosa com ascendência britânica e alemã a viver em Portugal, não existem dúvidas de que ambos os grupos representam taxas crescentes de população idosa estrangeira no país. A sua distribuição em termos regionais está concentrada nos distritos do litoral. De acordo com os resultados de ambas as análises de mercado, Portugal está claramente a caminho de se tornar um “hot-spot” para a migração de reforma. Adicionalmente, tal como indicam inquéritos já efectuados, o futuro mercado imobiliário é fundamental para os países europeus mediterrânicos e Portugal irá certamente beneficiar desta procura.

O segundo argumento para a escolha de Inglaterra e da Alemanha é a sua importância enquanto *países de origem do turismo de massas e de fluxos de reforma internacional*. Anteriormente, as migrações de reforma na Europa estavam limitadas apenas às fronteiras nacionais. Foi só no decurso das últimas décadas que um número crescente de migrantes seniores atravessou as fronteiras, na sua maioria em direcção aos países do Mediterrâneo. A maior parte é originária da Europa Central e do Norte e encontram-se entre os 50 e os 60 anos de idade quando adquirem residência nos ditos destinos “de sol”. A importância destes destinos para os cidadãos ingleses e alemães pode estar associada tanto à sua imagem positiva nos media, como ao conhecimento adquirido através das experiências de turismo de massas. O turismo também permitiu que se desenvolvesse a acessibilidade, com uma maior disponibilidade de voos que se tornaram mais baratos e frequentes, o que promoveu o desenvolvimento de infra-estruturas para visitantes estrangeiros e residentes. Devido à liberalização do mercado de trabalho da UE e à procura crescente de serviços sociais e pessoais numa idade avançada, muitos profissionais e empresários estrangeiros vivem na região e trabalham nesses sectores.

Finalmente, a inclusão dos dois países na análise de mercado salienta a necessidade de *compreender melhor a diversidade* dos grupos nacionais no que trata ao seu padrão residencial, às suas necessidades e ambições enquanto cidadãos a residir no estrangeiro. As investigações desenvolvidas relativamente aos cidadãos seniores originários de Inglaterra e da Alemanha tornaram-se um paradigma para as outras nacionalidades residentes na região, e evidenciam que não podem ser encarados como um fenómeno homogéneo. Enquanto que as estatísticas oficiais são fragmentárias, as suas circunstâncias e motivações na escolha do local de residência, os seus antecedentes socio-económicos, condições de vida, redes e problemas não são facilmente entendidos ou conhecidos, o que significa que são necessários inquéritos especiais que forneçam essa informação e alarguem os nossos conhecimentos no que respeita a este tópico tão importante.

1. O Reino Unido e a reforma em Portugal

1.1. Introdução

O Reino Unido tem uma das maiores diásporas de população idosa entre os países desenvolvidos. Apesar de parte dessa situação resultar do seu legado colonial e de uma forte internacionalização da sua economia, tem existido nos últimos anos, também entre os mais idosos uma migração significativa (no qual estão incluídos reformados e indivíduos em situação de pré-reforma), para a Europa do Sul. Portugal, apesar de menos importante do que França ou Espanha enquanto destino para os emigrantes seniores britânicos, tem vindo a atrair um número significativo de migrantes, assistindo a um rápido crescimento na migração de reformados originários do Reino Unido (especialmente face à dimensão geográfica do país). Este relatório analisa questões fundamentais relacionadas com este tipo de migração:

- ▶ Qual a proporção estimada de migração entre os mais idosos para Portugal?
- ▶ Quais as principais motivações dos migrantes?
- ▶ Quais as suas características sociais, económicas e demográficas?
- ▶ Que conhecimento possuem sobre viver em Portugal (clima no Inverno, custo de vida, impostos, requisitos para o registo)?
- ▶ Irão manter as suas casas e/ou contactos próximos no país de origem?
- ▶ Serão residentes permanentes ou sazonais em Portugal?
- ▶ Onde irão viver em Portugal?
- ▶ Quais os seus planos residenciais a longo prazo enquanto envelhecem e se tornam mais fragilizados?

A investigação sobre estas questões apresenta limitações de informação, razão pela qual foram utilizadas diversas fontes de informação: a) fontes oficiais portuguesas, tais como os recenseamentos populacionais e o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF); b) fontes no Reino Unido, incluindo o *International Passenger Survey* e o *Department of Work and Pensions*; c) estudos de caso específicos sobre residentes seniores britânicos no Sul da Europa. Relativamente a estes, debruçamo-nos sobre duas fontes principais. Primeiro, um estudo comparativo levado a cabo por um grupo de mais de 20 investigadores europeus participantes de uma rede de investigação da Fundação Europeia para a Ciência sobre "Migrantes Idosos na Europa". Em segundo lugar, um estudo específico sobre residentes idosos de origem britânica a residir no Algarve nos finais dos anos 90, parte de um estudo mais vasto relativo a quatro países, apresentado em King *et al.* (2002), que no Algarve se baseou em 219 entrevistas semi-estruturadas e 50 entrevistas aprofundadas a reformados britânicos, bem como entrevistas a empresários locais e representantes institucionais.

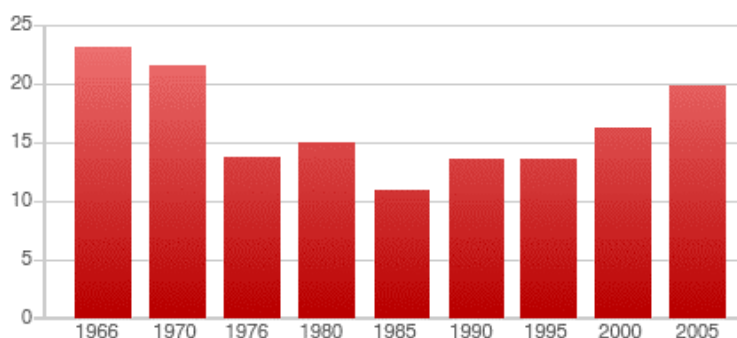
1.2. O contexto do Reino Unido

Migração internacional do Reino Unido

O Reino Unido é caracterizado por uma forte imigração e emigração, reflectindo tanto o seu legado colonial como o grau de internacionalização da sua economia. Por exemplo, apesar da França ter um efectivo populacional semelhante ao Reino Unido, apenas uma pequena percentagem deste reside no estrangeiro. Estimativas realizadas em 2006, sugerem que um em cada dez cidadãos britânicos vive fora do Reino Unido, o que perfaz cerca de 5,5 milhões. Esta situação aumenta para 6 milhões se aqueles que vivem ou trabalham fora do país temporariamente forem incluídos nos números (IPPR, 2006).

A informação relativa à emigração é, na sua maioria, fornecida pela *International Passenger Survey* (IPS) - (Inquérito sobre o Transporte Internacional de Passageiros), apesar da existência de outros meios informativos sobre as estimativas, como sendo os cancelamentos dos registos médicos. A IPS, baseando-se em pesquisas sobre pontos de partida do Reino Unido é uma fonte problemática, uma vez que em 1991 se verificou uma mudança na forma como se passaram a organizar as estatísticas relativas à migração, tornando difícil a análise detalhada das tendências. No entanto, é possível identificar as principais características das mesmas (*Figura 85*).

Figura 85. Emigração do Reino Unido de cidadãos britânicos, 1966-2005, (N.º)



Nota: Os dados não têm em consideração o regresso de cidadãos britânicos no mesmo ano.

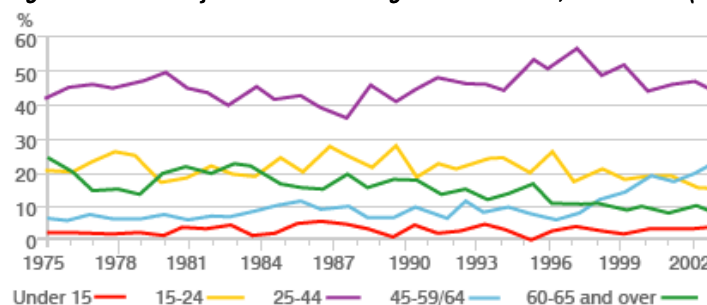
Fonte: Office of National Statistics.

Verificou-se um pico emigratório em meados dos anos 60, seguido de um decréscimo durante os anos 70 e 80, que deu lugar a um novo crescimento nos anos 90. Os números continuaram a aumentar nos anos seguintes, registando-se 198.000 emigrantes em 2005 e um total de 196.000 no final do mesmo ano e até meio de 2006. Deve também ter-se em conta que, do ano 2005 e até meio de 2006, houve um número de 189.000 migrantes a longo termo que deixaram o Reino Unido. Dado o recente aumento na emigração portuguesa para o Reino Unido, esta poderá ter relevância em fluxos futuros no retorno de emigrantes para Portugal.

Perfil etário dos emigrantes britânicos

A maioria destes migrantes é relativamente jovem, com 40 a 50% com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos de idade (*Figura 86*). Estes dados devem-se ao facto de grande parte da emigração do Reino Unido estar relacionada com motivos laborais. Contudo, tem-se vindo a verificar um notável aumento da proporção de emigrantes mais velhos, particularmente daqueles com idades entre os 45 e 65 anos, incluindo indivíduos pré ou recentemente reformados. Nos finais dos anos 90, 10% dos emigrantes estavam na faixa etária dos 45 aos 65 anos, mas em meados dos anos 2000, esta percentagem aumentou para um quarto do total.

Figura 86. Distribuição etária dos emigrantes britânicos, 1975-2004 (%)



Fonte: UK International Passenger Survey.

Destinos dos emigrantes britânicos

Os destinos mais populares dos migrantes britânicos são países de língua inglesa e países europeus. Reflectem uma migração baseada em factores económicos e de estilo de vida, incluindo as migrações de reforma. Um estudo do Instituto de Pesquisa de Políticas Públicas (IPPR) de 2006 procurou apresentar estimativas que incluíam não apenas dados dos censos dos países de destino (claramente subestimados) mas também estimativas a partir de fontes informais sobre o número de britânicos não registados a viver em determinados países. A metodologia é relativamente rudimentar, mas apresenta uma visão global da distribuição de migrantes britânicos pelo mundo.

Quadro 124. Estimativa de britânicos a viver no estrangeiro, ranking dos 20 destinos mais procurados, 2006 (N.º)

País	Número
Austrália	1.300.000
Espanha	761.000
EUA	678.000
Canadá	603.000
Irlanda	291.000
Nova Zelândia	215.000
África do Sul	212.000
França	200.000
Alemanha	115.000
Chipre	59.000
EUA	55.000
Paquistão	47.000
Singapura	45.000
Suíça	45.000
Holanda	44.000
Israel	44.000
Tailândia	41.000
Portugal	38.000
China	36.000
Turquia	34.000

Fonte: IPPR (2006).

Portugal encontra-se em 18ª nesta tabela, uma posição relativamente alta dado o seu número total de habitantes. No geral, algumas das taxas de crescimento mais rápido têm vindo a ocorrer no Médio Oriente e Europa do Sul. O mesmo relatório estima que vivam em Portugal cerca de 11.000 britânicos durante mais de três meses por ano mas não de forma permanente, (qualquer um destes valores é problemático como poderemos ver mais à frente neste relatório). Deve também notar-se que muitos britânicos estão também a emigrar para a Europa de Leste, com um número estimado de 10.000 a viver na Bulgária - aspecto significativo a ter em conta em tendências futuras discutidas mais à frente neste estudo.

Razões para emigrar do Reino Unido

Uma sondagem levada a cabo pelo ICM para a BBC em 2006, perguntou a pessoas que consideravam emigrar quais as razões para o fazerem. Apesar de estudos baseados em intenções serem problemáticos, uma vez que as intenções não se traduzem num comportamento migratório real, as respostas indicam que as principais razões se baseiam na procura de uma melhor qualidade de vida e melhor clima, particularmente importantes para os migrantes seniores, como poderemos ver no ponto seguinte.

Quadro 125. Razões que levam a considerar a emigração do Reino Unido, 2006 (%)

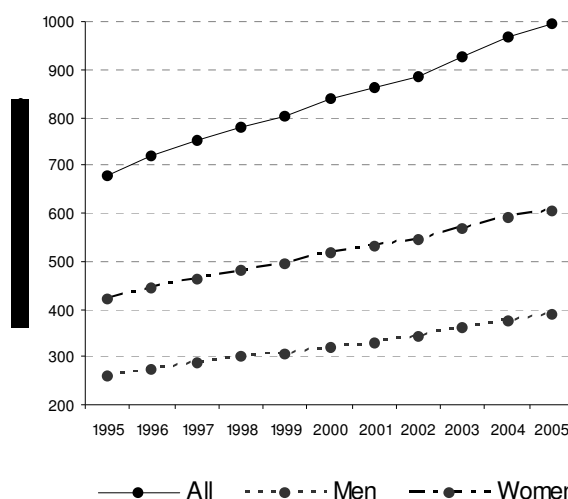
Razões	%
Melhor qualidade de vida	37
Melhor clima	24
Novo emprego/alteração do local de trabalho	13
Nova experiência/aventura	13
Não gostarem do Reino Unido/do que o Reino Unido se tornou	12
Começar uma nova vida	9
Ter família/amigos no país de destino	9
Muita interferência governativa	5
Legislação governamental/impostos	5
Criminalidade	3
Mais barato/importância do dinheiro	3
Melhores indivíduos	2
Menos povoado	2

Fonte: BBC (2006); tamanho da amostra 528.

Migração sénior do Reino Unido

Extensão do fenómeno

Tem vindo a verificar-se um aumento da migração sénior britânica, como se pode ver pelos dados do IPS (*Figura 87*). Provavelmente, os dados mais fiáveis sobre este assunto são provenientes do *Department of Work and Pensions* (DWP) que colige estatísticas sobre as pensões do Reino Unido pagas fora do país. De cerca de um quarto de milhão de pensões pagas fora do Reino Unido em 1981, este número aumentou para 847.000 em 1999 (*Quadro 126*), enquanto mais 16.100 recebiam pensões de viuvez. Um crescimento recente ainda mais rápido levou a um aumento para cerca de 1 milhão em 2005 (*Figura 87*). É necessário algum cuidado ao interpretar estes dados uma vez que: a) incluem migrantes retornados, com direito a pensões, que não são cidadãos e não estão naturalizados; b) excluem aqueles que viveram parte do ano no estrangeiro, mas continuam a ter as suas pensões pagas no Reino Unido.

Figura 87. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países, 1995-2005 (N.º)Fonte: *Department of Work and Pensions*, Reino Unido; gráfico elaborado por Prof. Tony Warnes da Universidade de Sheffield.

Quadro 126. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países, 1981-1999

	1981	1986	1991	1996	1999	81-99
Números (milhares)	252	372	594	763	847	
Média do crescimento anual (%)		8,1	9,8	5,1	3,5	6,9

Notas: Os dados apresentam o número de pensionistas na *Pensions and Overseas Directorate of the UK Department for Work and Pensions* (anterior Departamento de Segurança Social). Tabela elaborada por *Prof. Tony Warnes* da Universidade de *Sheffield*.

Distribuição

A distribuição de pensões britânicas pagas no estrangeiro tem vindo a alterar-se ao longo do tempo, tendo o crescimento mais rápido entre 1995 e 2005 ocorrido nos países nórdicos, seguido da Europa do Sul (127%). Este é um indicador do aumento significativo da migração de seniores para estes países. Contudo, os números totais confirmam a importância que ainda detêm os destinos de língua inglesa como o Canadá e os EUA: estes números incluem os migrantes de cariz económico que permaneceram e se reformaram nestes países, migrantes que procuraram reunir-se com a família (por exemplo, pais que se mudaram para estar junto dos seus filhos) e migrantes que procuraram tranquilidade nos últimos anos das suas vidas.

O **Quadro 127** apresenta a lista dos vinte destinos mais procurados segundo o número de pensões pagas em 2006 e o **Quadro 128** as respectivas taxas de crescimento para o período 1995-2005. No que diz respeito a números totais, os países de língua inglesa dominam, classificando-se 6 deles nos 7 primeiros lugares do top em 2006. À excepção da Jamaica, a maioria dos outros países mais procurados são países europeus. Entre os destinos da Europa do Sul encontramos Espanha, Itália e França (classificada como da Europa do Sul para conveniência deste estudo). Portugal encontra-se no 14º lugar da classificação com 6.257 pensões. Dado que a migração para Portugal é um fenómeno relativamente recente, o perfil etário mais jovem dos migrantes seniores pode indicar uma presença mais significativa de pré-reformados face aos indivíduos com mais de 65 anos, em comparação com Espanha. Por este facto, estes dados podem estar a subestimar a posição de Portugal neste *ranking* em relação aos indivíduos com mais de 50 anos.

Quadro 127. Pensões sociais do Reino Unido pagas noutros países: classificação dos 20 primeiros países, 2006 (N.º)

País	Número
Austrália	245.311
Canadá	157.435
EUA	132.083
Irlanda	104.650
Espanha	74.636
Nova Zelândia	46.560
África do Sul	38.825
Itália	33.989
França	33.869
Alemanha	33.034
Jamaica	23.275
Chipre	11.742
Holanda	7.811
Portugal	6.257
Paquistão	5.771
Suíça	5.449
Índia	5.115
Barbados	4.993
Bélgica	4.660
Israel	3.995

Fonte: *Department of Work and Pensions*.

Quadro 128. Pensões britânicas pagas no estrangeiro: alterações de % 1995-2005, para a classificação dos 20 primeiros países, 1995/1996 (%)

Pais	1995-2005 (alteração de %, média anual)
França	9.8
Espanha	9.8
Chipre	8.1
Barbados	7.7
Portugal	7.4
Suíça	6.3
Itália	6.0
Alemanha	4.9
Nova Zelândia	3.8
EUA	3.8
Holanda	3.6
Austrália	3.3
Irlanda	3.2
Áustria	2.4
Canadá	2.0
Índia	1.8
Jamaica	1.8
África do Sul	1.8
Bélgica	0.5
Paquistão	-2.1

Fonte: Department of Work and Pensions.

Os dados sobre a variação percentual evidenciam uma realidade substancialmente diferente da observada no *ranking*, com 5 das 7 primeiras posições a pertencerem a países da Europa do Sul. Estes dados enfatizam a importância das motivações climáticas para a migração dos seniores. Portugal apresenta-se no 5º lugar da classificação, com uma taxa de crescimento anual de 7,4% durante a última década.

As razões da migração após a reforma no Reino Unido

A migração sénior com origem no Reino Unido está associada a um conjunto de factores (Williams *et al.*, 1997):

- O perfil global da população britânica está a envelhecer devido à redução da taxa de natalidade e aumento da esperança de vida. Tal como noutros países desenvolvidos, esta situação indica um aumento não só na proporção e número dos indivíduos de meia-idade e idosos, mas também dos idosos mais débeis (com cerca de 70 anos ou mais). Mais detalhes serão apresentados quando se abordar o tema das tendências migratórias futuras;
- Rendimentos. Os rendimentos reais têm vindo a aumentar rapidamente no Reino Unido. Apesar dos ganhos serem divididos, significa que existe um crescente número de indivíduos com rendimentos provenientes do Estado, de rendimentos ocupacionais e pensões privadas, e de poupanças que lhes permitem migrar para o estrangeiro e, sobretudo, possuir uma habitação própria em mais do que um país. O aumento do preço das habitações, situado muito acima da média internacional, proporcionou uma base de recursos que facilita a vivência da reforma no estrangeiro. A força da moeda britânica é também um factor favorável, apesar de não se aplicar ao Euro, com o qual tem mantido uma relativa paridade cambial durante a primeira década do século XXI;
- O Reino Unido apresenta um custo de vida relativamente elevado, incluindo o preço das habitações. As diferenças de preços tornaram o Sul da Europa uma opção atractiva para reformados, não

obstante a adesão ao Euro e a convergência de salários/preços dentro da UE, que tem vindo a minimizar a importância deste factor;

- As inovações nos transportes e comunicações e a liberalização do transporte aéreo reduziram os custos da viagem entre o Reino Unido e outros países, particularmente da Europa, assim como as barreiras à comunicação com a família e amigos residentes no país de origem. No que diz respeito aos transportes, o aumento inicial de voos fretados e mais recentemente das companhias aéreas de baixo custo revelou-se particularmente importante. As companhias aéreas de baixo custo, que representam aproximadamente metade do aumento de tráfego aéreo registado entre 1995 e 2004, são bastante significativas, pois promovem uma maior e mais directa conectividade regional, reduzindo o tempo total de viagem (Dobruzske, 2006). A comunicação em rede (Internet, câmaras *web*, chamadas telefónicas via Internet, etc.) tornou os contactos regulares entre os diferentes países mais facilitados e menos dispendiosos;
- O conhecimento de outros países tem vindo a aumentar com o turismo e com a maior mobilidade laboral. O Reino Unido é a segunda maior fonte de turistas internacionais dentro do continente europeu e, desde há muitos anos, a maior fonte de turistas para Portugal. Este facto: a) aumenta os níveis de confiança em viver no estrangeiro, especialmente nos locais onde os indivíduos mantêm uma segunda habitação; b) providencia aos indivíduos algum conhecimento, ainda que superficial, do estilo de vida noutros países, o que consequentemente vai influenciar as suas decisões no que diz respeito à escolha do destino para o período da reforma. Esta situação tem sido particularmente importante no aumento das migrações por motivações climáticas por parte dos reformados do Reino Unido e de outros países do Norte da Europa para o Sul do continente europeu. O número de indivíduos britânicos a trabalhar no estrangeiro (algumas vezes no Sul da Europa) também contribuiu para o aumento do número daqueles que têm confiança, meios de comunicação, conhecimento geral ou específico de um país, capaz de facilitar uma opção por viver no estrangeiro após a reforma;
- Existem também razões específicas pelas quais os migrantes são atraídos pelo Sul da Europa para desfrutarem da sua reforma. Estas incluem o clima, as atracções culturais (particularmente fortes no que diz respeito a Itália) e a atracção pela ideia romântica de um estilo de vida rural e tradicional.

Tendo agora em conta as motivações individuais, têm-se efectuado diversas investigações sobre atitudes, experiências e processos de tomada de decisão entre migrantes internacionais de reforma no Sul da Europa. Muitos deles seguem o exemplo do maior estudo realizado nesta área até hoje (King *et al.*, 2000). As principais conclusões deste estudo, relativamente à decisão de reforma em regiões particulares de Itália, Malta, Portugal e Espanha estão resumidas no **Quadro 129**. Considerando em primeiro lugar a razão principal, 41% indicam “o clima”, relacionado tanto com um estilo de vida ao ar livre, como com condições meteorológicas, 16% indicaram o ritmo de vida ou o facto de se sentirem mais saudáveis vivendo em zonas rurais. A terceira razão prende-se com laços familiares ou de infância, o que inclui alguns casos de pais que se mudam para estarem mais perto dos filhos. Nenhuma outra razão primordial foi citada por mais de 10% dos inquiridos. Encontramos um padrão semelhante no que diz respeito ao segundo grupo de razões, mas quando analisadas as últimas razões na tabela classificativa o custo de vida e admiração pelo país são referidos por mais de 10%.

Quadro 129. Razões expressas para a residência em quatro regiões Mediterrânicas (%)

Razões	Razão Principal (%)	Segunda (%)	3ª-8ª (%)	Todas (%)
Clima, outro ambiente natural	40.4	29.6	15.5	27.6
Ritmo de vida, sentir-se mais saudável	15.7	17.8	17.0	16.8
Custo de vida, habitação e impostos mais baixos	6.7	17.4	17.9	14.1
Vantagens sociais	2.7	7.7	16.1	9.4
Admiração pelo país	6.3	8.7	11.5	9.0
Laços familiares ou de infância	11.8	5.7	5.2	7.5
Antipatia pelo Reino Unido	7.6	5.3	5.7	6.2
Vantagens práticas	2.1	6.1	9.4	6.1
Trabalho ou negócios	6.8	1.6	1.5	3.3
Número de razões (100%)	925	768	1.109	2,802

Nota: 32 inquiridos (3,3%) não apresentaram razões.

Fonte: King *et al.*, (2000).

1.3. Britânicos reformados em Portugal

Contexto histórico

As Regiões da Madeira, Lisboa, Porto e Algarve são, historicamente, locais de residência para um largo número de britânicos a viver em Portugal, reflectindo antigas relações comerciais e, mais recentemente, preferências turísticas, de segunda habitação ou para gozar a reforma, especialmente no caso do Algarve.

Desde cerca dos anos 30 do século XX que existem pequenas comunidades britânicas a residir no Algarve. Contudo, a migração internacional de reformados (MIR) para o Algarve é um fenómeno recente: por exemplo, 34,7% dos inquiridos no Algarve nos finais da década de 90 por King *et al.*, (2000) tinham chegado a Portugal após 1990, e 71,2% tinham chegado após 1984, revelando valores mais altos do que em Malta, Toscânia e mesmo na Costa do Sol.

Nos anos 20 e 30 do século XX, pequenas “colónias” britânicas residenciais e sazonais estabeleceram-se no Algarve (Williams e Patterson, 1998). Eram sobretudo reformados que, na maioria das vezes, tinham trabalhado em colónias britânicas e se sentiam atraídos pelo clima. Os preços eram mais baixos e o valor das pensões permitia assim um maior poder de compra do que no Reino Unido. Nos anos 60 o turismo internacional chega a Portugal, especialmente ao Algarve e em menor proporção à Ilha Madeira e a Lisboa. O desenvolvimento do Algarve como local de residência para muitos estrangeiros antecede o seu reconhecimento como destino turístico, mas por volta dos anos 70, vários jornalistas verificaram um aumento do número de residentes britânicos permanentes.

Daí em diante, tanto o turismo internacional como as migrações internacionais de reforma aumentaram rapidamente, especialmente no Algarve. O Reino Unido foi, durante as últimas décadas do século XX, a maior fonte de turistas e muitos britânicos compraram segundas habitações com vários propósitos: para investimento e arrendamento a turistas, como segundas habitações, ou como futuras habitações permanentes durante o período da reforma. A importância da aquisição de segunda habitação continua a ser um facto significativo nos dias de hoje, com uma sondagem a colocar Portugal em quarto lugar na preferência dos britânicos para a localização de uma segunda habitação própria na Europa Continental.

Quadro 130. Distribuição de segundas habitações de indivíduos britânicos, 2003-2005 (%)

País	% de Todas as Segundas Habitações Britânicas
Espanha	34
França	23
EUA	6
Portugal	2
Itália	2
Outros países europeus	16
Outros países não europeus.	17

Fonte: DCLG (2006) citado em IPPR (2006).

Diferentes percursos para a reforma em Portugal

Existem dois percursos principais para a reforma de britânicos em Portugal:

- a) Em comum com outras localidades do Sul da Europa (King *et al.*, 1998), muitos dos britânicos reformados no Algarve já viveram ou trabalharam no estrangeiro. Cerca de metade dos indivíduos participantes no estudo (47,9%) já tinham vivido num outro país por um período mínimo de 3 meses e 37,7% viveram exclusivamente ou durante um período de tempo no estrangeiro nos 5 anos antes de se mudarem para Portugal. Isto vem sublinhar a complexidade das reformas internacionais - não é simplesmente um êxodo directo do Reino Unido para o Algarve no momento da reforma, realçando-se o facto de que ter-se trabalhado fora do país de origem reforça a confiança e o conhecimento que facilitam uma reforma no estrangeiro. Importante também neste contexto é a reforma *in situ* dos britânicos que trabalharam em Portugal, o que é extremamente importante tanto no que diz respeito a empregos de topo (principalmente nas grandes cidades), como no leque de serviços ao consumidor em destinos turísticos como sendo o Algarve;
- b) No Algarve, como em outras localidades Sul europeias, o turismo (88,9%) tem sido de longe o canal de informação mais importante no que concerne ao conhecimento prévio do país; os contactos profissionais registam um número de apenas 3,7% e as relações familiares 4,1% nas respostas obtidas no Algarve nos finais da década de 90 durante a pesquisa elaborada por King *et al.*, (2000). É também de notar que 28% dos inquiridos no Algarve encontravam-se a viver em casas que tinham sido previamente adquiridas como segundas habitações (Williams *et al.*, 2004). Este facto deverá ser menos significativo em outras áreas do país.

Britânicos em Portugal - números

É difícil obter estimativas concretas do número de britânicos a residir em Portugal devido à sua sub-estimação no recenseamento e ao seu não registo perante as autoridades. Este último pode resultar do facto de os residentes sazonais passarem diferentes períodos temporais em Portugal, o que encobre o seu estatuto residencial.

De acordo com a fonte portuguesa mais fiável, o SEF, existiam em 2005 19.592 britânicos a residir em Portugal. A pesquisa do IPRR, baseada numa avaliação subjectiva do número de migrantes não registados, sugere um número de 38.000 residentes permanentes e mais 11.000 a viver por períodos superiores a 3 meses mas não chegando a viver permanentemente. Apresenta-se assim uma estimativa de 49.000 no total, número 2,5 vezes superior aos totais oficiais. Num estudo alemão similar, os investigadores estimaram que a proporção entre indivíduos registados e não-registados surge na ordem dos 3,6. Se os mesmos números forem aplicados em Portugal, então o valor 49.000 pode estar a ser subestimado.

A comunidade de britânicos reformados passa diferentes períodos de tempo em Portugal. A única fonte fiável em que se sustenta esta afirmação é a pesquisa realizada por King *et al.* (2000) no final dos anos 90. Este estudo apenas inquiriu indivíduos que tinham passado pelo menos 3 meses no país, e os números revelam que, no Algarve:

- 54,4% podem ser considerados residentes permanentes, ou quase permanentes (>40 semanas);
- 19,6% têm a sua habitação principal em Portugal, mas não residem no país permanentemente (27-39 semanas) e;
- 13,0% são residentes sazonais (13-26 semanas).

Perfil etário dos britânicos residentes em Portugal

Os dados mais recentes sobre o perfil etário dos britânicos residentes em Portugal são fornecidos pelo SEF (*Quadro 131*). Assumindo que não existe uma discrepância relativamente às idades dos indivíduos registados e não registados, estes dados oferecem uma boa indicação da estrutura etária da população e da forma como se tem vindo a alterar nos últimos anos.

O perfil etário global dos britânicos residentes em Portugal é relativamente envelhecido. Em 2005, 46,9% tinham 50 anos ou mais, e 25,5% 60 anos ou mais. Comparativamente com 2001, os valores apresentados revelam um marcado envelhecimento do perfil etário, sendo que anteriormente 36,9% tinham mais de 50 anos e 15,9% mais de 60. Esta situação é, provavelmente, devida ao envelhecimento da população *in situ* juntamente com a contínua imigração de seniores britânicos.

Em 2005, de acordo com dados portugueses, contavam-se em Portugal 3.836 indivíduos britânicos do sexo masculino acima dos 65 anos e do sexo feminino acima dos 60, correspondendo à idade oficial da reforma para recebimento de pensões estatais. Estes números comparam-se com os fornecidos pelo DWP onde se contam 6.257 pensões sociais pagas em Portugal a indivíduos britânicos. Tendo em conta que alguns britânicos não estão sujeitos ao pagamento de pensões apesar de terem vivido durante um longo período de tempo no estrangeiro, tal sugere uma proporção de dois para um de indivíduos registados e não-registados entre os migrantes seniores - o que não se revela inconsistente com a estimativa do IPPR.

Quadro 131. Perfil etário dos britânicos residentes em Portugal, 2001-2005 (%)

Grupos Etários	2001 (%)	2005 (%)
0-4	566 (3.8)	729 (3.8)
5-9	645 (4.4)	825 (4.3)
10-14	630 (4.3)	789 (4.2)
15-19	547 (3.7)	666 (3.5)
20-24	506 (3.5)	668 (3.5)
25-29	639 (4.4)	828 (4.4)
30-34	943 (6.5)	1220 (6.4)
35-39	1173 (8.0)	1522 (8.0)
40-44	1075 (7.4)	1388 (7.3)
45-49	1130 (7.8)	1428 (7.5)
50-54	1550 (10.6)	1994 (10.5)
55-59	1513 (10.4)	2075 (10.9)
60-64	1319 (9.0)	1737 (9.2)
65+	1004 (6.9)	3097 (16.3)
Total	14.953	18.966

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

O estudo realizado por King *et al.* (2000) no final da década de 90, indicava que o perfil etário da comunidade britânica residente no Algarve era mais jovem em comparação com as comunidades instaladas em Malta, Costa do Sol e Toscana, devido ao início mais tardio dos fluxos de imigração para Portugal. Os números referentes a meados da década seguinte revelam o envelhecimento deste perfil demográfico, trazendo importantes implicações nas áreas da saúde e bem-estar.

Distribuição geográfica em Portugal

A informação mais precisa sobre a distribuição geográfica dos indivíduos britânicos em Portugal é fornecida pelo SEF, que apresenta dados por distrito (*Quadro 132*).

Em 2001, Faro (Algarve) era a mais importante localização para os britânicos, com mais de metade dos indivíduos (52,3%) a residirem neste distrito. A segunda maior concentração situava-se em Lisboa com

28,8%, seguida do Porto na 3ª posição com 6,2% e em 4º lugar a ilha da Madeira com 2,9%. Existe assim, um elevado nível de concentração na zona turística do Algarve (muitos dos migrantes fornecem serviços aos seus compatriotas), bem como nas duas principais cidades portuguesas, onde emprego e negócios são os principais atractivos.

Em 2005, a proporção de residentes britânicos em Faro aumentou para 54,6% e para 3,2% na Ilha da Madeira, sugerindo um fortalecimento da escolha de Portugal como lugar atractivo para a prática de turismo ou para viver durante o período da reforma. Em contrapartida, houve um decréscimo da proporção de indivíduos a viver em Lisboa (26,5%) e no Porto (5,4%). Em termos absolutos, verificaram-se aumentos em todos os distritos.

Quadro 132. Britânicos em Portugal por distrito, 2001-2005 (N.º)

Distrito	2001	2005
Aveiro	115	134
Beja	151	181
Braga	111	121
Bragança	7	13
Castelo Branco	25	28
Coimbra	327	451
Évora	19	23
Faro	7.822	9.790
Guarda	5	8
Leiria	158	192
Lisboa	4.300	4.767
Portalegre	53	78
Porto	900	979
Santarém	65	84
Setúbal	320	360
Viana do Castelo	80	99
Vila Real	11	12
Viseu	27	28
Açores	26	40
Madeira	431	589
Total	14.953	17.977

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Motivações para a reforma em Portugal

A única fonte credível sobre as motivações dos migrantes britânicos seniores a instalarem-se em Portugal é o estudo efectuado no Algarve por King *et al.* (2000), apresentado neste relatório em paralelo com os resultados comparativos das outras três regiões europeias estudadas.

As razões mais importantes para estes indivíduos terem decidido viver no Algarve durante o período da reforma prendem-se com o clima e com outros factores ambientais (44,2%), seguindo-se razões de saúde e o facto de poderem levar um ritmo de vida mais calmo (15,2%). Estas motivações são equivalentes às reveladas em outros países da Europa do Sul (por exemplo, Casado-Díaz *et al.*, 2002). A antipatia pelo Reino Unido, ligações profissionais ou de negócios são aqui mais importantes do que nos outros destinos, enquanto que a admiração pelo país e os laços familiares se revelam de menor importância. Portugal é claramente tido como um bom lugar para viver durante a idade da reforma por razões climáticas e de melhor qualidade de vida.

Quadro 133. Razões mais importantes na escolha de um país de destino, finais da década de 90 (%)

Razão Mais Importante	Toscânia	Malta	Costa do Sol	Algarve	Total
Custo de vida mais baixo (incluindo impostos)	2,9	8,6	6,2	6,9	6,7
Clima (incluindo outros factores ambientais)	15,4	37,5	48,1	44,2	40,4
Saúde, ritmo de vida mais calmo	10,6	14,6	18,4	15,2	15,7
Antipatia pelo Reino Unido	14,4	3	6,8	11,1	7,6
Admiração pelo país de destino	11,5	7,9	5	3,7	6,3
Relações de trabalho ou negócios	18,3	6	2,7	8,8	6,8
Laços familiares	19,2	15	8,9	8,8	11,8
Outros	7,7	7,5	3,9	1,4	4,8
Número de Inquiridos	104	267	337	217	925

Fonte: King *et al.* (2000).**Características sócio económicas dos idosos britânicos residentes**

O estudo realizado no Algarve é, mais uma vez, a única fonte de dados relativamente às características sócio-económicas dos britânicos residentes em Portugal para além do Recenseamento, que exclui parte destes e apenas inclui um número reduzido de características sociais. Apresentam-se em seguida elementos sobre a sua condição socio-económica, mudanças de residência no Algarve e forma de alojamento.

Estatuto sócio económico

Inevitavelmente, os britânicos seniores a residir no Algarve provêm de um vasto grupo com diferentes rendimentos e de diferentes meios educacionais e ocupacionais. Apenas aqueles com rendimentos mais baixos, não estão devidamente representados no referido estudo. Cerca de $\frac{3}{4}$ (72%) dos constituintes da amostra estão classificados como fazendo parte de estratos sociais elevados (I ou II), o que pode ser entendido como tendo exercido funções de nível elevado ou intermédio ou exercendo cargos de gestão. Esta realidade é similar à composição social das populações britânicas na Costa do Sol e na Toscânia (King *et al.*, 2000), e apresenta um perfil sócio-económico mais elevado do que para o total da população britânica.

Mudanças de Residência

Ao longo dos tempos, os residentes britânicos no Algarve têm vindo a relocalizar-se fora dos locais de concentração inicial na faixa costeira, como reacção ao crescente congestionamento e aumento do custo de vida causado pelo turismo e pelo desenvolvimento habitacional. O primeiro grupo concentrou-se maioritariamente (64,3%) nas zonas urbanas costeiras e em urbanizações (**Quadro 134**). Por volta de 1991/96, quando o turismo já havia alterado a imagem destas zonas costeiras, estas passaram a atrair apenas 36,1%. Dá-se então uma mudança, num segundo fluxo, para as zonas costeiras rurais, e dos fluxos seguintes para as zonas mais interiores e para a costa ocidental. Enquanto os primeiros migrantes se instalaram maioritariamente ao longo da costa, os grupos seguintes tenderam a instalar-se nas zonas costeiras rurais, no interior ou na costa ocidental algarvia. Tem-se vindo a verificar um crescimento consistente, ainda que modesto, do número de seniores britânicos a viver no interior e nas áreas não metropolitanas de Portugal entre 2001 e 2005 (**Quadro 134**). As entrevistas realizadas nesse mesmo estudo revelaram também que alguns dos primeiros a fixar residência em Portugal têm vindo a afastar-se da costa algarvia.

Quadro 134. Mudanças de residência no Algarve, 1998 (%)

Data de Chegada	% Indivíduos a Viverem nas Seguintes Zonas:			
	Urbanizações Costeiras	Zonas Costeiras Rurais	Interior & Costa Ocidental	Total
1961-75	64,3	17,9	17,9	28
1976-85	47,6	33,3	19	42
1986-90	46,8	29,9	23,4	77
1991-96	36,1	32,8	31,2	61
Total	46,2	29,8	24	208

Nota: Zonas costeiras rurais são zonas localizadas contiguamente à densamente edificada faixa costeira.

Fonte: Williams and Patterson (1998).

Habitação

A maioria dos britânicos residentes no Algarve possuem as suas próprias habitações, sendo poucos os que habitam casas alugadas. Não há diferenças significativas em termos de faixas etárias (King *et al.*, 2000). As vivendas são a habitação preferida no Algarve, reflectindo as preferências residenciais no Reino Unido. Contudo, as diferenças etárias são aqui importantes, uma vez que a fragilidade associada ao envelhecimento ou à perda do cônjuge estão relacionadas com as mudanças para outros tipos de habitação, melhor adaptadas a novas necessidades e circunstâncias. Na Região do Algarve, esta situação é evidente em termos da tipologia de habitação, sendo que cerca de 90% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e 80 anos habita em vivendas, enquanto apenas 69% dos indivíduos acima dos 80 anos o fazem (31% vivem em apartamentos).

Observa-se assim que os grupos etários mais velhos estão a adaptar-se às suas graduais necessidades, mudando-se para apartamentos. A disponibilidade imediata de apartamentos para comprar indica que não existe falta deste tipo de habitação no Algarve. Apesar de existir uma escassez de casas de repouso para reformados esta é uma situação que se tem vindo a alterar, sendo talvez um dos maiores desafios para o futuro (Warnes *et al.*, 2000).

Não obstante o facto de ser ainda característico de apenas uma minoria, existe uma apreciável propensão dos britânicos para possuírem uma segunda habitação. Só cerca de 30% de cada um dos três primeiros grupos que chegaram antes de 1990 mantiveram as suas casas no Reino Unido, mas este número aumentou para 47,6% no grupo que chegou entre 1991/96 (*Quadro 135*). As razões não são claras, podendo estar relacionadas com a dificuldade na venda de habitações no Reino Unido durante os anos 90 ou com o aumento da propensão para padrões residenciais duais, reflectindo talvez os maiores recursos dos grupos mais recentes de migrantes. Os dados sobre se as segundas habitações no Reino Unido se mantinham em 1996, apresentam níveis mais baixos para os dois primeiros grupos (pré 1980), mas mais de um quarto para os dois últimos grupos (1986-1996). Subsiste um pequeno grupo que mantém residência no Reino Unido mesmo entre o grupo residencial mais antigo.

Quadro 135. Manutenção de segundas habitações no Reino Unido, pesquisa realizada no Algarve, final dos anos 90

Data de Chegada	Manutenção de Habitação no Reino Unido		
	Inicialmente (%)	Ainda Mantém (%)	N.º de inquiridos
1961-75	31	13,8	29
1976-85	31,8	9,1	44
1986-90	32,5	26,9	83
1991-96	47,6	27	63
Total da amostra	36,5	17,8	219

Fonte: Williams *et al.* (2004).

1.4. Qualidade de vida dos residentes britânicos seniores

Integração

A única evidência directa sobre a integração social dos britânicos provém do estudo realizado por King *et al.* (2000) no Algarve. Os resultados obtidos na última década dos anos 90 indicam que:

- ▶ Os residentes britânicos encontravam-se mais fortemente integrados com os seus pares do que com os portugueses residentes no Algarve - notório nos seus vínculos associativos, padrões de amizade e nos meios de comunicação social que liam ou viam. Esta tendência apresentava-se com maior incidência nas urbanizações costeiras do que no interior;
- ▶ Existiam diferenças consideráveis na capacidade linguística, sendo que apenas 27% consideravam falar total ou parcialmente o português de forma fluente, enquanto que 19% não falava mais do que umas poucas palavras. Tais auto avaliações são pouco precisas embora permitam conhecer o nível de auto-confiança no uso da língua portuguesa. No entanto, o domínio da língua apresenta uma influência real em algumas áreas do dia-a-dia. Por exemplo, a mesma pesquisa revelou que apenas 43% dos inquiridos liam ocasionalmente um jornal português, sendo que apenas 40% consideravam poder lidar com formulários oficiais sem terem grandes problemas com a língua. Não surpreende por isso o facto de as dificuldades face à língua serem apontadas como um dos maiores problemas com que se deparam os residentes estrangeiros em Portugal;
- ▶ Existiram variações importantes no que diz respeito às datas de chegada. Os primeiros imigrantes, tal como seria de esperar, têm uma maior capacidade para falar português. Contudo, é notável que apenas 59% daqueles que chegaram antes de 1975 - isto é, mais de 20 anos antes da data da pesquisa - consideravam ser bastante fluentes no uso do português;
- ▶ Para muitos dos residentes britânicos, não há uma grande necessidade de falar pouco mais do que algumas palavras de português nas lojas. O resto do tempo é-lhes possível ver canais de televisão ingleses, ler jornais ingleses e encontrar-se com amigos em associações em que, mesmo que não sejam na sua maioria formadas por membros britânicos, o inglês é frequentemente usado como língua comum. Contudo, o mesmo não acontece com os britânicos que se instalaram em outras regiões, não existindo, no entanto, dados sobre a sua integração social ou capacidades linguísticas.

Bem-estar geral

O estudo realizado por King *et al.* (2000) fez uma comparação sistemática do bem-estar geral dos britânicos residentes no Algarve, Costa do Sol, Malta e Toscânia no final da década de 90. Os resultados mostram que os níveis mais altos de bem-estar geral (informações baseadas em características objectivas e auto-avaliações), ocorrem na Costa do Sol, com Malta e Toscânia muito perto da média geral, estando o Algarve num nível surpreendentemente baixo. A comparação entre a Costa do Sol e o Algarve é notável:

- ▶ O elevado nível de bem-estar no Sul de Espanha estava associado ao clima, a um estilo de vida activo, bons serviços hospitalares, instalações recreativas e sociais, excelentes ligações aéreas com o Reino Unido e poucas queixas a propósito dos serviços locais;
- ▶ Por outro lado, o fraco desempenho do Algarve está associada com a frequência elevada de problemas e desapontamentos (tanto grandes como pequenos): 12% revelaram-se desapontados com as estradas e o tipo de condução (3% nas outras três áreas) e 14% com o facto de encontrarem dificuldades em verem o trabalho feito nas suas casas (4% nos outros estudos de caso). Outros factores de desapontamento eram 2,5 vezes mais comuns no Algarve incluindo a sujidade, o lixo e a poluição, os serviços públicos de gás, água e electricidade, o aumento do custo de vida e os elevados custos das companhias de aviação.

É difícil saber em concreto porque razão a avaliação sobre o nível de bem-estar é tão fraca em comparação com as outras áreas. Pode dever-se ao facto dos britânicos terem chegado mais recentemente ao Algarve do que aos outros locais, estando ainda em período de habituação ao estilo de vida em Portugal ou talvez porque o Algarve se desenvolveu mais rapidamente enquanto zona turística e habitacional para reformados do que nas outras áreas em estudo, havendo uma maior ruptura e várias mudanças ambientais que surgem como fontes de irritação no dia-a-dia.

Apesar dos residentes britânicos terem apresentado factores de insatisfação em diferentes aspectos da vida no Algarve, este continua a ser o local considerado como tendo o estilo de vida mais satisfatório pela maior proporção de indivíduos (90%). Apesar de grande parte das suas preocupações serem apenas incómodos e não grandes factores de insatisfação, a saúde apresentava-se como uma das áreas que suscitava maiores inquietações.

Saúde

O estudo realizado por King *et al.* teve lugar no final da década de 90, e não possui qualquer informação sobre a utilização actual de serviços de saúde por residentes britânicos, uma vez que já se verificaram várias reformas no sistema de saúde português, nomeadamente em 2002. As principais preocupações no final da década de 90 prendiam-se com:

- As limitações dos serviços de saúde locais e a necessidade de viajar até Lisboa, ou mesmo até ao Reino Unido para tratamentos especializados;
- Inconsistências na tipologia e qualidade dos médicos de clínica geral ou médicos de família;
- Talvez em resposta a estas ideias, os residentes britânicos no Algarve revelavam maior propensão para possuírem seguros de saúde do que os residentes das outras três áreas em estudo (**Quadro 136**). Esta situação aplica-se aos cuidados hospitalares em Portugal e no Reino Unido, e aos custos de cuidados de enfermagem ao domicílio em ambos os países.

Quadro 136. Britânicos com seguro de saúde privado, finais da década de 90 (%)

Tipo	Algarve	Média nos 4 Países
Custos hospitalares, Portugal	60,6	48,7
Custos hospitalares, Reino Unido	56,6	37
Custos de viagem para tratamento no Reino Unido	24,9	15,2
Custos de serviços de enfermagem ao domicílio, Portugal	31,2	27,3
Custos de serviços de enfermagem ao domicílio, Reino Unido	30,8	19,4
Sem seguro de saúde	30,3	40,5

Fonte: King *et al.* (2000).

Os serviços de saúde britânicos não têm de providenciar cuidados de saúde gratuitos a cidadãos que têm vivido fora do país. Apesar de que a manutenção de segunda habitação no Reino Unido ou a existência de familiares a viver no país, torne tais direitos, na prática, indistintos. As entrevistas realizadas no final da década de 90 sugerem que muitos dos residentes britânicos em Portugal se mantiveram inscritos no SNS Britânico, para o caso de necessitarem de tratamentos específicos. Em qualquer dos casos, 70% dos residentes seniores britânicos em Portugal usufruíam de seguros de saúde.

Se estiverem registados junto das autoridades fiscais portuguesas, trabalharem em Portugal (contribuindo para o sistema da Segurança Social) ou estiverem em idade de reforma, então os residentes britânicos têm acesso ao serviço de saúde público português nas mesmas bases que os cidadãos portugueses. Aqueles que se encontram reformados devem registar-se, preenchendo o formulário E121. Se estiverem reformados

mas abaixo do limiar da idade de reforma, podem candidatar-se a dois anos de serviços de saúde gratuitos, sendo para isso necessário o preenchimento do formulário E106.

Os grupos que levantam maiores preocupações são: aqueles que não possuem seguro de saúde privado, os que se encontram em situação de reforma mas abaixo da idade da reforma; indivíduos de todas as idades que residem a maior parte do ano em Portugal mas não se encontram registados perante as autoridades portuguesas. Os 30% de indivíduos registados no final da década de 90 sem seguro de saúde privado, representam uma proporção que, embora inferior em comparação com os outros países do Sul da Europa, se deve considerar bastante elevada. No entanto, este valor pode ter sofrido alterações desde então. Por exemplo, um estudo sobre residentes britânicos com mais de 45 anos a viver na Costa Blanca/Espanha, revelou que 67% estavam cobertos ou pelos serviços de saúde britânicos ou pelos serviços de saúde espanhóis, 17% por ambos, 12% por seguros de saúde privados e apenas 3% não tinham qualquer cobertura ao nível da saúde (La Parra e Mateo, 2008).

Seja qual for o número exacto de indivíduos que não estão formalmente cobertos pelos direitos de acesso a serviços de saúde públicos ou privados, este é, potencialmente, um grupo problemático. É este o grupo que, num estudo sobre os residentes britânicos em Espanha, Rosenmoller e Lluch (2006: 67) designam de “população flutuante”. A “população flutuante” ou os “falsos turistas” são residentes que habitam em Espanha por mais de três meses mas sem regularizarem a sua situação, viajando entre o seu país natal e Espanha. Devido à sua transumância, é difícil de avaliar o número real de indivíduos nesta situação. Muitos proprietários europeus não se registam perante as autoridades e nem sequer consideram essa hipótese, uma vez que utilizam a sua residência em Espanha como segunda habitação, residindo sazonalmente nesse país. Como turistas estão assegurados quaisquer cuidados de saúde através do formulário E111 (ou mais recentemente através do novo Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD)). Alguns possuem também um seguro de viagem ou um seguro de saúde privado. Estes indivíduos levantam preocupações para as autoridades portuguesas, uma vez que é difícil saber o número exacto de população que pode recorrer aos serviços locais de saúde para atendimento. Nem todos os idosos britânicos residentes em Portugal preencheram o formulário E121 transferindo os seus direitos (e fundos) para os serviços de saúde portugueses locais. Existem preocupações óbvias com a saúde e o bem-estar destes indivíduos, especialmente quando necessitam de cuidados de saúde não urgentes, para os quais a sua situação de “visitante temporário” não se revela adequada. No entanto, não existem dados precisos para a escala deste potencial problema. O principal problema reside no facto de que, enquanto tiverem acesso a cuidados médicos de emergência *in situ*, estão excluídos dos cuidados de saúde preventivos, podendo deparar-se com algumas dificuldades no caso de internamentos hospitalares prolongados.

1.5. Mudança para Portugal

Enquanto a mudança do Reino Unido para Portugal, nos anos 20 ou mesmo nos anos 60, constituía uma espécie de aventura, nos dias de hoje é algo muito comercializado e organizado. No presente relatório é tido em conta o papel do sector das agências imobiliárias privadas e a informação fornecida aos indivíduos.

Agências do sector privado: aquisição de propriedades

Identifica-se, nos dias de hoje, uma considerável actividade de venda de propriedades em Portugal a estrangeiros do Norte da Europa. Esta inclui tanto fontes de informação documental (nomeadamente um vasto número de guias dando indicações sobre o estilo de vida em Portugal), como *sites* na Internet. Existe também um grande número de agências imobiliárias no Reino Unido e em Portugal, *sites* na Internet e feiras de imobiliário. Um indicador da importância de Portugal para os possíveis compradores imobiliários do Reino Unido surge com base numa pesquisa levada a cabo pelo IPPR (2006) acerca do

número de propriedades no estrangeiro, por país, listadas nos três maiores *sítes* imobiliários da Internet. Deve notar-se que nem todas estas propriedades são destinadas a residência, podendo também ser adquiridas para aluguer durante períodos de férias ou investimentos especulativos.

Quadro 137. Top 10 dos destinos estrangeiros mais publicitados nos três maiores sites imobiliários na Internet (N.º)

País	Número de Propriedades Listada para Venda
Espanha	23.834
Bulgária	7.456
Chipre	5.261
França	3.356
Turquia	2.608
Itália	1.925
Portugal	1.858
EUA	1.194
Grécia	389

Fonte: Listagem total das propriedades nos seguintes sítios da Internet.
(www.worldofproperty.co.uk, www.homesoverseas.co.uk and www.property-abroad.com) (13/10/2006).

Portugal aparece em 7º lugar nesta classificação, à frente da Grécia e dos EUA, mas muito atrás de Espanha (mesmo em termos proporcionais, tendo em conta as diferenças entre as populações dos dois países). É também de notar que se encontra abaixo da Turquia e da Bulgária, o que indica a abrangência da procura de propriedades dos compradores britânicos.

Em Portugal, a maioria das propriedades anunciadas para venda situa-se no Algarve: por exemplo, a 15 de Novembro de 2007 o *website* www.worldofproperty.co.uk apresentava 516 propriedades para venda no Algarve, seguido da costa de Lisboa com apenas 12 propriedades e 11 no restante país. No entanto, outros *websites* de venda *on-line* apresentam um crescente interesse na aquisição de propriedades fora do Algarve.

Adequação do conhecimento e informação

Uma revisão da informação apresentada em variados *websites* sobre aquisição de propriedade e residência no estrangeiro indica que a maioria disponibiliza pouca informação sobre leis de propriedade e impostos locais. Continua a ser motivo de preocupação o nível de preparação dos residentes britânicos não apenas para viver em permanência em Portugal, mas também para as suas necessidades, em mudança à medida que vão envelhecendo. A maioria dos entrevistados ou inquiridos no estudo realizado por King *et al.* (2000) no Algarve no final dos anos 90, apresentava-se globalmente satisfeita com a sua vida em Portugal, sendo que muitos possuíam recursos financeiros ou outros para fazer face a necessidades futuras, incluindo a possibilidade de regressar ao Reino Unido. Contudo, existem relatos de indivíduos que revelavam necessidades e dificuldades, situações que podem vir a aumentar à medida que os residentes britânicos em Portugal vão envelhecendo.

Um relatório de 2006 apresentado pela BBC (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/6165955.stm>) realçava esta problemática no contexto da Costa do Sol em Espanha, embora situações similares também se possam aplicar ao contexto português:

- Bruce McIntyre, cônsul britânico em Málaga, afirmou que muitos dos seus funcionários lidavam frequentemente com casos de pessoas reformadas há 15 anos, mas que se encontravam em situações de desespero agora que haviam envelhecido;
- Após a morte de um dos parceiros, o outro muitas das vezes está muito velho ou encontra-se incapacitado para sair à rua e comprar alimentos, tal como afirma McIntyre;

- Em algumas situações, os maus investimentos imobiliários ou a má gestão das reformas originam situações de pobreza extrema;
- Os reformados britânicos têm de perceber que muitos dos países europeus não possuem as mesmas condições de bem-estar que existem no Reino Unido, não existindo, na maioria das vezes, casas de repouso, assistência médica domiciliária, assistência comunitária ou refeições domiciliárias.

As dificuldades compõem-se em resultado dos diferentes direitos de acesso aos benefícios da segurança social, apesar de existir um mútuo acordo entre os serviços sociais em Portugal e no Reino Unido. Os indivíduos que migraram para trabalhar em Portugal, podem encontrar-se em desvantagem aquando da chegada à idade da reforma devido à fragmentação das suas vidas profissionais entre vários países, uma vez que continuam a existir dificuldades em transferir direitos de vida além das fronteiras externas da UE. Existem também dificuldades para os indivíduos que se deslocaram no final da vida activa ou após a reforma entre os estados membros da UE (Ackers and Dwyer, 2002; Dwyer, 2000).

1.6. Trajectórias futuras

Esta secção tece considerações sobre as possíveis trajectórias futuras do quantitativo de britânicos residentes em Portugal. Primeiramente, considerámos a emigração futura do Reino Unido, seguida da discussão da problemática entre o escolher ficar *versus* regressar ao país de origem no final da vida.

Emigração potencial do Reino Unido

É difícil prever as tendências futuras da emigração do Reino Unido apenas com base em pesquisas de opinião, uma vez que as intenções não reflectem automaticamente a emigração efectiva. Uma sondagem (baseada numa amostra de cerca de 1.000 adultos no Reino Unido em Julho de 2006) revelou que 54% consideraram ou considerariam emigrar do Reino Unido. Mais significativo é o facto de 13% ter activamente considerado emigrar, o dobro da proporção observada numa pesquisa efectuada no ano de 2003. O total da amostra é menor e a noção de “activamente considerar” é difícil de avaliar através deste tipo de pesquisa. Não obstante, os resultados sugerem um forte e, possivelmente, crescente interesse em viver no estrangeiro revelado por todas as faixas etárias. Estes resultados são consistentes com o aumento da emigração do Reino Unido desde o início do ano 2000.

O estudo realizado pelo IPPR (2006) também estima que, tendo em conta o perfil etário da população e o aumento das tendências de emigração, poderão existir, no ano 2050, cerca de 3.3 milhões de pensões britânicas pagas no estrangeiro. Tais previsões a longo prazo são pouco fidedignas, indicando no entanto o potencial de aumento do número de idosos britânicos a residirem fora do Reino Unido.

Os destinos preferenciais, de acordo uma pesquisa realizada em Agosto de 2004 pelo Banco da Escócia, eram países de língua inglesa, especialmente a Nova Zelândia, Austrália e Canadá, seguidos de destinos no Sul da Europa, como sendo França e Espanha.

Quadro 138. Locais preferenciais dos pensionistas britânicos para viver fora do Reino Unido (%)

Ranking dos Países	Países Preferenciais para Viver Fora do Reino Unido
1.	Nova Zelândia (11%)
2.	Austrália (7%)
3=.	Canadá (6%)
3=.	França (6%)
5.	Espanha (5%)

Fonte: <http://www.hbosplc.com/media/pressreleases/articles/bos/2007-08-13-WhereBriti.asp?section=bos>.

Factores determinantes de emigração futura

Apesar de todas estas estimativas serem problemáticas, uma análise dos factores que tendem a influenciar a emigração em idade mais avançada, indica que continuarão a existir fortes razões para esperar um crescimento acentuado desse fluxo. Existem também indicações de que Portugal continuará a ser um destino importante, embora enfrente considerável concorrência de outros destinos.

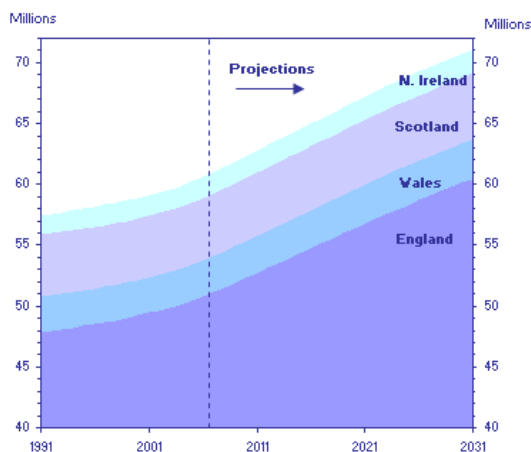
Rendimento e poder de compra

De uma forma geral, os rendimentos reais no Reino Unido, em termos de poder de compra no estrangeiro, aumentaram rapidamente nos últimos anos (a crise do sector financeiro de 2007/08 veio interromper esse crescimento). Apesar das pensões sociais serem inferiores aos padrões do Norte da Europa, continua a existir um acesso considerável a esquemas bem remunerados de fundos de reforma privados ou profissionais. Estes encontram-se pressionados, respectivamente, pela mudança do salário final para um esquema definido de vantagens e pela crescente volatilidade do mercado de valores. Os rendimentos do trabalho e de pensões são bastante distintos. Contudo, ainda persiste um vasto grupo populacional que dispõe de rendimentos substanciais e de riqueza (especialmente pela valorização de imóveis, com o Reino Unido a revelar os valores mais altos nos preços dos imóveis), beneficiando também de uma taxa de câmbio relativamente favorável. No entanto, a convergência de preços e a adopção do Euro indicam que Portugal irá, provavelmente, tornar-se num destino mais dispendioso para os migrantes britânicos.

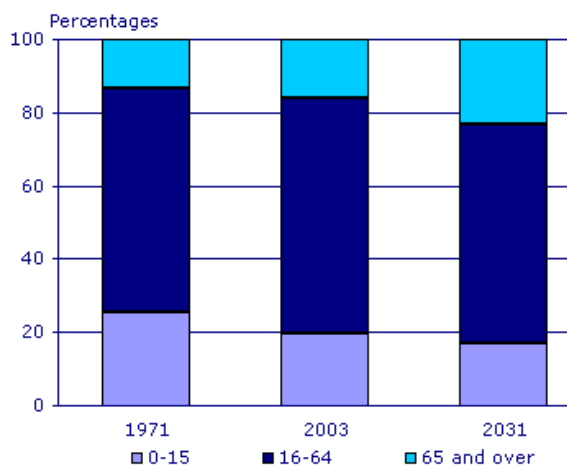
Perfil do envelhecimento populacional

A população do Reino Unido tem vindo a aumentar de uma forma relativamente rápida, resultante de elevadas taxas de imigração, prevendo-se um aumento dos cerca de 60 milhões actualmente para 70 milhões no ano 2031 (**Figura 88**).

Em comum com a maioria dos países europeus, mas menos do que em determinados países (por exemplo, Itália), a população do Reino Unido também está a envelhecer. Prevê-se que a proporção de indivíduos com mais de 65 anos aumente de 16% em 2003 para 22% em 2031. Este envelhecimento reflecte tanto o ciclo natural da vida dos indivíduos nascidos na altura do *baby boom* após a Segunda Grande Guerra, como o aumento da esperança de vida (**Figura 89**).

Figura 88. População actual e futura no Reino Unido, 1991-2031 (N.º)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (NOS).

Figura 89. Estrutura populacional actual e futura no Reino Unido, 1971-2031 (%)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (NOS).

Mudanças na vida profissional

Há duas mudanças significativas na vida profissional que trazem implicações contraditórias nas migrações internacionais de reforma.

O aumento do número de pessoas a trabalhar no estrangeiro amplia o conhecimento, a confiança, as redes sociais e, por vezes, as motivações para a reforma fora do Reino Unido. O estudo realizado por King *et al.* (2000) vem confirmar o número relativamente vasto de britânicos que se reformam no estrangeiro, tendo vivido fora do Reino Unido antes da reforma por um período mínimo de 3 meses (49%).

No Reino Unido, tal como na maioria dos outros países europeus, houve um aumento no que diz respeito à idade “oficial” da reforma, com o aumento gradual da idade de reforma das mulheres para os 65 anos por forma a aproximar-se da dos homens, sendo que ambas foram elevadas para os 67 anos nas últimas décadas. É também evidente que a média da idade real de reforma está a aumentar no Reino Unido após várias décadas caracterizadas por um elevado número de reformas antecipadas. Este facto pode desencorajar a procura por residência no estrangeiro, embora as experiências relativas à reforma e à pré-reforma tendam a permanecer extremamente diferenciadas.

Propriedades imobiliárias

Muitos dos britânicos a residir no estrangeiro possuíam imóveis nesses países, provavelmente como segundas habitações, antes de migrarem de forma “permanente”. A posse de propriedades imobiliárias no estrangeiro é assim um sinal relevante de uma eventual migração futura.

Uma sondagem realizada pelo *ICM Research* a pedido do *Barclays Bank* permite um melhor conhecimento das intenções dos britânicos quanto à aquisição de propriedades imobiliárias no estrangeiro. Esta pesquisa estimou que 5% da população do Reino Unido, cerca de 2.2 milhões, já possuíam uma habitação fora do país (valor surpreendentemente elevado e que necessita de ser confirmado através de mais pesquisas), e mais 5% - outros 2.2 milhões - afirmaram estar determinados a adquirir um imóvel no estrangeiro. As intenções não se convertem necessariamente em aquisições, e a estas nem sempre sucede uma ocupação sazonal por longos períodos de tempo ou mesmo permanente. Contudo, estes dados são indicadores de uma potencial procura flutuante. Esta pesquisa identifica também os dez potenciais destinos mais procurados pelos britânicos que demonstram intenção de adquirir uma propriedade no estrangeiro. Portugal encontra-se classificado no 7º lugar da tabela, contabilizando 5% do total.

Quadro 139. Intenções de aquisição de imóveis no estrangeiro: países de destino (%)

Países de Destino	(%)
Espanha	30
EUA	15
França	14
Itália	10
África do Sul	6
Dubai	5
Portugal	5
Bulgária	3
Croácia	2
Marrocos	1

Fonte: Amostra de 1001 adultos, Outubro 2005, realizada por ICM Research. (<http://www.icmresearch.co.uk>).

Estes dados incluem casas de férias e investimentos imobiliários, tal como é indicado pela presença do Dubai nesta listagem. No entanto, enquanto se continua a referir Portugal como local atractivo, também se realçam destinos fortemente competitivos como é o caso da Croácia e da Bulgária.

Dados mais precisos sobre as migrações internacionais de reforma são apresentados numa pesquisa realizada pela *Saga*, um dos maiores fornecedores britânicos de serviços de lazer e seguros a consumidores idosos. Relata que a grande maioria dos britânicos que compram imóveis fora do país para a habitarem durante a reforma continuam a preferir Espanha e França, mas locais como Itália e Portugal encontram-se em segundo lugar nas preferências (www.saga.co.uk). Porém, evidencia também um interesse crescente por novos locais, tais como a Croácia e a Bulgária ou países da Europa Central. A Florida é um destino popular no que concerne à compra de habitações para férias, mas as leis de imigração tornam difícil a mudança permanente durante essa altura das suas vidas. A África do Sul tem-se revelado um destino bastante popular, da mesma forma que vários países asiáticos, embora estes em menor proporção.

Competição de acordo com custo de vida e turismo

Portugal aparenta continuar a ser um importante destino de reforma para os britânicos, dentro do grupo dos tradicionais destinos da “Europa do Sul”. Contudo, tal como já foi mencionado, há um aumento na aquisição de imóveis em outros países que não os países de língua oficial inglesa e os tradicionais destinos no Sul da Europa. Turquia, Bulgária e Croácia surgem como fortes concorrentes, especialmente devido ao baixo custo de vida e preço dos imóveis.

Migração em cadeia - a importância das relações

Espera-se que Portugal venha a ser um dos maiores beneficiados de fluxos migratórios de reforma provenientes do Reino Unido, dado o avolumar de conexões entre ambos os países. Em primeiro lugar, Portugal tem sido um popular destino turístico para os britânicos, e em segundo lugar existe já um grupo substancial de reformados britânicos a residirem em Portugal, nomeadamente na zona do Algarve. A presença desta comunidade, os serviços especializados que se desenvolveram para suprir as necessidades dos mesmos e o desenvolvimento de associações e clubes que satisfazem os seus interesses diários, facilitará futuramente uma maior migração de britânicos para Portugal durante o período da reforma. Não menos importante, é o facto de muitos britânicos conhecerem alguém que vive ou que tem uma casa em Portugal, facto importante na tomada de decisão na hora da mudança para um outro país (Williams *et al.*, 2000; 2004).

Transportes e comunicações

A deslocalização para Portugal é também facilitada por alterações nos transportes e nas comunicações:

- Tem-se verificado uma rápida expansão das ligações aéreas entre Portugal e o Reino Unido, especialmente através do aumento dos voos em companhias aéreas de baixo custo para aeroportos regionais, o que reduz consideravelmente os custos financeiros e o tempo das viagens entre ambos os países. O aeroporto de Faro tem sido particularmente beneficiário desta tendência (*Quadro 140*);
- Os desenvolvimentos das TIC (como sendo a Internet, câmaras *web* e telemóveis com câmara) vieram facilitar muito os contactos com a família e amigos após a migração.

Quadro 140. Voos directos de Faro para aeroportos no Reino Unido, Novembro 2007

Birmingham	Belfast	Blackpool	Bournemouth
Bristol	Cardiff	Coventry	Doncaster
Exeter	Gatwick	Heathrow	Leeds
Luton	Manchester	Newcastle	Norwich
Nottingham	Southampton	Stanstead	

NB - Alguns destes voos estão apenas disponíveis nos meses de Verão. Apresentam também frequências diferentes, variando de diários a semanais.

Resumo das migrações futuras

É difícil fazer previsões fiáveis para além do curto prazo. Contudo, pesquisas sobre as intenções dos britânicos para emigrar e adquirir propriedades no estrangeiro sugerem a probabilidade de um aumento considerável e sustentado para viver num país estrangeiro no final dos anos de vida. Uma análise dos principais factores determinantes de tal procura confirma que será esse o cenário provável, nomeadamente devido ao envelhecimento populacional, aos rendimentos reais e poder de compra e aos progressos ocorridos nos transportes e comunicações. Há também factores que influenciam negativamente esse cenário, incluindo a reforma tardia e incertezas acerca das pensões; porém, estas serão, muito provavelmente, superadas pelos factores positivos.

Portugal fica assim a beneficiar destas tendências devido às aquisições de imóveis já efectuadas ou intenções para tal, às melhorias nas ligações aéreas a aeroportos regionais no Reino Unido e à existência de migrações em cadeia para as já relevantes comunidades britânicas, nomeadamente no Algarve. Todavia, o aumento dos preços e do custo de vida em Portugal no contexto da valorização cambial do Euro e a crescente concorrência de outros países no Sul da Europa levantam questões sobre a atractividade de Portugal a médio e longo prazo.

As comunidades britânicas envelhecidas em Portugal

A outra grande questão sobre as trajectórias futuras diz respeito aos actuais residentes britânicos em Portugal. Será que irão permanecer em Portugal à medida que vão envelhecendo e ficando mais débeis ou irão regressar ao Reino Unido?

Permanecer ou regressar?

É sempre difícil avaliar as intenções migratórias de regresso ao país de origem. As opiniões dadas pelos indivíduos enquanto activos ou logo após a reforma, não são necessariamente uma orientação fiável para as decisões a tomar pelos indivíduos (ou pelas famílias em nome destes), quando se tornam mais débeis ou se deparam com situações de crise como sendo a perda de um parceiro ou doenças debilitantes.

O estudo levado a cabo pelo IPPR (2006) - baseado num questionário *on-line* necessariamente pouco representativo - concluiu que apenas uma minoria de britânicos a viver actualmente no estrangeiro desejavam voltar ao Reino Unido para aí viver definitivamente. Existem duas razões principais para regressarem enquanto são relativamente novos e se encontram activos: as saudades da família e amigos (dos netos em particular) e, para os menos ricos, o facto de descobrirem que os custos de vida são significativamente maiores do que os esperados. Os *focus group* da pesquisa realizada pelo IPPR mostram algumas preocupações relativamente ao facto de poderem não conseguir suportar o regresso ao país, uma vez que os preços das habitações no Reino Unido têm vindo a aumentar drasticamente nos últimos anos.

No caso específico do Algarve, o estudo realizado por King *et al.* (2000) no final dos anos 90, permitiu um melhor conhecimento das intenções futuras de então. Os mais de 220 inquiridos no estudo, todos com idade superior a 50 anos, foram questionados sobre as suas decisões residenciais futuras em resposta a um número de diferentes situações hipotéticas. No geral, existia um forte compromisso em permanecer em Portugal a longo prazo (**Quadro 141**). Grande parte dos inquiridos afirmou que regressaria ao Reino Unido se tivesse que enfrentar uma crise que ameaçasse o seu modo de vida, mas uma proporção substancial ficaria mesmo sendo incapaz de comprar as suas próprias provisões (35%), se a sua saúde ou a da sua esposa piorasse (31%), se a sua esposa falecesse (42%), ou mesmo que tivessem de desistir de gerir a sua própria casa (14%).

Quadro 141. Permanecer: respostas condicionadas dos britânicos residentes no Algarve nos finais dos anos 90 (%)

Data de Chegada	Se não conseguissem comprar as suas próprias provisões	Se a sua saúde ou a da esposa piorasse*	Se a esposa falecesse	Se tivessem de desistir de gerir uma casa
1961-75	48	59,1	53,3	30,4
1976-85	37,2	39,5	33,3	18,4
1986-90	38	23,4	42,6	12
1991-96	23,3	24,6	42,3	6,7
Total	34,8	30,9	41,6	13,8

Fonte: Williams and Patterson (1998).

Contudo, é importante observar como estas proporções variam entre os vários grupos de migrantes de acordo com a data de chegada. As proporções daqueles que permaneceriam são perto ou acima de 50% em quaisquer das situações hipotéticas para aqueles que chegaram antes de 1975. Apesar deste número ser menos claro para os restantes grupos, indica que, ao longo dos anos, os migrantes parecem ficar mais ligados a Portugal, na medida em que as suas ligações com o Reino Unido vão enfraquecendo. É certo que não sabemos se estas intenções acontecerão realmente ou se estes indivíduos optarão por regressar ao Reino Unido quando realmente tiverem que enfrentar estas crises.

Questões relacionadas com os idosos britânicos em situação debilitada em Portugal

À medida que os residentes britânicos em Portugal vão envelhecendo e visto que cerca de um terço não voltará ao Reino Unido mesmo que enfrente uma situação pessoal ou de saúde grave, um conjunto de questões deve ser tido em conta tanto por estes residentes como pelas autoridades portuguesas. Estes desafios estão a surgir mais tardiamente em Portugal - em comparação com outros destinos no Sul da Europa - devido ao aumento relativamente recente da imigração britânica em comparação com países como Itália, Malta ou Espanha.

Um dos maiores desafios será em relação à habitação. A maioria dos britânicos possui as suas próprias habitações e vive em domicílios relativamente espaçosos, muitas das vezes em urbanizações situadas nas periferias. Um número crescente está também a viver em zonas rurais. Futuramente, haverá a necessidade de alojamentos específicos: pequenos apartamentos com bons acessos a serviços (numa fase inicial) e, mais tarde, moradias (com alguns serviços mais direccionados).

À medida que a população se vai tornando mais debilitada, irá exigir mais tratamentos hospitalares para diversas situações de saúde. Existirá também uma necessidade de diferentes cuidados pessoais e de enfermagem, tanto ao domicílio como em casas de saúde/repouso. Alguns destes residentes possuirão uma competência linguística limitada do português, o que poderá trazer problemas adicionais aos indivíduos e àqueles que lhes providenciam cuidados.

Os recursos disponíveis por esta população idosa debilitada são diversos. Muitos possuem boas pensões e grandes poupanças que servem para pagar tais cuidados, mas outros não têm tais recursos. Mesmo aqueles com boas pensões podem descobrir que os valores das mesmas têm vindo a decrescer ao longo do tempo. Há ainda grandes questões sobre os níveis e tipos de apoio que estes indivíduos poderão encontrar nas suas famílias, amigos e vizinhos em Portugal, bem como na comunidade britânica e em organizações voluntárias. Porém, em qualquer dos casos, é inevitável a necessidade do Estado intervir na prestação de serviços sociais e de saúde. Esta situação coloca questões quanto à prestação de serviços em Portugal, tanto ao nível nacional como local, para as companhias de seguros de saúde e para os fornecedores de cuidados especializados ao nível da saúde e habitação.

Resumo

Portugal é um destino importante das migrações internacionais dos reformados britânicos. Este facto tem sido baseado não só no aumento da emigração britânica em geral e nas migrações de reforma em particular, como também na atractividade específica de Portugal. Em Portugal, os britânicos têm vindo a concentrar-se na zona do Algarve, apesar de se encontrarem números significativos em Lisboa, Porto e na Ilha da Madeira.

Apesar das limitações de informação tornarem difícil precisar números, a informação disponível sugere não só um número significativo de migrantes britânicos idosos em Portugal, mas também que esse número tem vindo a aumentar rapidamente, sendo esse aumento especialmente evidente no caso daqueles que se encontram em idade da reforma.

As experiências dos migrantes britânicos seniores em Portugal são, de um modo geral, positivas. Todavia, uma auto-avaliação das suas experiências de vida realizada no final da década de 90 sugere que se encontravam menos satisfeitos acerca do bem-estar social geral, em comparação com residentes britânicos noutros países do Sul da Europa. Os serviços de saúde revelaram ser uma das maiores preocupações da altura, mas também as dificuldades linguísticas e em lidar com os serviços administrativos portugueses locais. Notou-se também a existência de questões particulares relacionadas com os cuidados de saúde daqueles que não estavam registados perante as autoridades ou que não possuíam qualquer seguro de saúde adequado.

Olhando para o futuro, é provável que a migração sénior do Reino Unido para Portugal continue a ser significativa, podendo aumentar futuramente dadas as condições favoráveis no Reino Unido. Porém, é de considerar um aumento da concorrência por parte de outros países, para além de outras fontes de incerteza a médio e longo prazo: o declínio acentuado do custo da habitação no Reino Unido durante o ano de 2008 poderá causar, pelo menos temporariamente, uma desaceleração no ritmo de aquisição de propriedades noutros países.

A migração sénior para o Algarve tem uma história breve em comparação com países como Itália ou Espanha; assim os residentes britânicos - quando estudados numa pesquisa realizada nos finais da década de 90 - surgiam com um perfil relativamente jovem e activo. Estes estão, contudo, a envelhecer e aumenta o número dos que ingressam na faixa etária dos mais idosos e debilitados. Uma minoria, embora em proporção significativa (cerca de um terço), apresenta-se decidida a permanecer em Portugal mesmo se confrontada com grandes dificuldades do foro pessoal. Este facto levanta grandes questões quanto à prestação futura de serviços especializados nas áreas da habitação, cuidados domiciliários, casas de saúde

e repouso e serviços de apoio geriátrico, tanto para os indivíduos com recursos pessoais financeiros consideráveis como para aqueles que são relativamente empobrecidos.

2. Estudo de mercado sobre idosos alemães em Portugal

2.1. Introdução

Num estudo que analisa as necessidades dos cidadãos mais idosos em Portugal uma análise de mercado dos idosos alemães que revelam interesse em residir em Portugal pode, à partida, parecer uma questão marginal. Contudo, durante as duas últimas décadas foi possível observar um aumento do interesse dos reformados alemães por viver em Portugal. Apesar deste país não ser ainda um lugar preferencial para as migrações de reforma, a presença de indivíduos germânicos tem vindo a aumentar. Não obstante, existe uma falta considerável de informação acerca das suas condições de vida, relações sociais, motivações, desejos e problemas.

Não são muitas as pesquisas disponíveis a centrar-se neste segmento populacional e nas suas características sócio-económicas, não chegando mesmo a haver conhecimento do seu número exacto. As estatísticas oficiais sobre migrações e estatutos de residência apresentam-se fragmentadas, uma vez que apenas indicam o número de residentes que alteram a sua residência oficial e/ou apresentam pedidos de autorização de trabalho. Assim, o elevado número de estrangeiros não registados, bem como o número daqueles que apenas residem sazonalmente em Portugal não aparece nas estatísticas oficiais.

Devido à falta de dados sobre os migrantes germânicos, esta abordagem terá que combinar técnicas de análise de fontes primárias e secundárias. Fundamenta-se na experiência e trabalho produzido por académicos que investigam este tema. Inclui conhecimento de base da Rede Científica sobre “Migrações Internacionais na Europa: política de bem-estar e implicações práticas para pessoas idosas” financiada pela *European Science Foundation* (ESF) - (Fundação Europeia de Ciência). Este estudo, em conjunto com os resultados de duas pesquisas levadas a cabo em Espanha, permitirá, por analogia, extrair algumas conclusões.

2.2. Portugal no contexto europeu de regimes migratórios

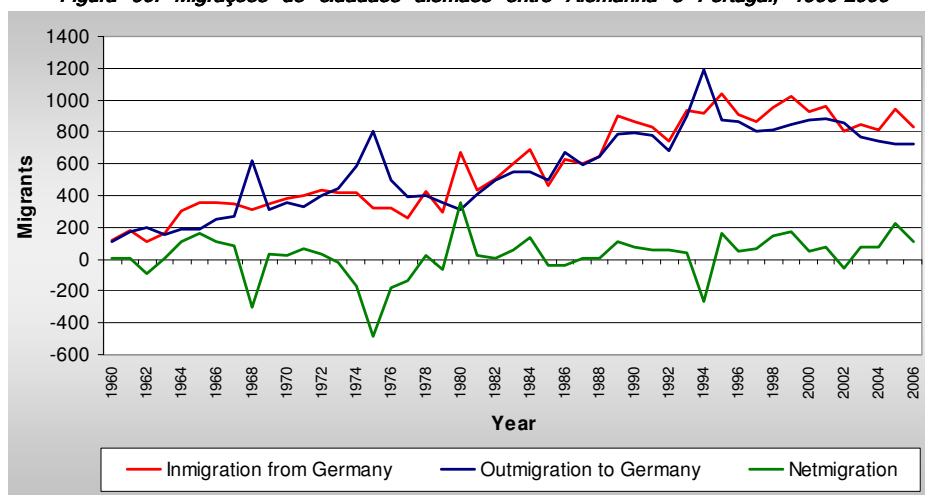
Durante muitas décadas após a Segunda Grande Guerra, os padrões migratórios entre Portugal e outros países europeus eram caracterizados por grandes fluxos migratórios de trabalhadores para cidades no Norte da Europa. A Alemanha era um destes destinos (Freund, 2003), mas quando Portugal se torna membro da UE o regime migratório altera-se completamente. Desde o início dos anos 90, o número de estrangeiros que entram no país supera o número dos cidadãos portugueses que emigram, tornando Portugal num país de imigração em vez de país de emigração (Fonseca *et al.*, 2005, p.1).

Migração da população alemã entre Alemanha e Portugal

Parte desta transição dá-se com o envolvimento de cidadãos alemães nas migrações com destino a Portugal. Considerando os fluxos migratórios de entrada e saída entre ambos os países no período compreendido entre 1960 e 2006 (*Figura 90*), apresentam-se duas ideias chave:

- ▶ Durante o período em análise podemos observar um aumento constante do número de migrantes. Desde o início dos anos 90 que existe um aumento no número de chegadas e de partidas;
- ▶ Desde 1990 que se podem observar ganhos médios substanciais no que diz respeito a migrações. A relação para a totalidade deste período é de 27.603 emigrantes alemães para 26.656 migrantes que regressam.

Figura 90. Migrações de cidadãos alemães entre Alemanha e Portugal, 1960-2006



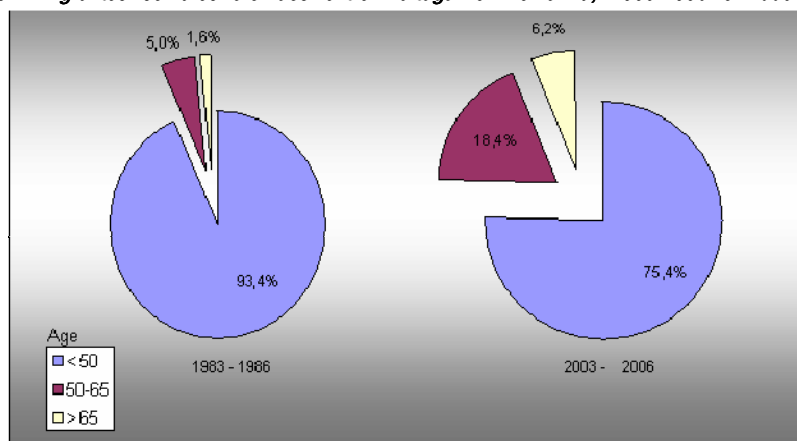
Fonte: Datafile Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2007).

Portugal como destino de migrações internacionais de reforma

Na Europa, as migrações *de reforma* costumavam estar vastamente confinadas às fronteiras nacionais. Apenas nas últimas décadas se começou a verificar um aumento do número de migrantes idosos para além das fronteiras nacionais, dirigindo-se muitos deles para países mediterrânicos. Muitos destes migrantes são oriundos da Europa Central e do Norte e encontram-se numa faixa etária entre os 50 e 60 anos de idade quando decidem mudar a sua residência para zonas mais soalheiras, utilizando esta sua nova habitação de forma sazonal ou permanente. A importância desta área geográfica como destino para os alemães, pode estar associada tanto à imagem fornecida pelos media como pelo conhecimento adquirido através do turismo massificado. A acessibilidade turística também sofreu grandes progressos através da existência de voos mais frequentes e económicos, tendo encorajado o desenvolvimento de infra-estruturas que sirvam turistas e residentes alemães. Devido à liberalização do mercado de trabalho europeu e ao aumento das necessidades de serviços sociais e profissionais, muitos profissionais alemães e empresários trabalham nos sectores da saúde e dos serviços.

A investigação levada a cabo sobre migrações internacionais de reforma (MIR), suporta a tese de que este tipo de migração baseada no conforto climático é o resultado de estratégias individuais de melhoria da qualidade de vida. Na procura de melhores ambientes, os migrantes seniores revelam uma preferência por boas condições climáticas e paisagens atractivas que lhes permitam o usufruto de actividades de lazer ao ar livre (Warnes e Williams, 2000). Muitas destas áreas coincidem com destinos turísticos (Williams *et al.*, 2000; Rodríguez, 2001). Espanha é, indubitavelmente, o país que no Mediterrâneo mais migrantes alemães reformados atrai (Breuer, 2003; Friedrich, Kaiser e Buck, 2004). Os números apresentados têm vindo a evoluir de forma estável desde os finais dos anos 60 com o aumento das taxas anuais, culminando num *boom* no final da década de 90.

Contudo, e desafiando o domínio espanhol, Portugal tem-se vindo a tornar um destino internacional preferencial para os migrantes seniores alemães. Uma análise longitudinal dos fluxos migratórios internacionais de entrada e saída de idosos alemães (50 ou mais anos) entre Alemanha e Portugal, revela semelhanças e diferenças face ao padrão migratório discutido acima. Comparável a estes fluxos é a relação equilibrada entre migrantes que saem e regressam bem como o número baixo de entradas e saídas durante as décadas de 60 e 70. No entanto, têm vindo a ocorrer aumentos significativos desde meados da década de 80. Apesar do volume migratório durante o período entre 1983-86 apresentar uma média anual de 77, este aumenta para 393 no período entre 2003-06. Durante este período, a proporção de indivíduos idosos entre os migrantes alemães, altera-se de 6,6% para 24,6% (Figura 91).

Figura 91. Migrantes seniores alemães entre Portugal e Alemanha, 1983-1986 e 2003-2006 (%)

Fonte: Wanderungsdatei Statistisches Bundesamt, 2007.

2.3. A comunidade alemã em Portugal - contando os incontáveis

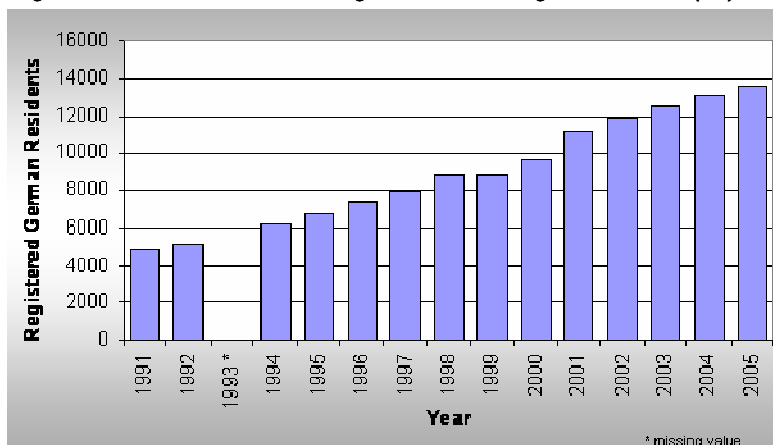
Um dos principais objectivos desta análise é aprofundar o conhecimento sobre o número de indivíduos germânicos a viver em Portugal e a proporção de idosos dentro deste grupo. Este é também um objectivo em todos os outros países mediterrânicos nos quais os cidadãos não têm obrigatoriedade de se registarem como residentes. Há muitas razões que levam os migrantes a não se registarem no seu país de destino, tais como o manter o direito à segurança social e outros benefícios, evitar impostos sobre os rendimentos e a propriedade, e assegurar a liberdade de regresso ao seu país de origem. De acordo com anteriores estudos sobre a situação de alemães em Espanha, é sabido que a maioria dos indivíduos mantém uma outra habitação na Alemanha, não procedendo ao registo no país de acolhimento como residentes. O geógrafo espanhol Salva Tomas (2002, p. 91) estimou que apenas cerca de um terço dos alemães que vivem nas Ilhas Baleares se encontram legalmente registados. Tal como já foi mencionado, esta situação põe em causa a fiabilidade dos dados oficiais.

Número registado e estimado de residentes germânicos

De acordo com estatísticas da OCDE (2007, p. 338; baseadas nos dados dos censos portugueses), em 2001, viviam cerca de 24.300 alemães em Portugal. Deste modo, este grupo populacional situa-se no segundo lugar entre todos os estrangeiros europeus a residir em Portugal. Os dados do *Eurostat* e do SEF, apresentam, no entanto, 13.571 cidadãos de nacionalidade alemã, apenas metade da anterior estimativa. Tal como podemos verificar na **Figura 92**, verifica-se um aumento estável deste número entre 1991 e 2005, tendo triplicando durante esse período.

A grande discrepância entre os dados oficiais requer o uso de outras aproximações. De forma a obter-se um número mais realista de alemães a viver em Portugal e da proporção de idosos a viver dentro deste grupo, contactaram-se 12 especialistas internacionais por *e-mail*. Foi-lhes pedido que avaliassem os dados de acordo com os grupos populacionais registados e que indicassem quais os factores a utilizar para obter um número real de alemães a viver em Portugal com o objectivo de prever números futuros (permanência anual de 3 meses ou mais). A metodologia de análise Delphi modificada revelou-se um sucesso, com 7 especialistas de renome sobre migrações internacionais de reforma (3), migrações internacionais (2) e a situação em Portugal (2) a darem resposta em apenas poucos dias.

Figura 92. Residentes alemães registados em Portugal, 1991-2005 (N.º)



Fonte: Eurostat, 1991-2000; SEF, 2007.

Dois resultados principais podem ser delineados a partir do **Quadro 142**:

- Segundo a avaliação dos especialistas, o número de indivíduos alemães foi multiplicado pelo valor médio de 3,64. Como resultado, o valor real estimado da população alemã em Portugal em 2005 era de 49.398 indivíduos;
- Uma vez que o número de migrantes alemães durante a próxima década se espera que seja ligeiramente inferior às anteriores, a previsão para 2015 aponta para um número até 68.139.

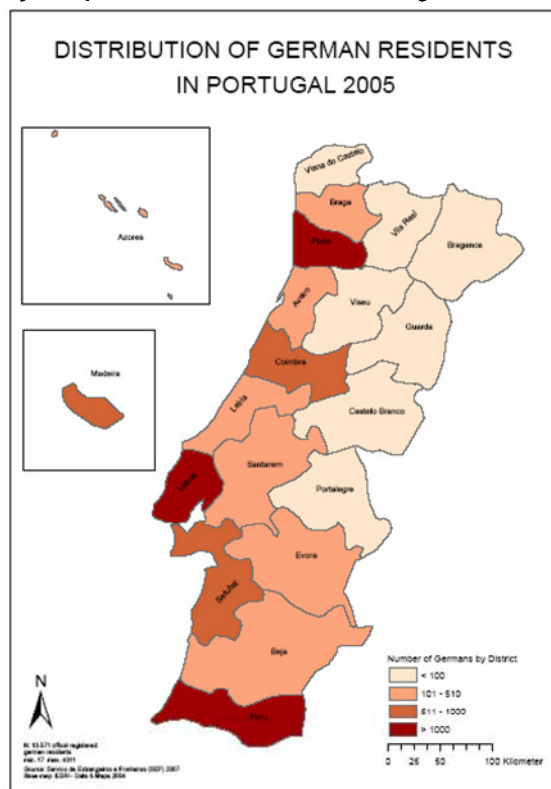
Quadro 142. Avaliação do número real da população alemã em Portugal

Registados	residentes em 2005	13.571
	variação média anual período 1991-2005	623
	%	12,9
Avaliação dos especialistas	factor de multiplicação para uma estimativa mais realista	3,64
	(min. 2.5; max. 5)	
	variação média anual período 2005-2015	517
	%	10,7
	(min. -10; max. 18)	
	número estimado de Alemães	
	em 2005	49.398
	em 2015	68.139

Distribuição espacial em Portugal

A distribuição dos residentes alemães registados em Portugal por distrito sublinha a semelhança com outros destinos de migrações internacionais de reforma no Sul da Europa. Revela-se uma clara preferência por zonas costeiras devido à sua imagem positiva como destino turístico reconhecido. Faro (Algarve), Lisboa e Porto apresentam as maiores concentrações de alemães (até 4.311) que, em conjunto, perfazem 70% desta população. Por outro lado, zonas rurais e distritos periféricos, como os localizados na fronteira oriental portuguesa, contam com menos de 100 alemães (Bragança 17).

Figura 93. Distribuição espacial dos residentes alemães registados em Portugal, 2005 (N.º)



Fonte: SEF, 2007.

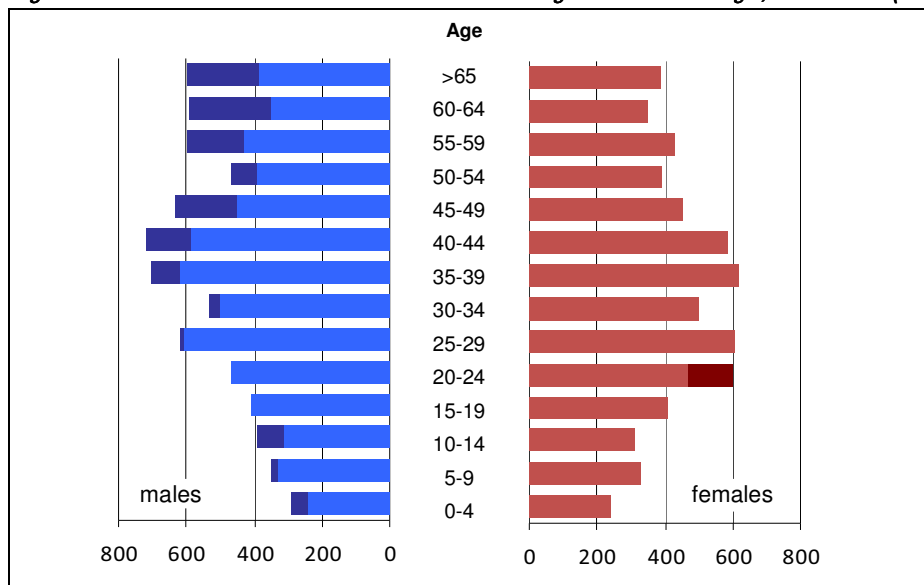
Os idosos alemães em Portugal

Nas estatísticas oficiais sobre habitação, os residentes alemães com mais de 55 anos correspondiam a 2.946 indivíduos, ou seja 21,7% do total. Se considerarmos análises obtidas através de outros estudos no Sul da Europa estes estão, obviamente, sub-representados. Nesses locais, os idosos do Norte da Europa constituem uma proporção significativa da comunidade de indivíduos dessa nacionalidade. De acordo com os valores estimados por Salva Tomas (2002), os indivíduos com mais de 55 anos representavam 42,6% do total da população alemã em Maiorca. Se compararmos a estrutura etária seguinte (*Figura 94*) com a apresentada em Maiorca (*Figura 95*), esta reflecte o comportamento dos idosos face ao registo num país, mas não a representatividade real dos números em Portugal. Juntamente com as razões acima mencionadas, é possível que estes indivíduos, por comparação com indivíduos mais novos, se sentissem menos obrigados a um registo, por razões de natureza profissional e familiar.

Solicitou-se também aos especialistas que se pronunciassem acerca da proporção actual e futura de idosos (55 anos ou mais) dentro do total do número de indivíduos a viver em Portugal. A sua avaliação (*Quadro 143*) pode-se resumir da seguinte forma:

- A proporção actual de idosos alemães nos dados oficiais, de acordo com os especialistas, é muito baixa, sugerindo que a percentagem de indivíduos com 55 anos ou mais irá aumentar dentro dos próximos 10 anos para 35%;
- Como resultado, o número actual de idosos alemães na população em 2005 é situado nos 16.350 esperando-se um aumento do mesmo durante a próxima década para 23.985.

Figura 94. Estrutura etária dos residentes alemães registados em Portugal, 1991-2005 (N.º)



Fonte: SEF, 2007.

Quadro 143. Avaliação dos números reais da população sénior alemã (55+) em Portugal

Registados	seniores 2005	2.946
	% de alemães	21,7
	variação média anual período 2001-2005	202
Avaliação dos especialistas	percentagem actual de idosos % (min. 21,7; max. 40)	33,1
	percentagem futura de idosos % período 2005-2015 (min. 21,7; max. 40)	35,2
	número estimado de idosos em 2005	16.350
	em 2015	23.985

Um dos especialistas - com experiência em migrações internacionais de reforma para Portugal - justifica a conclusão de que, futuramente, haverá um aumento no número de idosos, como base no envelhecimento e aumento da riqueza da população.

2.4. Idosos alemães no estrangeiro: perfil, atitudes e necessidades - aprendendo com Maiorca

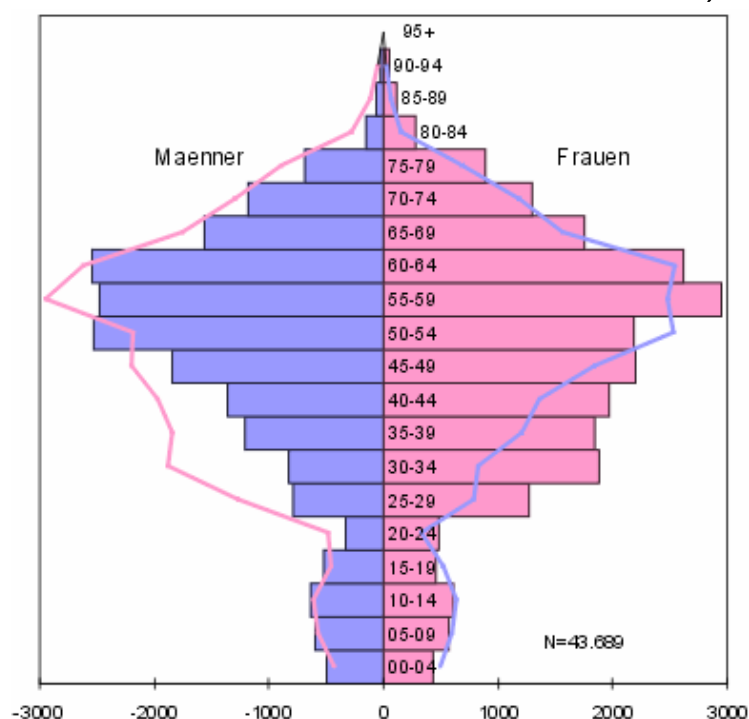
Nesta secção ter-se-á em conta as características, motivações e ajustamentos das condições de vida dos reformados alemães residentes em Portugal. Contudo, tal como já foi mencionado, as fontes estatísticas *standard* fornecem informações pouco precisas sobre este padrão migratório. Devido a esta situação, as nossas próprias análises com base em duas pesquisas sobre migrantes alemães com 55 anos ou mais realizadas em Espanha, servirão de analogia no delinear de conclusões. O estudo realizado em Maiorca (Friedrich e Kaiser, 2001) consiste em 360 entrevistas presenciais, sendo que a pesquisa realizada na Costa Blanca se baseia em 104 (Buck, 2004). Os resultados de ambos os estudos podem ser transferidos para a situação dos alemães em Portugal, uma vez que reflectem e se relacionam com os resultados obtidos noutros estudos sobre a migração nos últimos anos de vida no Sul da Europa (Rodríguez *et al.*, (Eds.) 2005; Casado-Díaz *et al.*, 2004).

Características sócio-económicas e demográficas

Quando os primeiros idosos alemães se instalaram em Maiorca nos finais dos anos 60, os preços dos imóveis e o custo de vida eram significativamente mais baixos do que na Alemanha. Desde então, os preços têm aumentado substancialmente após a entrada de Espanha na UE e a reviravolta económica da ilha dado ao turismo em massa e à maioria de alemães idosos que se instalaram durante os anos 90. Como consequência do aumento estável do custo de vida e dos preços, a diversidade sócio-económica entre os residentes alemães tem aumentado.

É importante que se note que apenas 70% dos migrantes actuais decidiram mudar-se para Maiorca quando se encontravam entre os 50 e os 69 anos de idade, 23% eram mais novos e 7% mais velhos. A suportar esta afirmação apresenta-se a **Figura 95**, realçando o facto de que os migrantes representam uma população idosa relativamente jovem, sendo a média de idades de 66 anos.

Figura 95. Estrutura etária da estimativa de residentes alemães em Maiorca, 2001 (N.º)



Fonte: Informações escritas por Salva Tomas, 2001.

Cerca de 90% dos migrantes tinham já tido várias experiências em Maiorca enquanto turistas, antes de decidirem residir na ilha por um período de tempo mais longo. Este tipo de experiências influencia a decisão dos migrantes no que diz respeito à escolha da localização específica da sua nova habitação, determinando também as suas percepções e opiniões sobre a sociedade e cultura maiorquina, bem como das suas expectativas face ao seu dia-a-dia enquanto alemães a residir em Maiorca. A mudança para Maiorca está geralmente associada a relações positivas e a uma mudança para uma vida mais activa e saudável.

Antes de chegarem a Maiorca, a grande maioria residia exclusivamente na zona oeste da Alemanha e muitos estavam reformados de um emprego a tempo inteiro. Um elevado número, tratava-se de trabalhadores independentes e apresentavam níveis educacionais mais elevados. Contudo, um maior número do que o esperado de idosos alemães vivia em condições de vida bastante mais simples. Dois terços dos residentes (66%) em Maiorca viviam conjugalmente e perto de 30% viviam sozinhos.

Tipo de habitações e modo de vida

A preferência por localizações perto da costa está de acordo com as orientações e vivências turísticas dos alemães. Contudo, após anos de despovoação, as zonas rurais e interiores de Maiorca depararam-se com um *boom* no que diz respeito à procura de propriedades para compra, atraindo também indivíduos que desejavam ter uma segunda habitação e migrantes idosos. As suas habitações encontravam-se localizadas em 3 locais distintos: estâncias turísticas costeiras (55%), urbanizações junto ao mar ou na zona costeira interior (30%) e em zonas rurais (15%).

Quadro 144. Tipo de alojamento dos indivíduos alemães a viver em Maiorca e características dos seus ocupantes

TIPO 1 - Cidades costeiras	TIPO 2 - Urbanizações	TIPO 3 - Habitações rurais
Aumento contínuo desde os anos 60.	Desde os anos 70; <i>Boom</i> nos anos 90.	Desde os anos 70; <i>Boom</i> nos anos 90.
Apartamentos, habitações próprias, casas pequenas.	Planeamentos ordenados; apartamentos, casas ou <i>villas</i> , com infra-estruturas de lazer e serviços gerais.	Aquisições individuais; recuperação e restauro de antigas habitações ou novas <i>villas</i> .
Faixa etária mais alta; maior proporção de solteiros e estratos sociais mais baixos.	Proporção mais elevada de trabalhadores independentes.	Proporção mais elevada de trabalhadores independentes e proporção mais baixa de reformados.
Proprietários (81%); Apartamentos (66%).	Proprietários (94%); Apartamentos (42%).	Proprietários (88%); Apartamentos (14%).
Vizinhança variada; 40% maioria alemã.	Vizinhança na maioria alemã (53%) e estrangeira (25%).	Vizinhança na sua maioria espanhola/maiorquina; apenas 22% são alemães.
Média de permanência: 8,7 meses; Competência linguística normal.	Média de permanência: 7,9 meses; fraca competência linguística.	Média de permanência: 9,5 meses; melhor competência linguística e locais de interesse.
80% gostariam de ficar para sempre em Maiorca.	68% gostariam de ficar para sempre em Maiorca.	94% gostariam de ficar para sempre em Maiorca.

Fonte: Pesquisa própria, análise de Claudia Kaiser.

Três em cada quatro alemães continuavam a residir na sua primeira habitação adquirida em Maiorca, enquanto um em cada quatro já havia mudado de residência pelo menos uma vez. Metade vivia em apartamentos e a outra metade em vivendas ou *villas* particulares com grandes diferenças de tamanho e qualidade, sendo que 85% eram proprietários e 15% inquilinos. Uma característica típica da MIR é o uso sazonal das habitações (Kaiser e Friedrich, 2002). Contudo, o tempo de permanência médio de indivíduos alemães em Maiorca é de 8,6 meses, o que por si já indica a importância da permanência total mas oculta diferenças substanciais entre a população alemã: 37% permanece entre 3 a 6 meses, 21% entre 7 e 10 meses e 42% durante, pelo menos, 11 meses ou permanentemente. Os migrantes sazonais preferem, de um modo geral, permanecer em Maiorca durante os meses de Inverno e Primavera.

Outra categoria importante para a avaliação da situação habitacional dos migrantes é se Maiorca se tornou a sua zona habitacional exclusiva ou apenas de segunda habitação. Cerca de 30% abandonaram a sua habitação anterior na Alemanha, encontrando-se neste grupo a maior proporção de indivíduos com 70 anos ou mais (40%), e os indivíduos que permanecem em Maiorca por um período mínimo de 11 meses (56%). Alguns indivíduos com residência oficial na Alemanha estão apenas formalmente registados em casas de familiares (na sua maioria nas casas dos filhos) ou amigos, por razões de saúde ou de impostos.

Identificação regional e relações sociais

Uma característica importante para uma migração de sucesso é a integração na sociedade de acolhimento. Devido a este pré-requisito, os idosos alemães foram questionados sobre as suas relações sociais, competências linguísticas, relações com o país de origem e orientações espaciais.

De forma a analisar as suas relações sociais, os idosos alemães a viver na Costa Blanca foram questionados sobre com quem se relacionavam em Espanha e quais dessas pessoas eram importantes para eles. Em média foram identificadas 8,1 pessoas. As relações na amostra de Els Poblets mostraram uma autonomia distinta: 6 indivíduos da média de 8,1 são residentes da comarca. O número de relações significativas desenvolve-se rapidamente, mas não aumenta significativamente. Por outro lado, o tipo de relações estabelecidas vai mudando. Durante a fase inicial, mais de metade (52%) dos indivíduos incluídos na rede de relações sociais são vizinhos, sendo que 71% são considerados bons conhecidos/amigos. Em famílias que residem em Maiorca durante períodos mais extensos (>2 anos), apenas um terço das suas relações (35%) são compostas por vizinhos, sendo que 85% das suas relações são consideradas como de bom conhecimento ou relações de amizade. Obviamente que os laços afectivos com os seus pares aumentam em correlação com o aumento do tempo de residência.

A adequabilidade dos ambientes residenciais dos migrantes no que diz respeito às necessidades de apoio à medida que vão envelhecendo não pode ser avaliada sem ter em conta os indicadores sociais, como sendo a composição da vizinhança destes indivíduos, as suas relações sociais e o nível de participação nas comunidades. Como tem vindo a ser apresentado por outros autores, a maioria dos estrangeiros numa faixa etária envelhecida a residir em Espanha tendem a permanecer entre os seus conterrâneos. Em Maiorca, 41% dos alemães vive exclusivamente em vizinhanças alemãs, 37% em vizinhanças compostas por estrangeiros de várias nacionalidades (com os britânicos a serem o segundo maior grupo) e apenas 22% residem em vizinhanças que são na sua maioria maiorquinas ou espanholas. A competência linguística entre os idosos alemães não se revela tão pobre como a revelada pelos britânicos a residir em Espanha. Não obstante, apenas 20% dos entrevistados afirma ter um bom e fluente conhecimento do Castelhana, não tendo, no entanto, qualquer conhecimento do Maiorquino, a língua oficial da ilha. A competência linguística insuficiente é tanto a consequência como a causa das relações sociais limitadas com a população local. Apesar de, nos dias de hoje, muitos dos assuntos relacionados com o quotidiano poderem ser facilmente tratados em alemão, os fracos conhecimentos linguísticos continuam a ser um problema crucial quando se trata de aceder aos cuidados de saúde ou a burocracias locais. Outro indicador importante da integração na sociedade de acolhimento é a frequência da participação em associações de natureza social. Nesta área, a população idosa alemã apresenta-se mais contida em comparação com a população de outras nacionalidades, como, por exemplo, os britânicos. Verifica-se que 22% participam em actividades com os seus conterrâneos, 15% com expatriados e 17% com indivíduos da comunidade local.

A opção de regressar à Alemanha está intrinsecamente associada à qualidade das relações familiares e aos laços inter-geracionais de parentesco. Mais uma vez, muitos dos idosos alemães com família mantêm as relações com visitas regulares, telefonemas ou outras formas de comunicação, como sendo a Internet. No entanto, um número considerável de entrevistados ou não tinha filhos ou tinha perdido o contacto com os seus descendentes.

Por fim, devem ainda ter-se em conta as comunidades transnacionais, argumento comum que se afirma promover a integração entre grupos nacionais. Contudo, à luz dos resultados, esta afirmação que tende a ser perspectivada como positiva, não pode ser corroborada, uma vez que observámos que os cidadãos idosos estrangeiros propendem a ser um grupo à parte na sociedade de acolhimento. Esta análise assemelha-se aos resultados obtidos por estudos levados a cabo com imigrantes provenientes da Grã-Bretanha, Holanda e Escandinávia. A organização espacial da maioria apresenta-se emocionalmente alinhada com outros alemães: 50% da amostra populacional relembra a Alemanha como “Heimat” (local onde se

sentem em casa), contra 30% que sentem o mesmo relativamente a Espanha. Apenas cerca de 6% vêm Alemanha e Espanha como sendo ambas “Heimat”.

Potenciais factores de risco no processo de ajustamento a problemas relacionados com a idade

Factores importantes para a avaliação de opções e estratégias no processo de ajustamento de grupos de risco a problemas relacionados com a idade são, para além da saúde, se os migrantes reformados farão uso das suas residências maiorquinas de forma sazonal ou permanente e se irão continuar a ter residência na Alemanha.

Em média, passou uma década desde o início da migração para Maiorca e a pesquisa realizada no ano 2000, sendo que durante este tempo também os migrantes foram envelhecendo. Todavia, a maioria dos entrevistados continua a afirmar estar em boas condições de saúde, à excepção daqueles com 70 ou mais anos de idade, dos quais 13% avaliam a sua condição de saúde como tendo piorado.

Tal como indicado por vários estudos, os migrantes sazonais tendem a fazer o melhor uso das vantagens providenciadas tanto no país natal como no país de destino. Estas vantagens podem, por exemplo, estar relacionadas com as diferenças climáticas sazonais, com as diferenças nas suas redes de relações sociais ou com as diferenças no acesso aos respectivos sistemas de saúde³. Sendo assim, são apenas os imigrantes alemães que residem permanentemente em Maiorca e que não possuem qualquer residência na Alemanha, que se apresentam como potenciais grupos de risco.

A causa mais óbvia que limita o acesso dos migrantes às situações acima apresentadas está intrinsecamente relacionada com o factor monetário. Aqueles que possuem rendimentos mais altos ou que beneficiam de seguros de saúde privados têm acesso a tratamento médico privado bem como a cuidados de enfermagem, os quais são providenciados por empresários alemães ou por organizações alemãs em Maiorca. Desta forma, os problemas relacionados com a língua encontram-se minimizados dentro deste grupo. Por outro lado, os alemães que vêm para Maiorca no início da reforma, com pensões ligeiramente mais baixas, não têm capacidade para suportar os gastos em serviços privados, tendo que se sujeitar aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde espanhol. A competência linguística torna-se de extrema importância para este grupo, pois é necessário que os compreendam e se sintam “em casa” quando são tratados em hospitais ou casas de repouso.

Fracos contactos sociais e pequena ou nenhuma participação em actividades sociais (associações, clubes ou igrejas e em redes de relações sociais mais familiares), são factores de risco que eventualmente levam à solidão e ao isolamento. Este factor tende a piorar para aqueles que residem em vizinhanças pouco estáveis. Por exemplo, os habitantes de zonas residenciais exclusivas de imigrantes sazonais em detrimento de migrantes permanentes, por constituírem territórios desabitados durante longos períodos de tempo, à semelhança dos imigrantes que preferem um estilo de vida mais tranquilo nas zonas rurais, constituem-se como grupos em maiores condições de risco. Enquanto os imigrantes idosos têm um parceiro, este tipo de situações são mais fáceis de gerir. Porém, 31% dos migrantes, no mínimo, vivem sozinhos, sendo que 17% já eram solteiros quando chegaram a Maiorca e 14% enviuvou depois da chegada.

Praticamente todos, excepto os três primeiros potenciais factores de risco identificados para os alemães que envelhecem debilmente em Maiorca (residência permanente, não existência de residência na Alemanha, fracos conhecimentos linguísticos, baixos rendimentos, inexistência de um seguro de saúde privado, vizinhanças instáveis e reduzidos contactos sociais, bem como perdas de contacto com parentes), são também relevantes para qualquer indivíduo que se depare com sérios problemas que advêm do envelhecimento, sejam eles de nacionalidade alemã ou espanhola (ou portuguesa). Contudo, três aspectos

³ Uma estratégia muito comum entre os migrantes sazonais em Maiorca assenta em tirar partido do clima da ilha durante o Inverno e a Primavera, mas continuando a usufruir de tratamentos de saúde e dentários na Alemanha, especialmente quando o tratamento de doenças mais sérias, como o Cancro, é necessário.

adicionais marcam a diferença: primeiro, o facto de viverem numa cultura e sociedade estrangeira (mesmo que as comunidades habitacionais maioritariamente alemãs em Maiorca sugiram o contrário); segundo, não terem capacidade de acesso ao sistema social alemão da mesma maneira que os seus pares que residem na Alemanha; e terceiro, o facto de terem organizado o seu estilo de vida e estarem motivados para uma vida calma aquando da mudança para Maiorca. Este último aspecto é um argumento primordial, uma vez que o ambiente mediterrânico (clima, etc.) pode, por um lado, aliviar o fardo do envelhecimento, mas por outro a escolha das habitações raramente é compatível com as necessidades específicas da idade que surgem mais tarde. As preferências e as decisões dos migrantes antes de se mudarem para Maiorca de forma permanente, tê-los-ão levado a descurar outros aspectos importantes da qualidade de vida, como sendo a proximidade e as boas relações com familiares e amigos. Do ponto de vista psicológico, aqueles que não tem outra opção que não seja a de regressarem à Alemanha no fim das suas vidas, podem sentir que o seu projecto de vida acabou por falhar.

2.5. Preferências alemãs na escolha de propriedades residenciais em Portugal

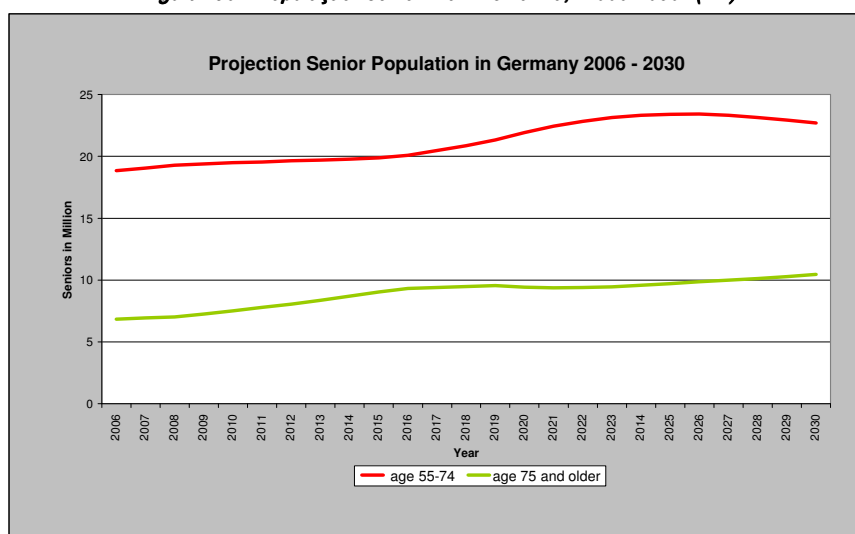
Características demográficas e futuras tendências populacionais na Alemanha

Uma análise de alguns padrões correntes e tendências futuras da população alemã como país de origem disponibiliza informação sobre o provável desenvolvimento demográfico do potencial grupo-alvo que se mudará para Portugal nas próximas décadas.

Actualmente, a Alemanha tem uma população de cerca de 82.4 milhões. Até 2030 este número irá decrescer para cerca de 77.2 milhões. Este resultado da 11ª projecção populacional calculada pela *Federam Statistical Office* (Statistisches Bundesamt, 2006) assenta num pressuposto de continuidade das actuais tendências demográficas. As razões para este declínio populacional são a constante diminuição da taxa de natalidade e o aumento da mortalidade. Ambas as componentes não podem mais ser compensadas através da imigração.

Contudo, a Alemanha não é apenas caracterizada pela diminuição da população, mas também pelo envelhecimento da mesma, tendo sido uma das primeiras sociedades modernas a enfrentar processos fundamentais de envelhecimento da população durante o início dos anos 70. Enquanto actualmente a proporção de indivíduos com 60 anos de idade e recém-nascidos está quase equilibrada, até ao ano 2050 os indivíduos de 60 anos de idade serão o dobro dos recém-nascidos, devido a um aumento do *deficit* de natalidade e de esperança de vida.

Figura 96. População sénior na Alemanha, 2006-2030 (N.º)



Fonte: Statistisches Bundesamt (2007), 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

A perspectiva de um rápido envelhecimento da população alemã nos próximos 25 anos parece ser importante e determinante para a avaliação de futuras imigrações para Portugal. Como pode ser visto na **Figura 96**, o aumento de ambos os grupos analisados - jovens e idosos - tem consequências para o nosso tópico. O potencial grupo de imigrantes seniores irá aumentar nos próximos anos, o que sugere uma continuação da imigração de idosos para o Mediterrâneo.

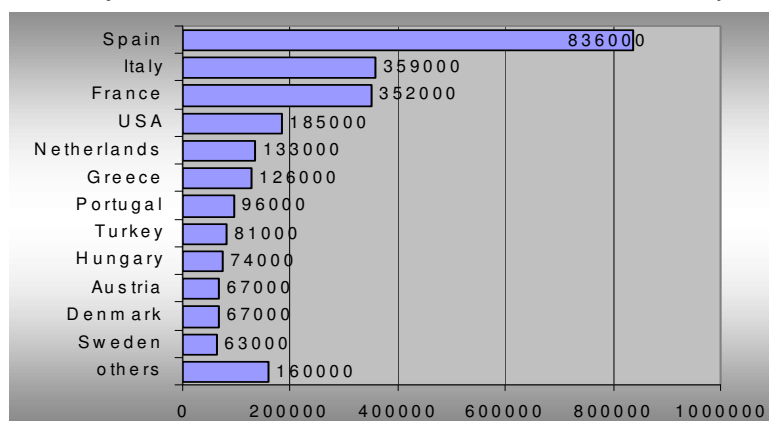
Propriedade residencial em Portugal

O rápido aumento do turismo em massa e da imigração para países do Mediterrâneo durante as últimas duas décadas, aliado à acessibilidade das costas Ibéricas teve consequências no desenvolvimento urbanístico que se mostrou evidente no final dos anos 60, tendo sido estimulado durante os anos 80 pela inflação do preço das casas no Norte da Europa. Após uma pausa no início dos anos 90, este sector voltou a proliferar (Casado-Díaz *et al.*, 2004, p. 355), sendo que novas áreas habitacionais direccionadas por esta distribuição espacial de imigrantes foram sendo desenvolvidas pelo sector imobiliário.

Análises de mercado relativas a propriedades residenciais de alemães no estrangeiro são fenómenos relativamente recentes, tendo emergindo na década de 90, iniciadas por duas associações líderes em construção e disponibilização de empréstimos. *Empirica* (1998) realizou um vasto estudo com uma amostra representativa de 10.000 alemães em nome de *Landesbausparkassen* (LBS). Uma continuação deste estudo foi levada a cabo pela *Icon Brand Navigation* (2002), tendo sido realizada com a mesma amostra. *TNS Emnid* (2003) realizou por fim uma sondagem através da realização de 1.004 entrevistas telefónicas em nome da *BHW Bausparkasse* (associação de construção e empréstimo). Os resultados aqui apresentados provêm desse estudo de mercado.

Já foi mencionado que os alemães donos de propriedades em países estrangeiros para uso pessoal vêm Espanha como o país mais atractivo no Sul da Europa. Isto é também verdade para a maioria dos residentes incluídos no Estudo da *Empirica* (1998). Para aqueles que estão interessados em adquirir propriedade (**Figura 97**), 836.000 queriam adquirir em Espanha, seguida pela Itália, França, EUA, Holanda e Grécia. Portugal encontra-se em 7º lugar, com 96.000 potenciais compradores.

Figura 97. Preferências regionais dos alemães interessados na compra de uma habitação no estrangeiro (%)



Fonte: *Empirica/LBS*, 1998. Análise própria.

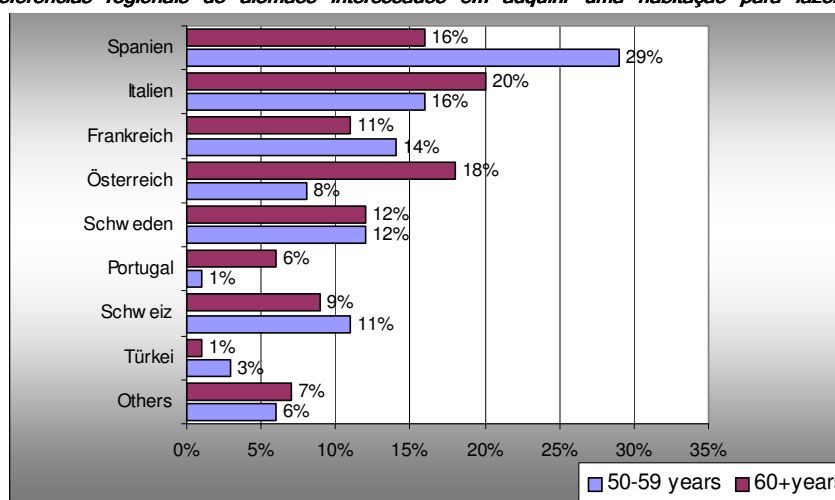
Tendo em consideração a idade e novamente aqueles que pensam comprar uma habitação de lazer no estrangeiro (Emnid, 2003), Portugal encontra-se numa posição similar com 1,1% no grupo com idades compreendidas entre 50-59 e 6,2% na categoria com 60 ou mais anos de idade (**Figura 98**).

Segundo os resultados do estudo realizado pela *Empirica*, cerca de 596.000 alemães proprietários de uma habitação já possuem imobiliário no estrangeiro. Isto indica um aumento de 43.000 desde 1991/92. Uma

investigação ao potencial para futuras expansões nesta área demonstra que quase um décimo dos alemães proprietários revelam interesse em adquirir propriedade residencial no estrangeiro:

- ▶ curto prazo: 220.000;
- ▶ médio prazo: 880.000;
- ▶ eventualmente: 2.5 milhões.

Figura 98. Preferências regionais de alemães interessados em adquirir uma habitação para lazer no estrangeiro (%)

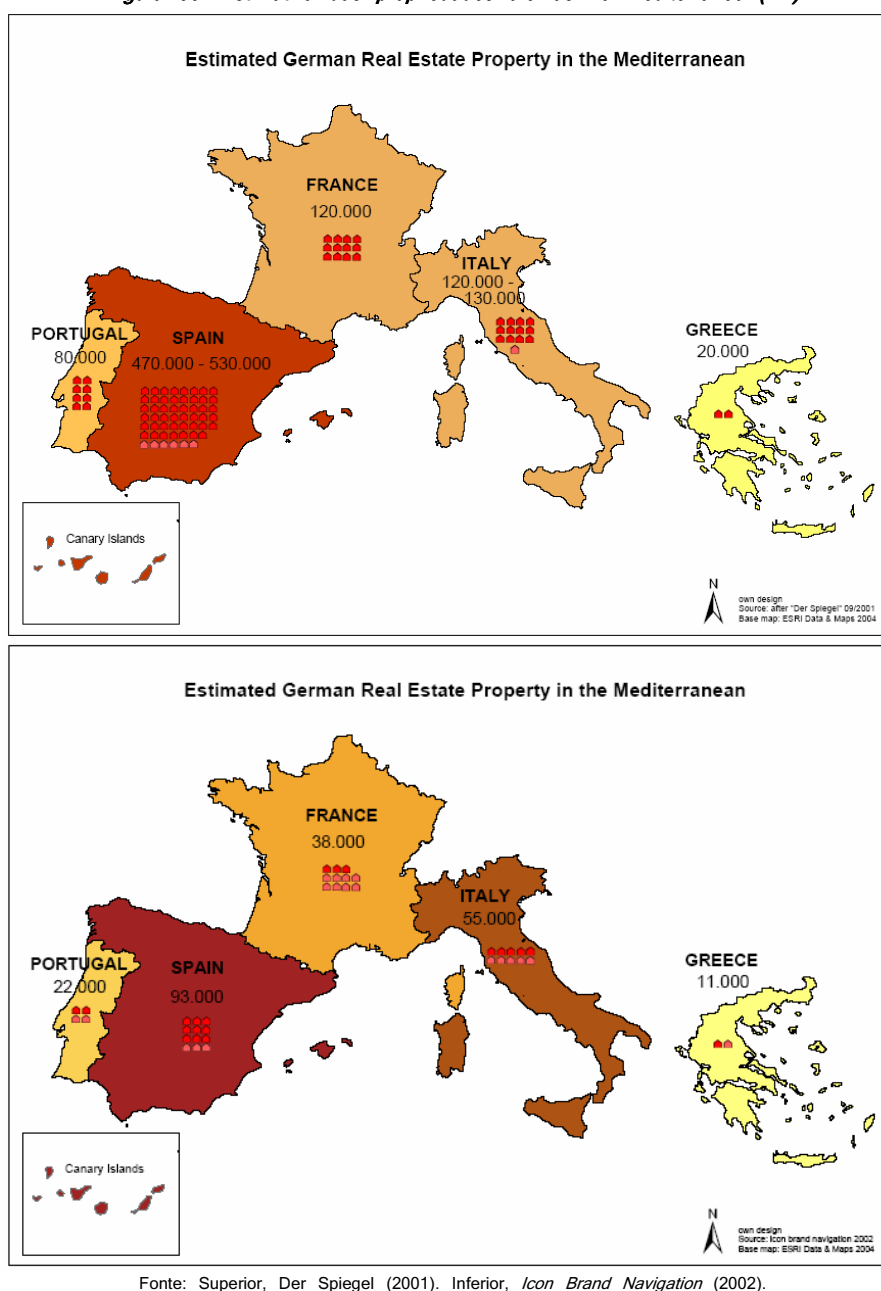


Fonte: Empirica/LBS, 1998. Análise própria.

Tanto os actuais donos como aqueles interessados em comprar a curto prazo estão maioritariamente na fase da reforma (40%) ou pré-reforma (17%) da sua vida (com idades compreendidas entre os 35-64 anos de idade). Os trabalhadores independentes estão bem representados e são aqueles com maior estatuto social. O preço de investimento médio foi de cerca de 75.000€ e a grande maioria (84%), prefere um local costeiro para a localização da sua propriedade.

Apesar de estes resultados indicarem as preferências e características das propriedades imobiliárias e serem mais ou menos confirmados por outros estudos, existe pouca evidência em relação ao número e distribuição regional das propriedades já compradas. Existem duas estimativas que variam consideravelmente uma da outra: *The Spiegel* estima que é 80.000, enquanto que o estudo realizado pela *Emnid* sugere que existem 22.000 propriedades residenciais alemãs em Portugal (**Figura 99**).

Figura 99. Estimativa das propriedades alemãs no Mediterrâneo (N.º)



3. Síntese

O principal propósito desta análise de mercado é de prever o número de alemães com intenção de viver em Portugal. Como este país está a caminho de se tornar um “hot-spot” para as migrações de reformados, será necessária informação sobre o grupo-alvo sénior. Uma análise de mercado desse grupo de alemães mais velhos que podem estar interessados em residir em Portugal é tão importante como perceber a situação dos idosos actualmente residentes em Portugal. As suas circunstâncias e motivações ao escolherem o seu local de residência, o seu passado socio-económico, condições de vida, relações sociais, desejos e problemas são pouco conhecidos, isto porque a informação proveniente da estatística oficial é fragmentada e não existem estudos disponíveis que nos forneçam essa informação.

Os resultados mostram que cerca de 50.000 alemães e 16.000 alemães seniores residem actualmente em distritos costeiros. Estima-se que tanto o total de alemães como a população mais idosa irá aumentar até

ao ano 2015 para 86.000 e 24.000, respectivamente. O mercado para propriedade imobiliária é vasto nos países do Sul da Europa e no Mediterrâneo. As duas estimativas existentes sobre alemães que possuem propriedades residenciais em Portugal são bastante díspares, designadamente, de 80.000 e 22.000. Portugal encontra-se em 7º lugar no *ranking* de destinos preferenciais para potenciais compradores. Outra avaliação do mercado, tendo por base a população mais velha que considera a possibilidade de vir a comprar uma residência de lazer no estrangeiro, conclui que 1,1% dos seniores com idades compreendidas entre 50 e 59 anos e 6,2% dos seniores com 60 anos de idade ou mais escolheriam Portugal como destino.

Devido à fraca qualidade e disponibilidade de dados oficiais relacionados com as características dos idosos alemães em Portugal, a abordagem metodológica adoptada procura um aconselhamento especializado. Assim, baseámo-nos na experiência de especialistas familiarizados com estas questões e no nosso próprio conhecimento adquirido durante a realização de duas pesquisas levadas a cabo em Espanha, o que nos permitiu elaborar conclusões por analogia. A vida dos seniores em localizações mais a Sul é primeiramente orientada pela sua comodidade, tal como podemos verificar a partir da nossa experiência face aos indivíduos residentes em Maiorca. Apesar do estatuto socio-económico e demográfico dos imigrantes ser muito diversificado, apresenta-se, na sua maioria, acima da média. A maioria dos indivíduos (58%) são residentes sazonais e 70% mantêm as suas residências na Alemanha. As suas redes de relações sociais são pequenas, mantendo um maior contacto com outros alemães. Contudo, para aqueles que vão envelhecendo de forma débil, o desejo de preencher o seu ideal de “vida no Sul soalheiro” encontra-se em risco. Os factores de risco surgem quando estes indivíduos: permanecem no país de acolhimento; não possuem residência na Alemanha; apresentam fracos conhecimentos linguísticos; têm baixos rendimentos; não possuem um seguro de saúde privado; residem em zonas periféricas ou em vizinhanças instáveis; apresentam fracos contactos sociais e não possuem relações com os seus parentes. Contudo, três aspectos podem ser delineados como sendo os três factores de risco mais relevantes quando os idosos a viver no estrangeiro se deparam com problemas relacionados com a idade: primeiro, viver numa cultura e sociedade estrangeira; segundo, não terem possibilidade de aceder ao sistema de apoio social alemão na mesma medida que os seus conterrâneos que residem no país natal e em terceiro lugar, as motivações orientadas para um estilo de vida cómodo aquando da mudança para o país de destino.

Esta será uma grande questão para as instituições e autoridades portuguesas competentes, uma vez que é necessário desenvolver medidas adequadas para fazer face a estes problemas, em particular para este grupo populacional de risco. Uma vez que estes indivíduos residem em comunidades fechadas a acessibilidade a associações apresenta-se problemática. A cooperação entre organizações locais e instituições alemãs tais como igrejas, serviços sociais e da área da saúde, e mesmo a embaixada, será necessária e importante no melhoramento do acesso dos idosos alemães ao sistema de saúde português e ao apoio social. Outro desafio importante centra-se no quebrar das barreiras entre os sistemas administrativos portugueses e os idosos estrangeiros. Devido ao fraco domínio da língua, representantes das autoridades estrangeiras (“ombudsman”), como os existentes em certas comunidades alemãs a residir em Espanha, podem servir de intermediários importantes no melhoramento destas relações.

Até ao momento e devido a grandes dificuldades metodológicas, conhece-se pouco das condições e da forma como os migrantes em idade da reforma na Europa regressam ao seu país de origem. Há uma falta de casos de estudo sobre as redes de relações sociais e a integração de idosos alemães, assim como de inquéritos longitudinais, havendo claramente uma necessidade do melhoramento das estatísticas nacionais e europeias.

MÓDULO 7

O PAPEL DAS EMPRESAS MULTINACIONAIS

1. Papel do sector privado

O papel do sector privado como prestador de serviços de cuidados a idosos varia de país para país. Como exemplo, enquanto na Suécia apenas 15% dos serviços de cuidados a idosos são prestados pelo sector privado, no Reino Unido o sector privado é responsável pela prestação de mais de 70% desses serviços. Algumas razões apontadas para esta última percentagem são:

- ▶ A política estatal parece ser um dos factores chave no desenvolvimento do sector privado, uma vez que tem um impacto directo no mesmo;
- ▶ A disponibilidade de serviços públicos, nomeadamente o equilíbrio entre a procura e a oferta quer ao nível nacional quer regional;
- ▶ A qualidade e o âmbito dos serviços com financiamento público assim como a frequência da prestação dos serviços e o nível de qualificação do pessoal;
- ▶ Os incentivos à iniciativa privada, benefícios fiscais, esquemas de financiamento ou co-financiamento do investimento inicial ou dos serviços que os operadores privados prestam, e condições de crédito preferenciais;
- ▶ Os incentivos aos consumidores, nomeadamente a concessão de benefícios fiscais na compra ou comparticipação de serviços de cuidados a idosos.

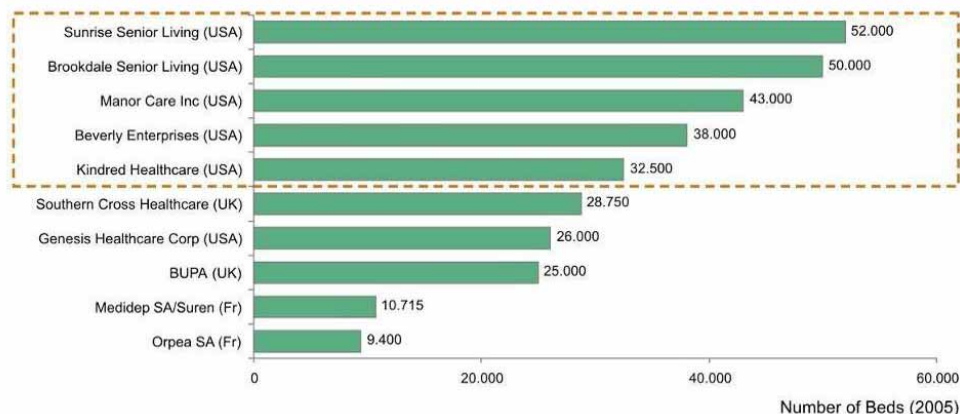
Os aspectos económicos parecem influenciar, igualmente, a participação do sector privado na prestação de cuidados a idosos, ao nível do rendimento do idoso (pensões e complementos às pensões) e das respectivas famílias (condicionado pelo rendimento médio e taxas de desemprego).

Na maioria dos países, o sector privado continua fragmentado. No entanto há excepções. Nos países nórdicos, onde inicialmente o desenvolvimento dos operadores privados tinha como objectivo aumentar a eficácia do sector, este está agora mais concentrado. Actualmente, os principais operadores estão a gerar a consolidação do sector a nível mundial, através de agressivos planos de crescimento inorgânico.

Em 2005, os cinco principais operadores mundiais eram dos EUA, e tinham capacidades nos cuidados residenciais que iam das 32.500 às 51.000 camas. Até então, o maior operador europeu era a *Southern Cross*, uma empresa britânica que disponibilizava cerca de 30.000 camas.






Devido às elevadas necessidades de financiamento do sector, a maior parte dos operadores estão cotados em Bolsa e têm empresas de serviços financeiros (por exemplo, fundos de investimento e empresas de capital privado) como os principais accionistas. Os operadores de cuidados a idosos actuam geralmente no seu país de origem e têm como negócio principal os cuidados residenciais. Presentemente, alguns dos operadores têm alargando a sua actividade, conquistando uma significativa presença internacional. Tal é o caso da *Sunrise Senior Living*, que opera nos EUA, mas também no Canadá, Reino Unido e Alemanha.

Figura 100. Os 10 principais prestadores globais de cuidados a idosos, por número de camas, 2005 (N.º)



Fonte: Van Lanschot Bankiers, Relatório e Contas OPG.

Figura 101. Perfis dos 5 principais operadores

	Market value and ownership	Portfolio of services provided		Geographic presence
		Focus	Other	
	<ul style="list-style-type: none"> • €1,4 B • Listed in NYSE • Founders: 11% 		<ul style="list-style-type: none"> • Domiciliary care 	<ul style="list-style-type: none"> • USA, Canada, UK and Germany
	<ul style="list-style-type: none"> • € 1,3 B • Listed NYSE • Controlled by PE (Fortress) 	<ul style="list-style-type: none"> • Residential care <ul style="list-style-type: none"> – Independent living – Assisted living – Alzheimer care – Hospice care – Rehabilitation care 	<ul style="list-style-type: none"> • -- 	<ul style="list-style-type: none"> • USA (35 states)
	<ul style="list-style-type: none"> • €3,6 B • Listed NYSE 		<ul style="list-style-type: none"> • Domiciliary care • Out-patient t • Rehabilitation • Pharmacy services 	<ul style="list-style-type: none"> • USA
	<ul style="list-style-type: none"> • €1 B in 2006 • Controlled by PE (Filmore partners) 		<ul style="list-style-type: none"> • -- 	<ul style="list-style-type: none"> • USA
	<ul style="list-style-type: none"> • € 0,6B in 2006 • Listed in NYSE 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital and pharmacies management 	<ul style="list-style-type: none"> • Residential care: assisted living • Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • USA

Fonte: Websites, Imprensa.

Caso de Estudo - Sunrise Senior Living

A *Sunrise Senior Living* é uma empresa norte-americana fundada em 1981 por Paul e Terry Klaassen. Destinada a criar um conceito pioneiro de cuidados residenciais que “celebram a qualidade de vida” e prestam “cuidados centrados no residente”, a Sunrise tornou-se eventualmente no maior prestador de cuidados residenciais ao nível nacional. Actualmente, a *Sunrise* tem receitas na ordem dos 385 milhões de euros, gerindo 440 comunidades com capacidade para 52.000 idosos e 40.000 funcionários.

Até ao momento, metade do crescimento da *Sunrise* foi obtido de forma orgânica, enquanto a outra metade resultou de esforços inorgânicos. As aquisições da *Marriot Senior Living* e *Eden Care* em 2003, e as aquisições da *Greystone Communities* e da *The Fountains* em 2005, foram momentos chave para a *Sunrise*. Não só lhe permitiram crescer em tamanho mas também oferecer uma gama completa de serviços de cuidados a idosos. Nos próximos anos, a Sunrise pretende consolidar a sua posição no mercado norte-americano e iniciar a sua expansão internacional.

Com a entrada na Bolsa de Nova Iorque (NYSE) em 1996, a *Sunrise Senior Living* conseguiu o financiamento necessário ao seu crescimento. Mais recentemente, foram realizadas algumas aquisições através de parcerias de tempo limitado (*joint venture*).

Actualmente, a *Sunrise Senior Living* presta 6 tipos de serviços de forma permanente ou temporária:

- ▶ Habitação independente com serviços clínicos e sociais disponíveis 24 horas por dia (após pedido e com custo extra);
- ▶ Habitação assistida para idosos dependentes com oferta de serviços sociais e de enfermagem, 24 horas por dia (*Sunrise Living* e *Neighbourhood Gardens*);
- ▶ Habitação assistida especializada para pacientes com Alzheimer e outras condições debilitantes de memória com diferentes necessidades de apoio (*Terrace Club*, *Reminiscence Neighbourhood*, *Edna's Place*);
- ▶ Cuidados domiciliários para idosos dependentes englobando serviços médicos (por exemplo, enfermagem 24 horas por dia, fisioterapia, terapia ocupacional) e sociais (por exemplo, limpeza, roupa);
- ▶ Casas de repouso para idosos com doenças terminais (parcerias com prestadores de casas de repouso);
- ▶ Cuidados de reabilitação para idosos a recuperar de doenças ou acidentes.

A *Sunrise Senior Living* destina-se a idosos com rendimentos médio-altos e altos na sua área de negócio com fins lucrativos, mas gere igualmente centros residenciais sem fins lucrativos.

A *Sunrise Senior Living* é um dos poucos prestadores internacionais de cuidados a idosos, uma vez que opera no Canadá, Reino Unido, Alemanha e Espanha. Esta empresa está a avaliar a expansão a outros países.



Caso de Estudo - Brookdale Senior Living



A *Brookdale Senior Living* foi fundada em 1981, tornando-se no maior prestador de cuidados residenciais dos EUA em 2006. No ano passado, a *Brookdale* gerou 895 milhões de euros em receitas. Opera actualmente em 547 comunidades próprias localizadas em 35 estados norte-americanos, para além de outras comunidades que estão alugadas a outras instituições. A empresa emprega à volta de 27.500 pessoas.

Para satisfazer as suas necessidades de financiamento, a *Brookdale* encontra-se cotada na NYSE desde Novembro de 2005, o que lhe permite alargar o seu património - sendo este a sua maior fonte de crescimento. Em 2006 foram feitas diversas aquisições, num total de cerca de 2.3 biliões de euros. A *American Retirement Corporation* que faz parte das novas aquisições permitiu duplicar a capacidade da *Brookdale* (acrescentando ~25.000 camas) e expandir a sua carteira de serviços.

Actualmente a *Brookdale Senior Living* presta 4 tipos de serviços de forma permanente ou temporária:

- ▶ Habitação independente (em comunidades exclusivas para independentes ou nas imediações de comunidades assistidas) juntamente com planos personalizados de serviços médicos e sociais adaptados às necessidades do cliente;
- ▶ Habitação assistida (em comunidades de habitação assistida ou em comunidades de cuidados continuados) para idosos dependentes, com oferta de diferentes níveis de apoio médico e social de 24 horas por dia;
- ▶ Esquemas de habitação para cuidados das condições debilitantes da memória, nomeadamente doentes com Alzheimer;
- ▶ Cuidados de reabilitação para idosos em recuperação de doenças ou acidentes;

- Serviços médicos especializados oferecidos nas comunidades, para idosos com necessidades especiais (por exemplo, fisioterapia, terapia de fala, cuidados paliativos).

A *Brookdale Senior Living* destina-se a idosos com rendimentos médio-altos e altos, o que explica a oferta de vantagens e serviços especiais e pouco comuns (piscina, spa, restaurantes de luxo).

Nos próximos anos a empresa irá investir num crescimento orgânico e inorgânico. A *Brookdale* planeia expandir o número de residências e a capacidade das residências mais pequenas, fazendo parte do planeamento orgânico. A intenção é aumentar o lucro operativo por residência através do aumento de taxas de ocupação, da melhoria da eficácia operativa, da exploração de economias de escala (por exemplo, no aprovisionamento) e da introdução do novo programa “Innovative Care Senior” em todas as residências. Quanto ao crescimento inorgânico, a *Brookdale* pretende inserir-se em comunidades que tenham oportunidades de melhoria na prestação de serviços, taxas de ocupação e geração de liquidez (*cash-flow*) ou, alternativamente, adquirir os interesses de propriedade das comunidades que a *Brookdale* actualmente aluga ou gere.



2. Estudo do papel do sector privado em países seleccionados

Foi estudado com mais detalhe o papel do sector privado em três países - Espanha, Reino Unido e Suécia. Pensa-se que os países seleccionados possibilitam um melhor entendimento sobre: 1) os contextos nos quais o sector privado pode emergir; 2) os factores que despoletam o aparecimento de operadores privados; 3) o tipo de políticas governamentais que possam encorajar a iniciativa privada. A escolha destes países resultou da consideração dos seguintes factos:

- Em Espanha, a participação do sector privado destina-se a expandir rapidamente a oferta de serviços de cuidados, sendo esta possível através de financiamento governamental de serviços prestados pelo privado;
- No Reino Unido, o envolvimento do sector privado foi intencional, inicialmente para racionalizar custos relacionados com estadias de longa duração em hospitais e foi obtido principalmente através da definição de um limite para a prestação pública e CAPEX (*Capital Expenditures*) nos serviços de cuidados a idosos;
- Na Suécia, a promoção da iniciativa privada destinou-se a obter uma maior eficiência de custos, sendo esta obtida através da sugestão aos Governos Locais para se tornarem “prestadores de alternativas” em vez de “prestadores directos” e concedendo a escolha aos consumidores dos prestadores de cuidados (Directiva de Escolha dos Consumidores).

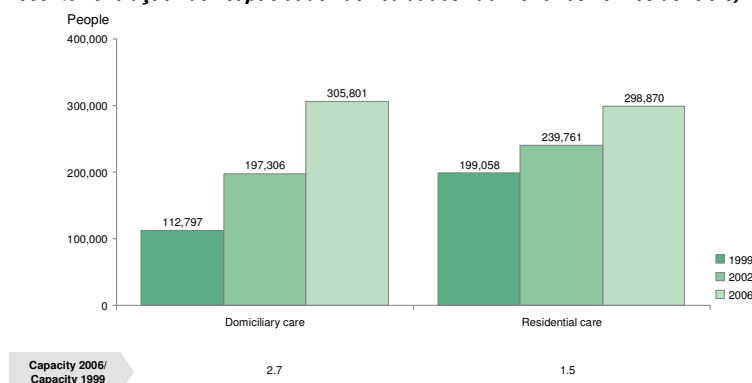
2.1. Caso de Estudo em Espanha - promoção do sector privado para expandir rapidamente a oferta de cuidados a idosos

Oferta de serviços de cuidados a idosos

O sector dos cuidados a idosos em Espanha esteve pouco desenvolvido até ao ano 2000. Entre 1999 e 2006, tanto os cuidados residenciais como os domiciliários cresceram significativamente. Em 2006, os

cuidados domiciliários quase que triplicaram a sua capacidade, atingindo ~306.000 idosos, e os cuidados residenciais cresceram cerca de 50% atingido ~300.000 idosos.

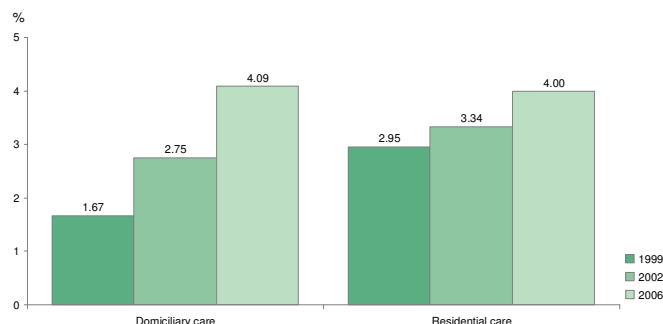
Figura 102. Recente evolução de capacidade de cuidados domiciliários e residenciais, 1999-2006 (N.º)



Fonte: Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais de Espanha; Relatórios das Comunidades Autónomas e Cidades Autónomas; INE Inbase, *Revisión Padrón Municipal*, 1999 a 2006; Análise BCG.

A baixa taxa de crescimento registada nos cuidados residenciais resulta não só do facto de estes estarem mais desenvolvidos em 1999, mas também da meta do Governo em promover opções de cuidados a idosos, alternativas à institucionalização. O forte crescimento da oferta resultou de um progresso substancial na cobertura de serviços de cuidados a idosos. Ainda assim, em 2006, os cuidados domiciliários e residenciais abrangiam apenas 4% da população idosa.

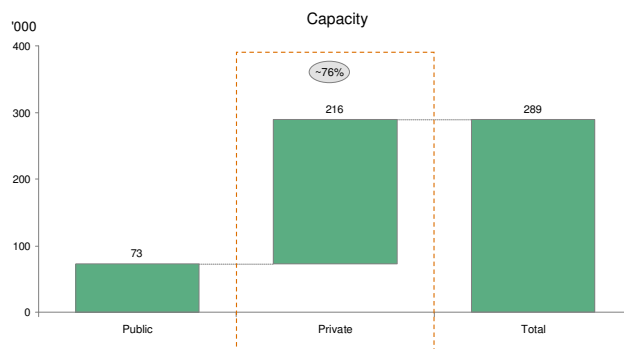
Figura 103. Recente evolução da cobertura dos cuidados domiciliários e residenciais, 1999-2006 (%)



Fonte: Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais de Espanha; Relatórios das Comunidades Autónomas e Cidades Autónomas; INE Inbase, *Revisión Padrón Municipal*, 1999 a 2006; Análise BCG.

Em Espanha, o sector privado possui já um importante papel na prestação de cuidados residenciais. Em 2006, ~75% da capacidade destes cuidados era gerida pelo sector privado. A participação do sector privado na prestação de serviços de cuidados a idosos foi encorajada por dois factores:

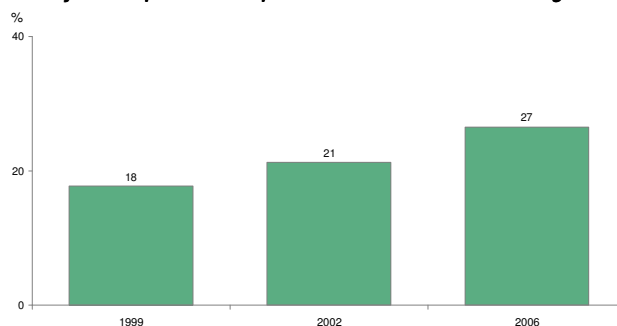
- A melhoria das condições económicas em Espanha, que levou ao aumento do rendimento dos idosos e das famílias;
- Os incentivos dados pelo Estado ao sector privado destinados a aumentar a rentabilidade e a atractividade do sector de cuidados a idosos.

Figura 104. Peso do sector privado nos cuidados residenciais, 2006 (N.º)

Fonte: IMSERSO.

Algumas medidas governamentais têm encorajado o surgimento de operadores privados. Por um lado o Governo implementou uma nova legislação que clarifica o papel dos mesmos na Rede Social Pública como prestadores, gestores, ou até mesmo como substitutos da Rede Social Pública como exemplo dessas medidas. Por outro lado, e posteriormente, o Governo concedeu incentivos ao sector privado para assumir esses papéis. Por exemplo, as autoridades locais criaram contractos para financiar ou co-financiar parte da capacidade residencial de privados a taxas razoáveis (o que aconteceu com Sanyres, Grupo SAR e Adavir). Adicionalmente, estas autoridades sub-contrataram a gestão de alguns serviços residenciais públicos (Mapfre Quavita e Sanitas Residencial). Por último, a *Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes* (Art. 17 número 2) entrou em vigor, regulando a comparticipação no pagamento de serviços privados quando os serviços públicos demonstrarem ser insuficientes.

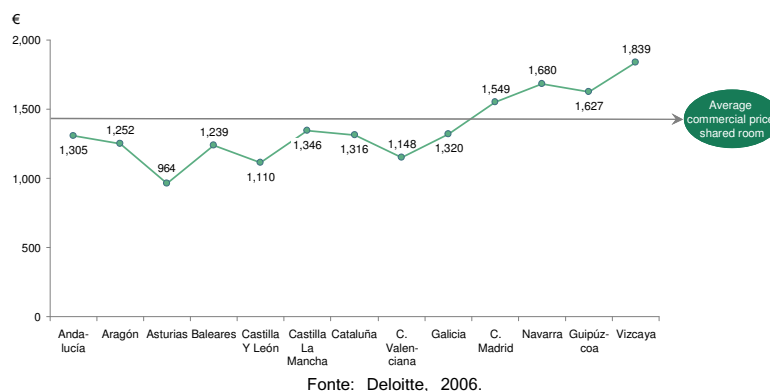
A teoria de que o Governo agiu como catalisador do desenvolvimento do sector privado é apoiada pelo facto de as taxas de crescimento da capacidade financiada (+12% p.a. nos últimos cinco anos) excederem as da capacidade total privada (+6% p.a. no mesmo período). A mesma teoria é ainda reforçada pelo aumento da capacidade de cuidados residenciais com financiamento público, que cresceu de 18% em 1999 para 27% em 2006.

Figura 105. Recente evolução do peso da capacidade com financiamento governamental, 1999-2006 (%)

Fonte: IMSERSO.

Além disso, é importante referir que os custos médios do financiamento governamental se associaram aos preços médios comerciais. Em 2006, um quarto duplo com casa de banho custava em média ~1.400€ por mês. Os custos com financiamento público variavam de acordo com as regiões, indo de 950€ a 1.850€ por mês.

Figura 106. Custos médios mensais pagos pelo Governo Local aos operadores privados, 2006 (€)



Principais operadores privados

Em Espanha, apesar do papel importante dos operadores privados na prestação de serviços de cuidados a idosos, o sector privado encontra-se altamente fragmentado. De facto, os cinco maiores operadores geriram apenas ~10% da capacidade de cuidados residenciais em 2006. Além disso, actualmente apenas os principais operadores privados exploram as economias de escala. A prova está na capacidade de ~59% dos centros de cuidados residenciais ser inferior a 50 pessoas. Em contraste, a capacidade média dos centros residenciais dos principais operadores era três vezes maior que a capacidade média nacional.

Figura 107. Capacidade de cuidados residenciais por operador, 2006 (N.º)

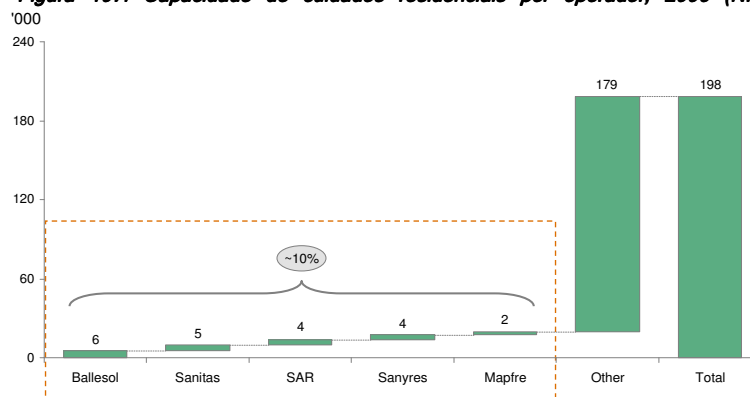
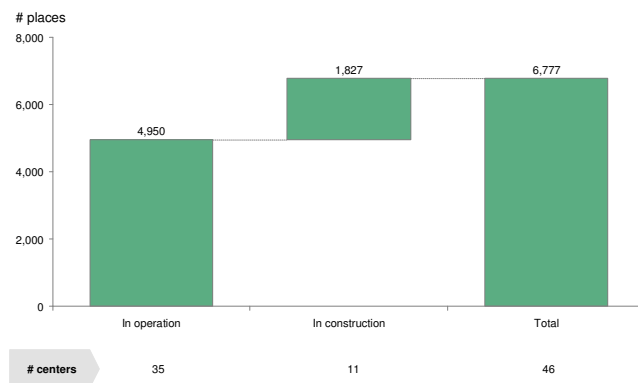


Figura 108. Comparação da capacidade média de cuidados residenciais: principais operadores vs média nacional, 2006 (N.º)
Comparison of average nursing home capacity (2006)



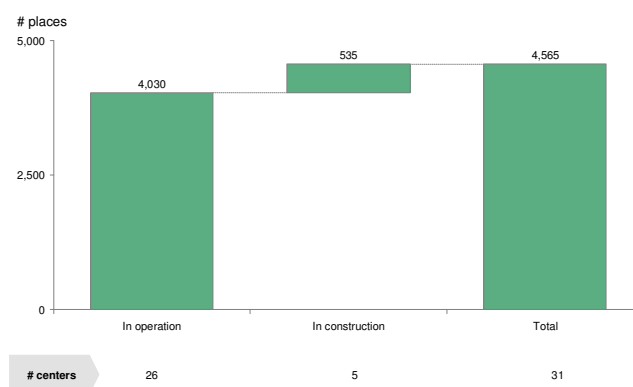
Na sequência dos incentivos à participação dos operadores no sector, algumas companhias têm vindo a consolidar a sua posição no mercado através de planos de crescimento ambiciosos. Possivelmente devido à escassez de oferta de serviços de cuidados a idosos, a maior parte dos operadores estão a crescer de forma orgânica. Como exemplo, temos a empresa Ballesol, que planeia expandir organicamente a sua capacidade residencial em 37% até 2009. Por sua vez, o Grupo SAR pensa aumentar a sua capacidade residencial em ~13% (2009).

Figura 109. Planos de crescimento orgânico da Ballesol no negócio de cuidados residenciais, 2007-2009 (N.º)



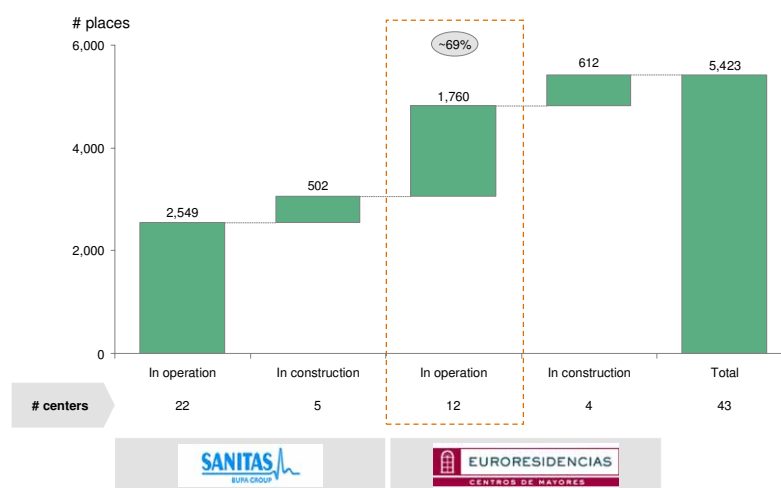
Fonte: Website da Ballesol.

Figura 110. Planos de crescimento orgânico do Grupo SAR no negócio de cuidados residenciais, 2007-2009 (N.º)



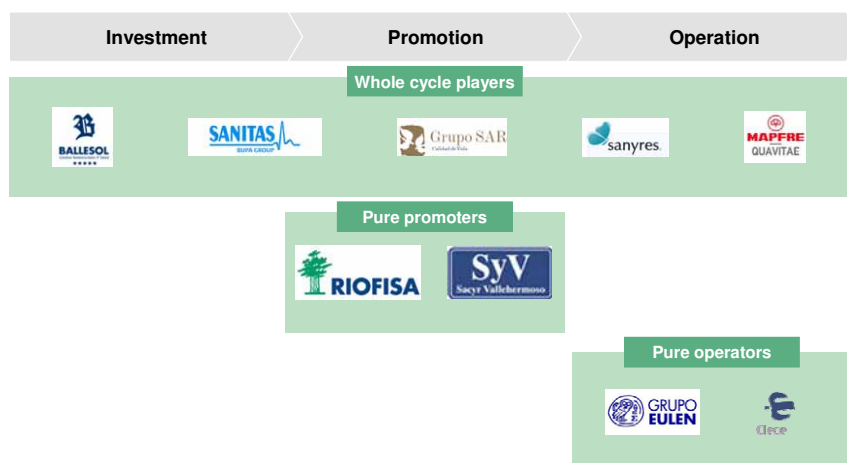
Fonte: Website de Grupo SAR.

Em paralelo, e provavelmente com o objectivo de chegar a uma posição de topo no sector, alguns operadores estão a complementar os seus planos de crescimento orgânico com um crescimento inorgânico. É o caso da Sanitas Residencial (propriedade do grupo britânico BUPA), que ao adquirir recentemente a Euroresidencias conseguiu aumentar a sua capacidade de cuidados residenciais em quase 70%.

Figura 111. Impacto da aquisição da Euroresidencias pela Sanitas Residencial (N.º)

O posicionamento dos principais operadores nas cadeias de valor difere substancialmente. Existem três tipos de operadores:

- ▶ Operadores de ciclo completo (como a Ballesol, Sanitas Residencial e Mapfre Quavita), que participam em todas as fases da cadeia de valor e são tipicamente controlados por empresas financeiras ou de construção;
- ▶ Promotores puros (como a Riofisa e Sacyr ValleHermoso), que participam apenas na fase de promoção da cadeia de valor e são empresas de construção ou imobiliárias;
- ▶ Operadores puros (como a Grupo Eulen e Clece), que participam apenas na fase operativa da cadeia de valor e são essencialmente empresas de serviços sub-contratadas.

Figura 112. Posicionamento alternativo dos principais operadores de cuidados a idosos

Fonte: Investigação IESE; Análise BCG.











Caso de Estudo - Grupo SAR, um operador de ciclo completo

Fundado em 1982, o Grupo SAR é um grupo privado destinado ao cuidado de idosos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas carenciadas. Confide Residencial SL, uma empresa imobiliária, é a principal accionista do grupo com uma quota de ~60%. Apesar da prestação de cuidados domiciliários e

residenciais, o Grupo SAR foca-se principalmente nestes últimos. Os serviços nessa área (negócio) são prestados por duas marcas: Adorea e SAR Residencial y Asistencial.

A marca de luxo Adorea comercializa presentemente três complexos de residências assistidas para idosos activos nacionais e estrangeiros (nomeadamente britânicos e suecos). Estrategicamente localizados nas regiões costeiras, estes complexos oferecem alojamento de topo e serviços de hotelaria. Quanto à marca SAR Residencial y Asistencial, presta serviços especializados de enfermagem a idosos dependentes em 26 residências totalmente operacionais com 4.030 vagas. Estas são localizadas em Málaga, Madrid, Toledo e Andorra.

Figura 113. Residências assistidas Adorea

Adorea assisted residences are characterized by...			
Strategic locations	Private and pleasant accommodations	High-end amenities	Convenient services
Coastal or nice weather areas <ul style="list-style-type: none"> • Girona • Benalmudena • Sevilla 	Apartments with ... <ul style="list-style-type: none"> • Double room • Fully accessible bathroom • Living room • Kitchen • Terrace   	<ul style="list-style-type: none"> • Dining rooms • Living/TV rooms • Library and Internet room • Activities rooms • Gardens • Pool and Sauna • Gymnasium      	Included services... <ul style="list-style-type: none"> • 24 hour reception • Alarm connected with reception • Daily press Extra social services ... <ul style="list-style-type: none"> • Housekeeping • Laundry • Meals • Companionship • Hairdresser • Feet treatment • Parking Extra medical needs <ul style="list-style-type: none"> • Medical urgencies • Medical/nurse assistance • Medical consultations • Therapy • Rehabilitation

Fonte: Website.

Para além dos cuidados residenciais, o Grupo SAR oferece serviços de cuidados domiciliários ao nível nacional sob a marca SAR Domus, embora ofereça uma gama mais alargada de serviços na Catalunha. Os serviços domiciliários dirigidos aos idosos englobam uma enorme variedade de serviços médicos assim como serviços de assistência pelo telefone.

Nos últimos anos o Grupo SAR tem vindo a crescer substancialmente de forma orgânica, tendo duplicado a sua capacidade residencial desde 2002. Nos próximos dois anos, o Grupo SAR planeia investir 60 milhões de euros de forma a aumentar a sua capacidade em 13%. Planeia igualmente entrar nos mercados internacionais. Espera-se a aprovação nos próximos meses de um projecto para a região brasileira do Ceará, no valor de 300 milhões de euros.

Caso de Estudo - Grupo Clece, um operador puro

O Clece é um grupo privado propriedade da empresa de construção ACS que presta uma grande variedade de serviços de *outsourcing*, desde serviços sociais, serviços de *handling* em terra nos aeroportos, entre outros.

Em relação aos serviços sociais, o grupo Clece tem uma abordagem global e integrada, oferecendo:

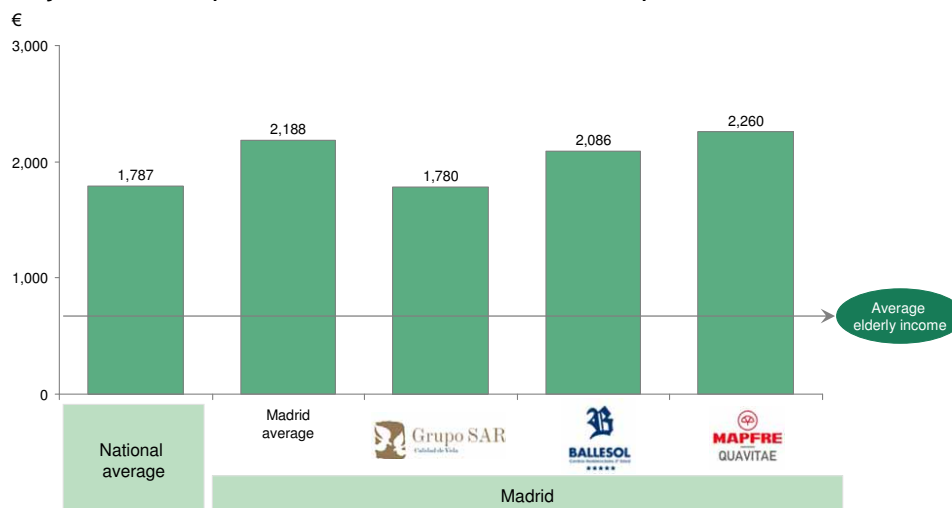
- ▶ Serviços de cuidados domiciliários;
- ▶ Gestão de centro de dia;
- ▶ Gestão de residências para idosos e deficientes;
- ▶ Gestão de centros de educação infantil;
- ▶ Gestão de centros de cuidados a menores;
- ▶ Serviços socio-culturais;
- ▶ Serviços sociais (apoio profissional, catering, manutenção de instalações, etc.).

Cerca de 85.000 pessoas usufruem dos serviços sociais do Clece, ~25% das quais são idosos. Neste momento, o grupo Clece é um dos maiores gestores de centros para idosos, gerindo mais de 3.000 vagas residenciais em 12 Regiões Autónomas. Isto inclui a gestão total ou parcial dos centros residenciais para terceiros (21 centros são geridos na totalidade e 12 centros parcialmente), e a gestão total de 23 centros de dia. Além disso, o Clece possui uma residência para idosos com Alzheimer e uma residência para idosos indiferenciados. Oferece também serviços de cuidados domiciliários para 17.000 idosos através de 40 centros.

Os serviços sociais destinados a idosos têm vindo a crescer mais de 15% ao ano. Espera-se um crescimento maior nos próximos anos. A empresa está a operar em Portugal (através da Guia Lda. e Astrolimpa), mas apenas no ramo de serviços de limpeza.

À semelhança da prática geral no sector privado, a maior parte dos operadores direccionam-se a idosos com rendimentos médios. A prova deste facto está nas quantias cobradas mensalmente pelos cuidados residenciais em Madrid (>2.000€), que são três vezes superiores ao rendimento médio dos idosos, mas que estão de acordo com os preços médios praticados nesta cidade.

Figura 114. Preços médios de quartos individuais em centros residenciais privados localizados em Madrid, 2006 (€)



Gama de serviços prestados pelo sector privado - negócio corrente com algumas particularidades

Negócio corrente

Em Espanha, os operadores privados prestam todo o tipo de serviços da maior importância no que se refere aos cuidados a idosos, nomeadamente lares, residências assistidas, centros de dia e cuidados domiciliários. No entanto, algumas particularidades distinguem o sector espanhol da:

- ▶ Organização de centros residenciais em unidades de cuidados especializados;
- ▶ Proliferação de um novo conceito de residências assistidas: “*resorts senior*”;
- ▶ Proliferação de um novo conceito de assistência telefónica: “tele-asistencia”.

O sistema módulo

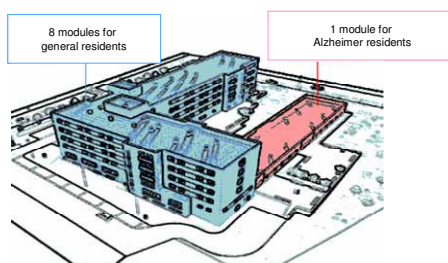
Tal como anteriormente referido, os principais operadores residenciais privados construíram centros residenciais em grande número para explorar as economias de escala. Uma vez que estas economias podem ter um impacto negativo na personalização e qualidade da prestação dos serviços, em Espanha, alguns operadores importantes, nomeadamente a Adavir, implementaram o sistema de módulos.

Os centros residenciais Adavir têm, em regra, uma capacidade para 180 idosos. Estes edifícios estão organizados em 9 módulos de 20 pessoas. Cada módulo inclui espaços comuns (tais como, sala de convívio e sala de jantar). Outros espaços - piscina, sala de reabilitação ou cabeleireiro - são partilhadas por todos os módulos.

O sistema de módulos oferece várias vantagens:

- ▶ Oferece aos residentes um ambiente mais acolhedor e caseiro;
- ▶ Dá aos residentes, independentemente da sua condição física e mental, acesso fácil aos espaços comuns;
- ▶ Torna possível o investimento em espaços como a piscina e o ginásio;
- ▶ Favorece o estabelecimento de laços mais profundos entre residentes e pessoal;
- ▶ Permite cuidados personalizados, facilitando aos funcionários o conhecimento e satisfação das necessidades específicas de cada residente;
- ▶ Evita a concorrência pela “chamada de atenção”, por parte dos residentes.

Figura 115. Centros residenciais Adavir



Fonte: Website Adavir.

Unidades especializadas

A adaptação ao sistema modular para a prestação de cuidados especializados é prática comum em Espanha. Os cuidados especializados destinam-se a satisfazer da melhor forma as necessidades específicas de cada idoso e aumentar a qualidade dos serviços prestados. Além disso, destina-se, por um lado, a minimizar o contacto de idosos com situações de extrema dependência e, por outro, a evitar a discriminação de idosos dependentes por parte dos mais autónomos.

O Grupo SAR é um dos principais operadores que organiza centros residenciais em várias unidades especializadas em diferentes tipos de cuidados. Os lares do Grupo SAR englobam as seguintes 5 unidades especializadas:

- ▶ Unidades de geriatria para idosos que requerem ajuda nas suas actividades quotidianas;
- ▶ Unidades de psico-geriatria para idosos com algum tipo de demência (por exemplo, Alzheimer);
- ▶ Unidades de recuperação física para idosos com cuidados especiais (por exemplo, Parkinson);
- ▶ Unidades de convalescença, para idosos em recuperação de doença ou acidente;
- ▶ Unidade de cuidados paliativos, para idosos com doenças terminais.

O perfil de cada unidade especializada é então adaptado aos problemas específicos dos seus residentes, nomeadamente:

- ▶ Necessidades médicas especiais (por exemplo, assistência médica de 24 horas, medicação intravenosa, terapia individualizada de reabilitação);
- ▶ Necessidades sociais especiais (por exemplo, assistência nas actividades quotidianas, actividades de estimulação);
- ▶ Necessidades de segurança (por exemplo, controlo de entrada e saídas, video-vigilância).

Resorts seniores

Os *resorts* seniores são uma realidade em crescimento em Espanha. Entre 2004 e 2006, a capacidade dos *resorts* seniores cresceu em 45%, atingindo as ~2.300 unidades residenciais. Consistindo basicamente em pequenas cidades de luxo, os *resorts* seniores destinam-se a pessoas activas e autónomas com 55 ou mais anos de idade que procurem um local apazível para viver, um bom clima e vista para o mar. A maior parte dos *resorts* localiza-se em Alicante (~20%), Málaga (~20%) e Barcelona (~16%).

Além de residências espectaculares (designadas geralmente por “villas”), os *resorts* sénior oferecem uma vasta gama de serviços (quer sociais quer médicos) e outros espaços (por exemplo, piscina, spas, cinemas, lojas, restaurantes).

Os *resorts* seniores são sensíveis à especulação dos preços. Recentemente a Espanha começou a perder a sua competitividade em detrimento de novos destinos como Marrocos e países da Europa de Leste e assim a procura dos referidos *resorts* começou a decrescer.

Caso de Estudo - Sanyres




Sanyres - propriedade de José Romero González - é um operador privado especializado em *resorts* para idosos. Em 1999, a companhia adquiriu o seu primeiro *resort*, apoiado pelo grupo imobiliário Prasa. Actualmente, a empresa tem 16 centros activos e mais dez em construção.

De forma a financiar o elevado investimento, Sanyres é apoiado por três entidades bancárias (Bancaja, Cajasur e Caixa Catalunya) que apoiam os investimentos iniciais em troca de participação nos *resorts*.

Alguns dos *resorts* da Sanyres destinam-se a um mercado internacional específico. Por exemplo, o *resort* de Marbella destina-se a idosos alemães e é gerido em parceria com a *Margarethenhof*, uma empresa alemã que também gere residências para idosos. O *resort* Alfaz Sol na Costa Blanca segue um modelo similar e é gerido em parceria com o Selvaag Gruppen, um grupo sueco com 50% de participação no *resort*. As parcerias com operadores internacionais parecem ser cruciais para captar clientes estrangeiros. O *Resort Santa Pola Life* - localizado em Alicante - é um dos mais recentes *resorts* de topo da Sanyres. Destina-se a seniores activos e com maior capacidade financeira, possui quase 400 *villas* e uma grande variedade de espaços e serviços.

Figura 116. Resort Santa Pola Life

Santa Pola Life Resort is a resort for active and affluent seniors being built in Costa Blanca...




Location	Santa Pola (7 km from Alicante)
Target customers	Independent people with > 55 years old
Price	€200 000 - €300 000

Source: Website; Press

... composed of 397 villas served by a common service center

Villas + housekeeping services



Medical center	<ul style="list-style-type: none"> • 24 hour assistance • Medical urgencies, • Rehabilitation/Therapy •
Social center	<ul style="list-style-type: none"> • Lounge bar • Games Room • Living room •
Commercial center	<ul style="list-style-type: none"> • Pool • Spa and gymnasium • Tennis court •
Facilities	<ul style="list-style-type: none"> • Supermarket • Hairdresser • Para-pharmacy, herbal shop •

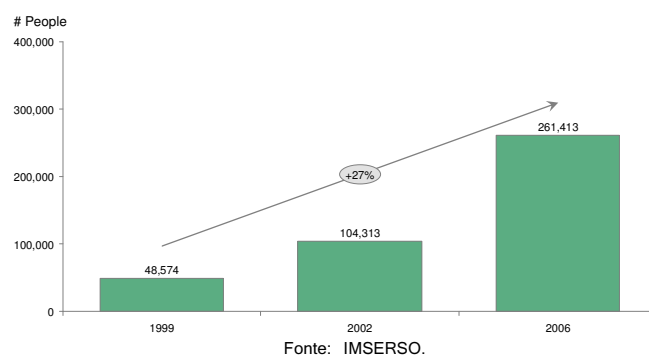
Fonte: Website; Imprensa.

Tele-assistencia

A assistência telefónica tem sido o serviço com maior crescimento nos últimos anos em Espanha. Entre 1999 e 2006, a sua capacidade cresceu mais de cinco vezes (de 48.000 a 261.000 idosos). Este forte crescimento mostra que o serviço tem sido bem recebido pela população idosa.

Habitualmente a assistência telefónica inclui:

- ▶ Contacto regular para assegurar o bem-estar do utente;
- ▶ Assistência telefónica 24 horas (social e médica);
- ▶ Assistência médica em casos de emergência;
- ▶ Prevenir a família quando necessário;
- ▶ Acompanhamento para conversação informal;
- ▶ Apoio psicológico;
- ▶ Lembretes para tomada de medicamentos.

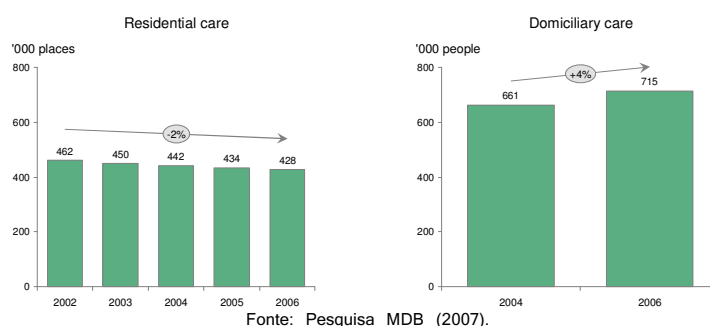
Figura 117. Evolução recente da capacidade de serviço de assistência telefónica, 1999-2006 (N.º)

Os principais operadores tais como Ballesol, Grupo SAR, Mapfre Quavita, e até mesmo o “operador puro” Grupo Eulen disponibilizam este serviço. O preço médio destes serviços é ~35€/mês, o que o torna acessível à maioria dos idosos. Os principais operadores prestam estes serviços apenas nas áreas geográficas onde prestam serviços residenciais e domiciliários.

2.2. Reino Unido - promover o sector privado para racionalizar custos de estadias de longa duração nos hospitais

Oferta de serviços de cuidados a idosos

Nos últimos cinco anos, a oferta de cuidados residenciais (englobando lares e residências) diminuiu de uma forma constante à taxa de ~2%. Em contraste, a oferta de cuidados domiciliários cresceu em média 4% ao ano. Assim, em 2006, a cobertura de cuidados residenciais era de ~5 em cada 100 idosos, enquanto que nos cuidados domiciliários era de ~8 em cada 100.

Figura 118. Recente evolução de cuidados residenciais e domiciliários, 2002-2006 e 2004-2006 (N.º)

A evolução divergente dos cuidados residenciais e domiciliários resultou em grande parte do objectivo governamental em redireccionar os cuidados das instituições, promovido inicialmente nas reformas dos cuidados comunitários em 1993. Alguns anos mais tarde, o Governo introduziu o *Single Assessment Process* (Processo Único de Avaliação, 2001). De acordo com este último, competia às autoridades locais a avaliação das necessidades dos idosos e aplicação dos protocolos pré-definidos conducente à melhor opção de cuidados. Os protocolos tinham elevados padrões de elegibilidade para os cuidados residenciais, e vieram substituir um sistema de procura que distribuía vales residenciais aos idosos sem verificar a sua real necessidade cuidados.

Posteriormente, em 2003, a racionalização do orçamento de cuidados a idosos impostos pela *Community Care Act* (Lei de Cuidados Comunitários) deu às autoridades locais incentivos para procurarem formas mais

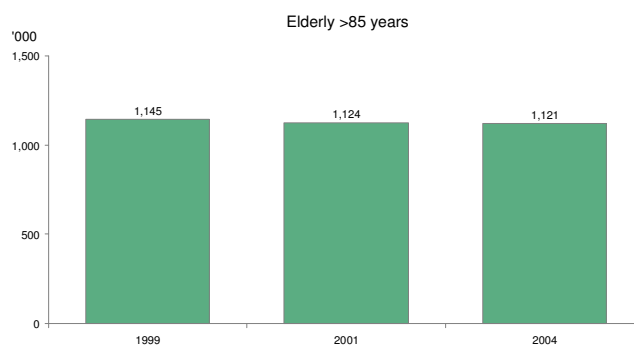
eficientes e menos dispendiosas de prestarem os cuidados. Este foi mais um incentivo para a substituição dos cuidados residenciais por cuidados domiciliários.

Outra importante medida foi a transformação em 2005 do modelo pouco utilizado de pagamento directo num esquema de orçamentos individuais. Estes novos orçamentos individuais eram destinados apenas aos idosos dependentes, mas geridos pelas autarquias locais para evitar a utilização arbitrária por parte dos mesmos. Evitava-se, assim, a utilização desnecessária dos cuidados residenciais.

Paralelamente, foram implementadas medidas para promover formas alternativas de cuidados. Em 2002, o Ministro da Saúde divulgou um pacote de medidas concebidas para promover os cuidados domiciliários. Estas medidas incluíam a expansão da gama de serviços de cuidados domiciliários e a facilitação de acesso aos equipamentos comunitários (por exemplo, corrimãos, rampas). Em 2004 e 2005 foram igualmente legislados benefícios para os prestadores de cuidados no domicílio, tais como o *Carer's Allowance* (Subsídio ao Prestador), e a possibilidade de pedir horário de trabalho flexível, de forma aumentar a proporção de cuidados prestados pela família e amigos.

De acordo com a *MDB Research* (entidade de pesquisa), o recente declínio no segmento de idosos com 85 anos ou mais, resultante das baixas taxas de natalidade durante a Primeira Guerra Mundial, também favoreceu o declínio de cuidados residenciais. No entanto, o impacto deste factor demográfico foi provavelmente bastante limitado, uma vez que a capacidade residencial era cinco vezes maior do que a redução de idosos com 85 anos ou mais de idade (~24.000 idosos).

Figura 119. Evolução de idosos com 85 ou mais anos de idade, 1999-2004 (N.º)

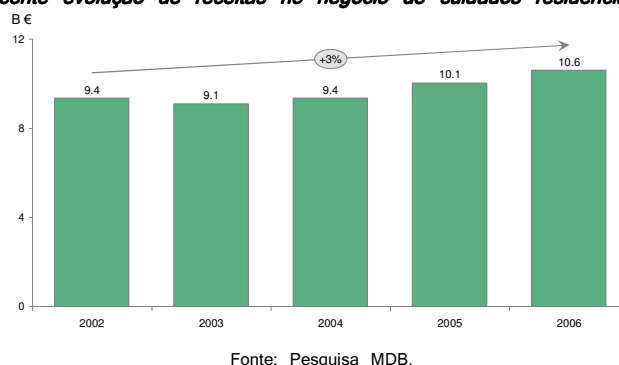
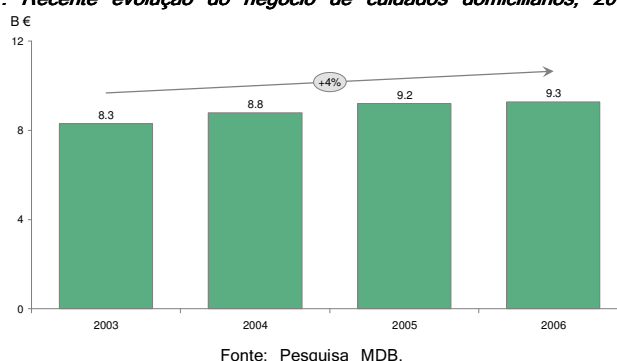


Fonte: Pesquisa MDB, Imprensa; Análise BCG.

A legislação recente que favorece os cuidados domiciliários e a habitação assistida é uma ameaça adicional ao negócio de cuidados residenciais. As novas regulamentações contemplam: reforço dos investimentos em tecnologias preventivas (por exemplo, tele-cuidados); concepção de um programa de formação para prestadores de cuidados ao domicílio (the *Expert Carers Program*); criação do Fundo Extra-Cuidados para financiar projectos de habitação assistida.

Apesar da diminuição da oferta de cuidados residenciais, o valor nominal do negócio de cuidados residenciais cresceu ~3% ao ano (de ~9.4 milhões de euros para ~10.6 milhões de euros). Este crescimento foi suportado pelo aumento anual de 5% dos preços nos últimos cinco anos, com uma média de 20.236€ por ano em 2002 para 24.760€ em 2006.

Quanto ao valor nominal do mercado domiciliário este subiu de acordo com o volume (4% por ano). As receitas deste negócio cresceram 1 milhão de euros em apenas quatro anos, alcançando um valor de mercado de 9,3 milhões de euros em 2006.

Figura 120. Recente evolução de receitas no negócio de cuidados residenciais, 2002-2006 (€)**Figura 121. Recente evolução do negócio de cuidados domiciliários, 2002-2006 (€)**

O papel do sector privado

No Reino Unido o sector privado tem desempenhado um papel importante na prestação de cuidados residenciais e domiciliários. Em 2006, ~78% da capacidade de cuidados residenciais e ~76% da capacidade de cuidados domiciliários era gerida por entidades privadas.

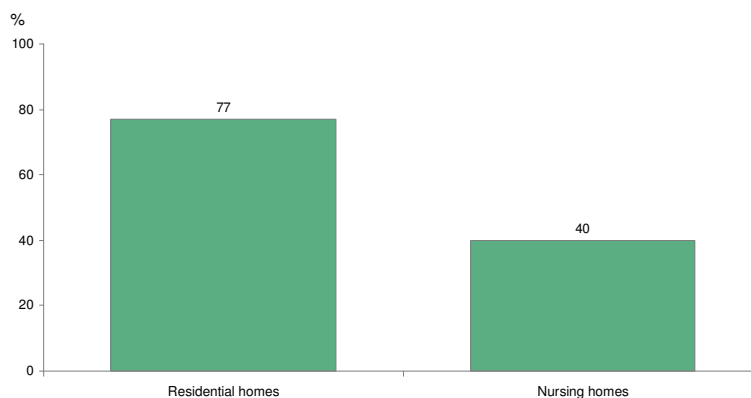
De acordo com a pesquisa MDB, a forte expansão do sector privado nos cuidados residenciais, que teve início em 1993, foi apoiada pelo Governo, que quis reduzir as longas estadias nos hospitais. Deu-se início à descentralização da prestação de cuidados a idosos por parte do Governo para as autoridades locais, e à implementação do sistema de “Economias Mistas”, nesse mesmo ano. De acordo com este sistema, as autoridades locais tiveram que reduzir pelo menos em 85% os serviços de cuidados prestados ao sector privado (tanto com fins lucrativos como voluntário). Além disso, foi definido um limite para as despesas de capital (CAPEX) em instalações de cuidados a idosos.

Posteriormente, o Governo introduziu a *Choice Directive* (Lei de Escolha/Escolha Directiva). Esta escolha dava aos idosos candidatos a cuidados residenciais o direito de escolher o prestador dos mesmos. Adicionalmente, foi criado um *Residential Allowance* (Subsídio Residencial), que poderia ser requerido apenas por idosos com baixos rendimentos a viver em centros residenciais privados. O impacto de todas estas medidas foi a retirada gradual das autoridades locais da prestação directa dos cuidados a idosos.

Em 2001, o Governo decretou cuidados de enfermagem gratuitos para todos os idosos a viver em lares, através da *Health and Social Act* (Lei de Saúde e Social). Esta medida envolveu um subsídio substancial aos destinatários auto-financiados de cuidados residenciais. Adicionalmente, uma grande percentagem dos destinatários (~77% dos idosos em lares residenciais e ~40% dos residentes em lares) é igualmente financiada em parte ou na totalidade pelo Governo. Este inclusivamente financia uma grande parte dos clientes dos grandes grupos privados. Acontece por exemplo com a *Southern Cross*, em que 81% dos

destinatários de cuidados são financiados ou co-financiados, e com a *Asbourne Living Homes*, em que 60% dos seus residentes são apoiados pelo Governo.

Figura 122. Quota de destinatários de cuidados residenciais financiados ou co-financiados publicamente, 2006 (%)



Fonte: Pesquisa MDB.

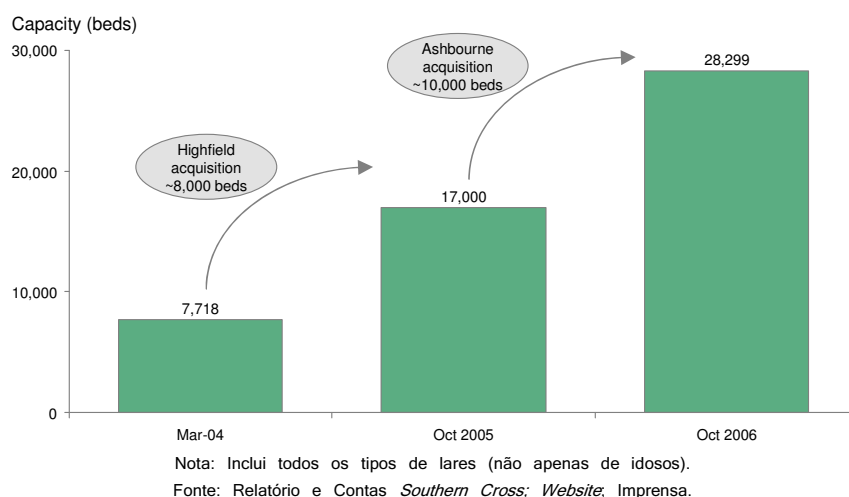
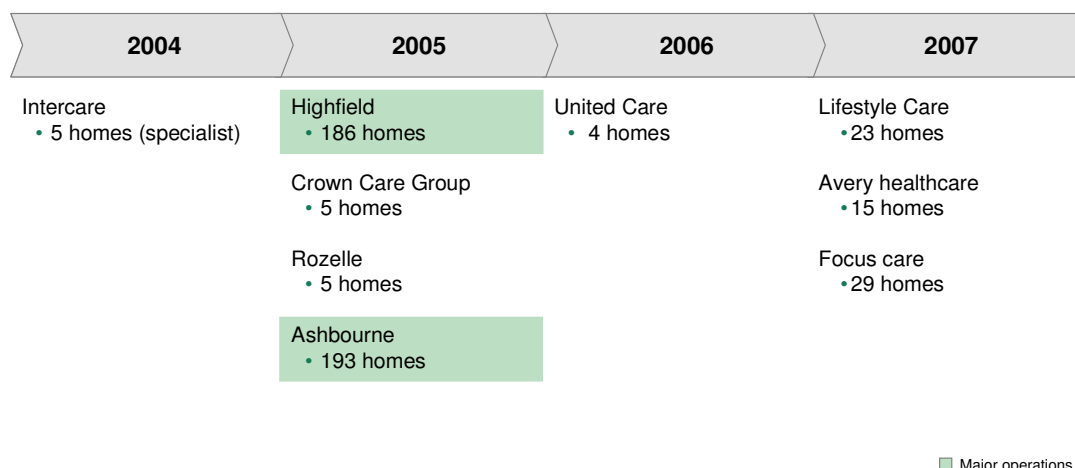
Neste momento, o Governo procura novas formas de aumentar a capacidade financeira dos idosos, de forma a subir a quota dos destinatários de cuidados auto-financiados. Presentemente, o Governo avalia a possibilidade das autoridades locais concederem empréstimos aos idosos, funcionando o valor das suas casas como garantia.

Principais operadores privados

De acordo com a pesquisa da MDB, os cuidados residenciais foram até ao início do ano 2000 um “sector doméstico” dominado por um grande número de pequenos centros residenciais com o proprietário a gerir o negócio. No entanto, as medidas concretas tomadas no início desta década levaram à saída do mercado de vários pequenos operadores. Por um lado, os padrões mínimos rigorosos para os cuidados residenciais (tais como rácios de espaço, de pessoal e qualificações do pessoal) foram definidos pela *Care Standard Act* (Lei de Padrão de Cuidados) de 2000. Por outro lado, as entidades regulamentares foram criadas em 2003 para controlar o cumprimento destes padrões.

A redução da procura de cuidados residenciais gerado pela política pública juntamente com o pagamento pelo Governo Local de preços baixos, que por vezes eram insuficientes para gerar um retorno adequado do capital, colocaram uma forte pressão financeira sobre os pequenos operadores menos eficientes tendo forçado vários a sair do mercado.

Presentemente, os principais operadores (*Southern Cross* e *Four Seasons Healthcare*) têm já um importante papel no sector privado, nomeadamente no âmbito dos cuidados residenciais. A pesquisa da MDB estima que 46% dos lares residenciais e 52% dos lares de idosos eram geridos por grandes operadores privados em 2006.

Figura 123. Evolução recente da capacidade dos serviços da Southern Cross, 2004-2006 (N.º)**Figura 124. Aquisições recentes efectuadas pela Southern Cross, 2004-2007 (N.º)**

Nota: Inclui todos os tipos de lares (não apenas de idosos).
Fonte: Relatório e Contas Southern Cross; Website; Imprensa.

Adicionalmente, e dadas as estratégias agressivas de crescimento inorgânico que têm vindo a ser realizadas, espera-se que o papel dos principais operadores cresça ainda mais. A *Southern Cross*, por exemplo, conseguiu quadruplicar a sua capacidade de cuidados residenciais em apenas dois anos, com a aquisição da *Highfield* (8.000 camas) em 2004 e da *Ashbourne* (10.000 camas) em 2005.

Devido às elevadas necessidades de financiamento do sector de cuidados a idosos, os principais operadores privados tendem a estar cotados em Bolsa tendo instituições financeiras como principais accionistas. Assim, a *Southern Cross*, *Care UK*, *Four Seasons Healthcare* e *Nestor Healthcare* são exemplos. Também, a *Care UK* e a *Four Seasons* são controladas por empresas de capital privado (*private equity*) enquanto o principal accionista da *Southern Cross* é um banco de investimentos. Dá-se também o caso de alguns operadores, como a *McCarthy & Stone*, que tentaram entrar em bolsa, não tendo resistido porém à pressão de uma rápida rentabilidade, imposta pelos investidores.

Mais recentemente, têm surgido fontes inovadoras de financiamento. Assim, o crescimento orgânico dos principais operadores tem sido em alguns dos casos financiado pela venda e acordos de novo arrendamento enquanto o crescimento inorgânico tem sido financiado por capitais de risco (por exemplo, aquisição da *Trinity Care* pela *Southern Cross*).

Os principais operadores prestam um leque mais alargado de serviços mas, geralmente, centram-se nos cuidados residenciais. Operam habitualmente apenas no Reino Unido. No entanto existem excepções: a BUPA opera internacionalmente (na Austrália e Espanha) e a *Nestor Healthcare* centra a sua actividade nos serviços de cuidados domiciliários.

Caso de Estudo - Southern Cross Healthcare Group



A *Southern Cross Healthcare* - com uma quota no mercado de 6% - é a que mais aprovisiona lares para idosos no Reino Unido. Presta serviços especializados a pessoas com deficiências físicas e/ou de aprendizagem. Em 2007, a *Southern Cross* operava 710 lares com 36.186 camas e empregava 41.000 pessoas. A *Southern Cross* passou a estar cotada na Bolsa em Julho 2006.

A *Southern Cross* opera sob as três seguintes marcas:

- ▶ *Southern Cross Healthcare* - presta uma série de serviços de cuidados residenciais (lares residenciais e de idosos) para idosos dependentes;
- ▶ *Ashbourne Senior Living* - oferece os mesmos serviços que a *Southern Cross Healthcare*. Está, no entanto, posicionada como uma marca premium e destina-se a idosos dependentes com rendimentos altos;
- ▶ *Active Care Partnerships* - presta serviços de cuidados de longa duração a pessoas com deficiência física, dificuldades de aprendizagem ou para jovens com diversas problemáticas.

Os serviços de cuidados são prestados à maior parte das autoridades locais no Reino Unido que, juntamente com o SNS, representam ~70% das receitas da empresa. A carteira de residências da *Southern Cross* é em grande parte construída para esses fins e com uma elevada percentagem de quartos individuais. Apesar da permanência média nas suas residências rondar um ano, a forte procura de vagas tem permitido que a ocupação tenha atingido cerca de 91% nos últimos anos.

A *Southern Cross* opera de acordo com um modelo de negócio particular, com base no aluguer dos imóveis com que opera. Isto permite à empresa expandir-se rapidamente sem recorrer repetidamente ao financiamento de capital. De facto, a empresa tem crescido predominantemente através de aquisições, levando a movimentos de consolidação do sector de cuidados a idosos no Reino Unido. As principais aquisições incluem Highfield (~8.600 camas) e Ashbourne Homes (~10.000 camas), ambas sujeitas a transacções de aquisição e arrendamento. Foram incluídas 1.600 camas extra nos dois últimos anos, com um formato similar de financiamento.

Espera-se que o futuro crescimento resulte da expansão dos actuais centros residenciais e de aquisições oportunas. Não foram anunciados até ao momento planos de internacionalização.



Caso de Estudo - Nestor Healthcare Group Plc

A *Nestor Healthcare Group* é uma “holding” (sociedade de gestão de participações) de subsidiárias que prestam cuidados sociais e primários no Reino Unido. Cotada na Bolsa de Londres, a *Nestor* tem como principal accionista o Banco de Investimento *Schroders*, com uma participação de 22%.

Os clientes da *Nestor* incluem grupos de hospitais, lares residenciais e de idosos, prisões e privados. No entanto, os idosos são os seus principais clientes nos serviços dos cuidados sociais. Em relação aos cuidados a idosos, a *Nestor* presta serviços sociais e médicos.

Os serviços sociais prestados incluem:

- ▶ Assistência em actividades de rotina (por exemplo, limpeza doméstica, roupa, cozinhar) e cuidados de higiene (por exemplo, banho);
- ▶ Acompanhamento (por exemplo, em casa, passeios, concertos, exposições, compras, apoio ao deitar-se);
- ▶ Tomar conta (dia, noite, 24 horas);
- ▶ Actividades ocupacionais;
- ▶ Controlo de administração de medicamentos;
- ▶ Assistência nas necessidades especiais de pessoas com condições mentais e físicas debilitadas;
- ▶ Assistência urgente;
- ▶ Verificação de conforto.

Serviços médicos prestados incluem:

- ▶ Consultas médicas por telefone;
- ▶ Consultas médicas, ao domicílio ou num centro de cuidados primários, (urgente ou de rotina).
- ▶ Hospitalização/cuidados geridos no domicílio (24 horas):
 - Gestão de doença;
 - Cuidados de recuperação/convalescença;
 - Cuidados com doenças crónicas/terminais;
 - Cuidados paliativos;
 - Tratamentos (por exemplo, medicação intravenosa, transfusões de sangue, hemodiálise, quimioterapia).

Os serviços médicos são prestados por subsidiárias que não se destinam exclusivamente ao segmento idosos. No entanto, quatro das subsidiárias da *Nestor* focam-se exclusivamente na prestação de serviços sociais a idosos:



<http://www.country-cousins.co.uk>/<http://www.goldsborough-home-care.co.uk>/<http://www.goldsborough-home-care.co.uk>/<http://www.goldsborough-home-care.co.uk>

A *Nestor* obteve recentemente novos financiamentos com o objectivo de regressar ao programa anterior de aquisições. O objectivo é continuar a acrescentar pequenos serviços de cuidados domiciliários em áreas geográficas onde a actual rede não está presente, assim como serviços mais especializados, por exemplo nas deficiências de aprendizagem, desta forma alargando a peritagem e oferta de serviços do Grupo.

Gama de serviços oferecidos no Reino Unido - serviços habituais com algumas particularidades

Serviço habitual

No Reino Unido o sector privado presta alguns serviços chave de cuidados a idosos, tanto residenciais como domiciliários. No entanto algumas particularidades distinguem o sector de cuidados a idosos, nomeadamente:

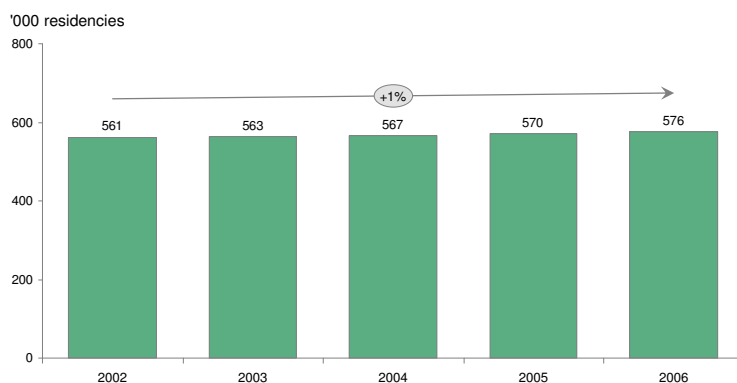
- ▶ O papel importante da habitação assistida como alternativa aos cuidados residenciais;
- ▶ A proliferação de um novo conceito de cuidados residenciais: “residências duplas”;
- ▶ A criação de lares dirigidos a idosos com condições físicas e mentais específicas.

Habitação assistida

O desenvolvimento da habitação assistida remonta à década de 50 e resultou do objectivo por parte do Governo de construir habitações adaptadas às necessidades dos idosos que não necessitavam de cuidados constantes. A habitação assistida (igualmente conhecido como habitação de reforma) consiste num apartamento ou casa localizada num bloco de 15 a 40 habitações onde todos os residentes são idosos. As habitações são concebidas com acessibilidade a cadeiras de rodas e equipadas para satisfazer da melhor forma o bem-estar dos idosos. Estão também ligadas a um serviço de alarme para situações de emergência.

Nos últimos anos, a habitação assistida tem vindo a crescer de forma estável (taxa anual de ~5%). Este crescimento tem sido em parte encorajado pelo Governo focado em redireccionar os cuidados da institucionalização.

Figura 125. Evolução recente da capacidade da habitação assistida, 2002-2006 (N.º)



Fonte: Pesquisa MDB (2007).

A habitação assistida, que pode ser adquirida ou alugada, possui instalações comunitárias tais como salas de convívio, lavandarias, quartos de hóspedes, e um jardim. A pessoa responsável que vive no bloco ou nas imediações gere e assegura a manutenção do bloco.

Surgiram recentemente novas formas de habitação assistida destinadas a idosos mais frágeis e dependentes. Os esquemas de habitação de cuidados extra prestam habitualmente alguns serviços, tais como limpeza e refeições.

Caso de Estudo - McCarthy & Stone



A *McCarthy & Stone* afirma ser o construtor líder de habitações assistidas no Reino Unido, com uma quota de mercado de ~70%. Com mais de 30 anos de experiência, a *McCarthy & Stone* construiu mais de 40.000 apartamentos de habitação assistida com duas tipologias (1 e 2 quartos) adaptados às necessidades dos idosos. A empresa esteve cotada em bolsa por mais de 20 anos mas voltou a ser privada em 2006. Actualmente é controlada pela HBOS, que é o maior banco de hipotecas do Reino Unido.

A habitação assistida da *McCarthy & Stone* inclui: divisões totalmente adaptadas a cadeira de rodas, uma cozinha adaptada, elevadores, alarme ligado 24 horas à *Careline* (prestador de serviços sociais e médicos), alarmes de intrusos e de fumo, um sistema de segurança de acesso e serviços comuns (por exemplo, lavandaria, quarto de hóspedes e uma sala de convívio). Dado que se destinam a pessoas autónomas, não se oferecem serviços de apoio, com excepção da manutenção do edifício, que é assegurada pelo responsável (intitulado gestor da habitação).



Apesar da habitação assistida continuar a ser o negócio principal da *McCarthy & Stone*, a empresa tem operado igualmente nos lares residenciais desde 1999. Nos próximos anos, a *McCarthy & Stone* planeia oferecer uma gama completa de serviços de cuidados residenciais. Desta forma, a empresa planeia consolidar a sua posição de liderança no negócio de habitações assistidas, expandindo geograficamente a criação de lares residenciais e entrando no estabelecimento de lares de idosos.

Habitações duplas

As habitações duplas são residências que oferecem cuidados residenciais e de enfermagem. Nestas residências estão disponíveis diferentes tipos de cuidados para os idosos com diferentes níveis de dependência e são definidos planos personalizados para cada residente. Os planos de serviços são ajustados periodicamente de forma a satisfazer necessidades do idoso. As habitações duplas foram criadas para dois tipos de clientes:

- ▶ Casais com diferentes graus de cuidados;
- ▶ Indivíduos cujo estado pode vir a evoluir de forma rápida.

Os principais operadores como a *Southern Cross* e BUPA oferecem já este tipo de habitações.

Lares especializados

A necessidade de diferenciação dos concorrentes levou a que os principais grupos evoluíssem gradualmente de serviços standardizados para personalizados. No seguimento desta tendência foram criados os lares especializados. Estes destinam-se a idosos com condições físicas (por exemplo, Parkinson) ou mentais (por exemplo, Alzheimer) particulares, em convalescença de acidentes ou doenças (por exemplo, AVC), em períodos pós-operatórios (por exemplo, operações de *pacemaker*) ou com doenças terminais (por exemplo, cancro).

Estes lares são vantajosos porque oferecem uma gama de serviços adaptados às condições particulares dos idosos a que se destinam, nomeadamente:

- ▶ Serviços médicos especializados (por exemplo, práticas neurológicas, terapia de reabilitação, cuidados paliativos, controlo da dor);
- ▶ Serviços sociais especializados (por exemplo, actividades ocupacionais estimulantes física ou mentalmente, pessoal com formação específica para lidar com Alzheimer ou Parkinson);
- ▶ Instalações adaptadas (por exemplo, alojamentos totalmente acessíveis);
- ▶ Sistemas especiais de segurança (por exemplo, video-vigilância, entradas e saídas controladas).

Por um lado, os lares especializados evitam misturar os seniores ligeiramente dependentes com outros de níveis de dependência mais acentuados; mas por outro lado, também procuram não sujeitar os idosos mais dependentes à discriminação por parte dos menos afectados.

A *Southern Cross*, BUPA e *Four Seasons Healthcare* gerem lares especializados. Alguns destes grupos, em vez de ou além dos lares especializados, constroem unidades especializadas integradas em lares gerais. Pelo contrário os operadores privados de menor escala integram idosos com condições especiais em lares gerais ou então não aceitam os que se encontram em estados de dependência mais avançados.

Figura 126. Cuidados especializados prestados pela Southern Cross



Fonte: Website de Southern Cross Healthcare.

2.3. O caso dos Países Nórdicos - promoção do papel do sector privado para obter custo-eficiência. O Caso Sueco.

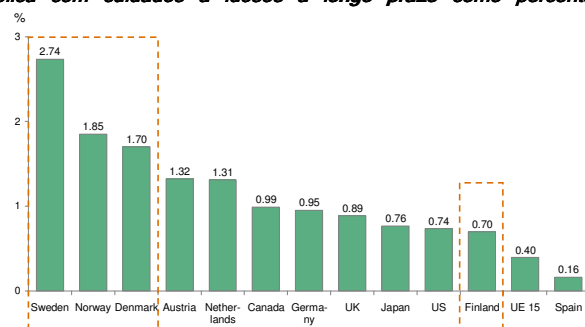
Oferta do sector de cuidados a idosos

Os países nórdicos são Estados sociais e os cuidados a idosos são um direito universal da responsabilidade do Governo. Assim, a despesa pública dos países nórdicos com cuidados a idosos é das mais elevadas do mundo, indo desde 0,7% do PIB na Finlândia a 2,7% do PIB na Suécia. O gráfico seguinte ilustra a importância da despesa com cuidados a idosos a nível mundial.

Devido ao seu estatuto como Estado social, os países nórdicos registam elevadas participações (>80%) do sector público no financiamento de cuidados a idosos. Estas participações são das mais elevadas do

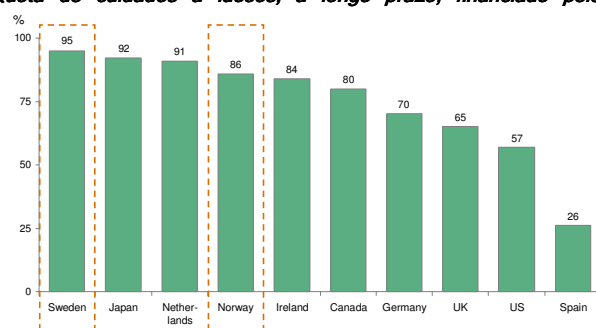
mundo, e são financiadas por receitas fiscais. Na figura seguinte compara-se a participação do sector público em diferentes países.

Figura 127. Despesa pública com cuidados a idosos a longo prazo como percentagem do PIB, 2000 (%)



Fonte: Projecto de saúde de cuidados a longo prazo para idosos OCDE (2005).

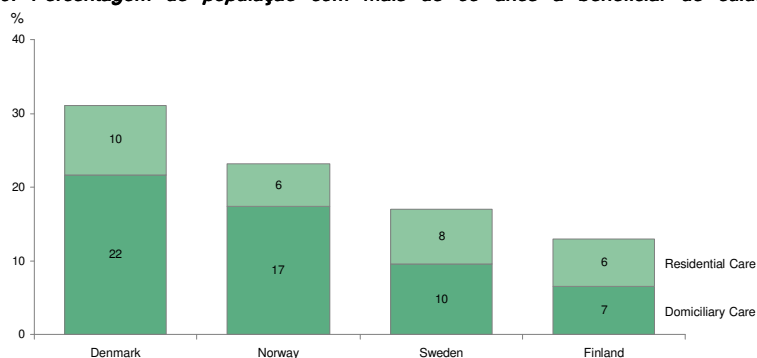
Figura 128. Quota de cuidados a idosos, a longo prazo, financiado pelo Governo (%)



Fonte: Projecto de saúde de cuidados a longo prazo para idosos OCDE (2005).

A taxa de penetração dos cuidados a idosos e de serviços associados varia nos países nórdicos, de acordo com o gráfico seguinte. Na Dinamarca e na Noruega, os cuidados a idosos têm uma taxa de penetração de quase 30% em que predominam os cuidados domiciliários, enquanto na Suécia e Finlândia, os cuidados a idosos têm apenas uma taxa de penetração de ~15%, dividindo quase igualmente entre cuidados domiciliários e residenciais.

Figura 129. Percentagem de população com mais de 65 anos a beneficiar de cuidados (%)

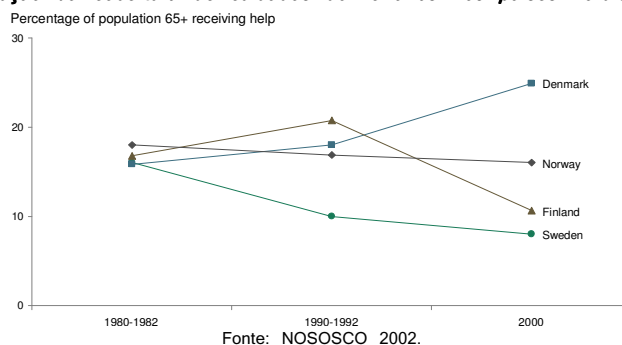


Fonte: Dados de Saúde OCDE, 2007.

Todos os Governos Nórdicos afirmam favorecer os cuidados domiciliários. Ao fazê-lo, os Governos esperam tornar possível a todos os idosos permanecerem mais tempo nas suas casas. No entanto, os cuidados domiciliários desenvolveram-se de forma diferente nos quatro países. Na Dinamarca, os cuidados domiciliários

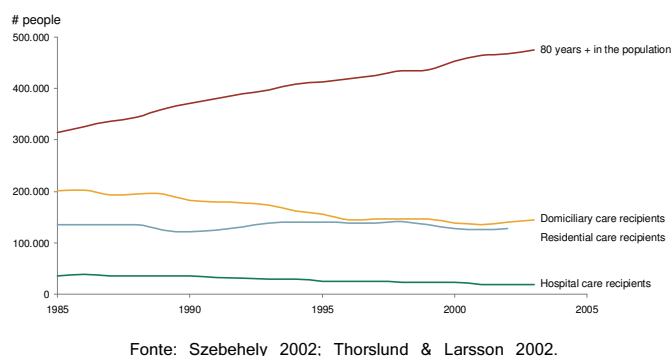
cresceram significativamente, na Noruega, continuaram estáveis, enquanto na Finlândia e especialmente na Suécia decresceram. De acordo com Trydegard, a Dinamarca parece ser o país mais “nórdico” em termos de cuidados domiciliários. A Suécia optou por diminuir o número de destinatários de cuidados domiciliários e prestar mais horas de cuidados a um menor número de idosos.

Figura 130. Evolução da cobertura de cuidados domiciliários nos países nórdicos, 1980-2000 (%)



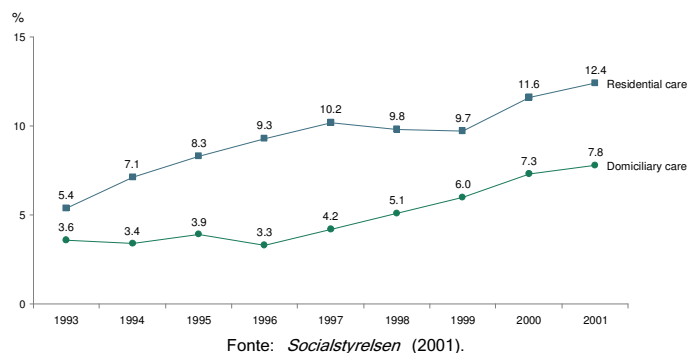
Apesar das regiões nórdicas continuarem a seguir os princípios de bem-estar social, os cuidados a idosos tornaram-se gradualmente menos universais. Esta situação foi criada pela crise económica dos anos 90, o que obrigou a um racionamento dos orçamentos de cuidados a idosos. Neste contexto, os países nórdicos foram forçados a rever as suas políticas de cuidados a idosos, reduzindo a prestação de serviços e a limitar o seu acesso. A partir daí, o Governo centrou-se na prestação de serviços de natureza médica e nos idosos com maiores necessidades. A tendência de queda da oferta foi invertida nos últimos anos. A *Figura 131* ilustra o caso sueco.

Figura 131. Evolução dos beneficiários de cuidados a idosos na Suécia, 1990-2005 (%)



O papel do sector privado

O sector privado continua a ter um papel menos importante na prestação de serviços de cuidados a idosos nos países nórdicos. Na Suécia, apenas ~11% dos cuidados domiciliários (em termos de horas de cuidados) e 14% dos cuidados residenciais (em termos de destinatários de cuidados) foram prestados pelo sector privado em 2006. Mas estes números escondem uma forte evolução na passada década, como se pode verificar pelo gráfico seguinte (*Figura 132*).

Figura 132. Evolução da quota de idosos a receber serviços privados do sector privado, 1993-2001 (%)

Até à crise económica dos anos 90, o sector privado estava quase ausente da prestação de cuidados a idosos. O surgimento de operadores privados deu-se após a implementação da *Reforma Adel* (1992), cujo objectivo era aumentar a eficácia da prestação desses cuidados.

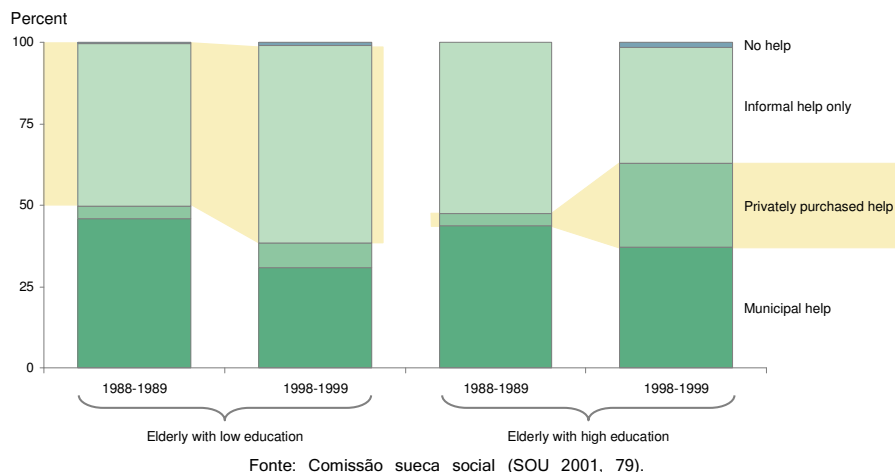
De acordo com Trydegard, a Reforma Adel introduziu dois dos conceitos chave de “Nova Gestão Pública”: comercialização e privatização. No âmbito da reforma, a prestação de cuidados a idosos foi descentralizada dos distritos para as autarquias e indicadores orientados para o mercado (tais como custos unitários, produtividades e níveis de qualidade) começaram a ser sistematicamente controlados. Para aumentar a eficiência dos cuidados a idosos, as autarquias adoptaram o “modelo comprador-prestador”, separando assim a avaliação das necessidades da prestação dos cuidados. Estas unidades foram transformadas em centros de lucro e forçadas a competir com operadores privados. A concorrência surgiu na forma de concursos público competitivos. Em 2006, quase 50% das autarquias tinham concedido contratos de cuidados a idosos a operadores privados.

Posteriormente, algumas autarquias, tais como a de Estocolmo, implementaram o modelo de escolha do consumidor. Neste modelo, após a avaliação das necessidades, o idoso recebe um vale virtual para adquirir o serviço recomendado de um prestador privado ou público à sua escolha. Caso escolha um prestador privado, o idoso poderá adquirir serviços extra com os seus próprios meios. Ainda não é conhecido o sucesso deste modelo, embora em alguns países os idosos tenham tido dificuldades em fazer escolhas bem informadas.

O envolvimento do sector privado na prestação de serviços de cuidados a idosos foi também encorajado pela crise económica dos anos 90. Consequentemente ao racionamento dos orçamentos de cuidados a idosos, o número de idosos com meios próprios a adquirir serviços do sector privado aumentou. De acordo com Trydegard, as pessoas com rendimentos altos e níveis elevados de escolaridade substituíram os serviços do sector público pelos serviços formais enquanto que os idosos de rendimentos baixos e níveis baixos de educação optaram pelos serviços informais. Estes dois fenómenos foram denominados de “comercialização” e “informalização” do sector de cuidados a idosos.

No final dos anos 90, a participação do sector privado aumentou significativamente. Num período de dez anos (de 1993 a 2003), a quota de prestadores empregues no sector privado subiu de 0,7% para 9,6%, atingindo um pico em 2001 (11,8%).

Figura 133. Fontes de ajuda a idosos dependentes, com idades entre os 75-84 anos (%)



Fonte: Comissão sueca social (SOU 2001, 79).

Figura 134. Prestação privada de cuidados a idosos com financiamento público, 1993-2003 (%)

Percent of staff employed in for profit private players



Fonte: Trydegård, 2005.

Uma investigação orientada pela Trydegard em 2001 revelou que o sector privado tem uma maior presença nas autarquias mais densamente povoadas e uma maior quota de eleitores do Partido Moderado, com uma escassez mais forte de cuidados a idosos e prestadores de grande dimensão. Além do mais, tinha uma presença mais fraca em regiões onde os residentes tinham níveis de educação mais baixos. Na capital, Estocolmo, por exemplo, 50% dos cuidados residenciais eram já contratados a operadores privados, em 2006.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde e Assistência Social, os serviços contratados ao sector privado, tinham, em geral, preços mais baixos. No entanto não há evidência de diferenças significativas de qualidade entre serviços prestados por privados e o público.

Em Julho passado, o Governo decretou outra lei que, provavelmente, favorece um maior envolvimento do sector privado na prestação de cuidados a idosos. A nova lei permite ao idoso deduzir das despesas anuais fiscais em serviços sociais até ~10.800€ (tais como limpeza, lavandaria ou cuidados pessoais). A privatização da prestação de cuidados de saúde (incluindo cuidados a idosos) é actualmente um tema quente na Suécia.

Principais operadores

O sector privado sueco está bastante concentrado. De acordo com Trydegard, no final dos anos 90, os quatro maiores prestadores de cuidados a idosos (Aleris Äldreomsorg AB, Attendo Care AB, Carema Äldreomsorg AB e Förenade Care Ab) controlavam metade dos contratos feitos com as autarquias locais.

Dado que o maior consumidor de serviços de cuidados a idosos - as autarquias - procura eficácia de custos, a elevada concentração do sector privado destina-se, provavelmente, a explorar economias de escala.

Os maiores operadores na Suécia prestam serviços básicos e não parecem investir significativamente na sofisticação e inovação do serviço. Isto provavelmente resulta do facto das autarquias serem o maior cliente do sector privado.

À semelhança de outros países e devido às elevadas necessidades de financiamento do sector, vários operadores importantes possuem como accionistas empresas financeiras. A Aleris Group, Attendo Care, Medivire e Carema são controladas pelas seguintes empresas de capitais privados, respectivamente: EQT III, Industri Kapital, MD Funds e 3i). Alguns dos principais operadores são controlados por prestadores de serviços de saúde, tais como Ambea e Förenade Care. Devido ao tamanho limitado dos mercados nórdicos, os principais operadores privados são, em termos gerais, multinacionais a operar em vários países nórdicos. A actividade de M&A e os planos de crescimento orgânico seguidos nos últimos anos sugerem que, nos próximos anos a concentração do sector de cuidados a idosos na Suécia aumente.

Figura 135. Principais operadores nórdicos

		Major players				
		Aleris	ATTENDO SENIOR CARE	carema	Förenade Care	MEDIVIRE
Geographic presence	 Sweden	✓	✓	✓	✓	
	 Denmark	✓	✓		✓	
	 Finland			✓		✓
	 Norway	✓		✓		

Fonte: Trydegård, 2005.

Caso de Estudo - Attendo Senior Care



A Attendo - anteriormente *Svensk Hemservice* - foi a primeira empresa privada a receber um contrato de serviços do Governo nos anos 80. Actualmente, a Attendo é o maior operador sueco privado de cuidados a idosos e opera igualmente na Dinamarca. Desde Janeiro 2007, a Attendo é controlada pela *Industri Kapital*, uma empresa de capitais privados. Anteriormente, a Attendo era controlada pela *Bridgepoint* e alguns pequenos investidores.

O principal negócio da Attendo é cuidados a idosos, que representam ~90% das receitas da empresa. Além de cuidados a idosos, a Attendo presta serviços de cuidados a pessoas incapacitadas (mental e fisicamente), pessoas com qualquer tipo de dependência (por exemplo, álcool) e a crianças e famílias em risco (por exemplo, mulheres e crianças abusadas).

Em relação aos cuidados a idosos, a Attendo presta os seguintes serviços numa base permanente ou de curto prazo:

- ▶ Cuidados domiciliários limitados a serviços sociais, tais como limpeza, lavandaria, preparação de refeições, cuidados pessoais e acompanhamento (24 horas, noite, dia);
- ▶ Os cuidados residenciais englobam:
 - Habitação assistida para idosos independentes, prestando acesso de 24 horas a cuidados sociais e médicos (custo adicional e sob pedido) e comodidades partilhadas (tais como restaurantes e

salas);

- Lares para idosos dependentes, prestando serviços permanentes sociais e médicos;
- Habitações próprias, prestando acomodações de lar flexíveis (por exemplo, durante curto prazo) para idosos.

A *Attendo* está certificada para prestar serviços às autarquias e consumidores privados (ambos auto-financiados e no âmbito do modelo de escolha do consumidor). As autarquias locais são os maiores clientes da *Attendo*.

A *Attendo* tem-se expandido fortemente, tanto organicamente como através de aquisições. Em 2005, as receitas da *Attendo* cresceram em 74%. As aquisições (nomeadamente a do grupo de negócio de cuidados *Capio Omsorg AB*) foram a maior fonte de crescimento, permitindo que as receitas da *Attendo* crescessem 55%. Num período de cinco anos, a *Attendo* pretende triplicar as suas vendas não só pelo crescimento orgânico mas também inorgânico, quer nos mercados nórdicos quer nos mercados internacionais tais como Alemanha, Reino Unido e Espanha.



3. Síntese

- Em Espanha, a oferta de serviços de cuidados a idosos cresceu significativamente nos últimos anos:
 - Os cuidados domiciliários quase triplicaram a sua capacidade e os cuidados residenciais aumentaram em 50%;
 - A baixa cobertura dos serviços de cuidados a idosos que se sentia no início do ano 2000 foi, provavelmente, a principal motivação para o crescimento da oferta destes serviços.
- O sector privado tem um papel importante na prestação de serviços de cuidados a idosos, devido também ao apoio das políticas governamentais:
 - O financiamento público permitiu aos serviços privados estabelecerem taxas equivalentes aos preços comerciais. Um factor determinante para o desenvolvimento do sector privado como prestador de cuidados a idosos;
 - O crescimento económico ajudou igualmente ao surgimento de operadores privados;
 - Actualmente, ~75% da capacidade de cuidados residenciais é já controlada pelos operadores privados.
- Embora os principais operadores tenham vindo a firmar-se recentemente, o sector privado mantém-se muito fragmentado:
 - Um forte crescimento estruturado tem vindo a ser seguido pelos principais operadores;
 - Nalguns casos, os planos de crescimento orgânico têm sido complementados com aquisições;

- Em 2006, os principais operadores controlavam apenas ~10% da capacidade de cuidados residenciais.
- ▶ O sector de cuidados a idosos em Espanha tem algumas particularidades:
 - A divisão dos grandes centros de cuidados residenciais em pequenas unidades ou módulos;
 - A divisão de clientes de acordo com as suas necessidades específicas (permitido pelo sistema modular);
 - A proliferação de *resorts* sénior, que são pequenas “vilas” de luxo para idosos activos;
 - O uso em massa dos serviços de assistência telefónica.
- ▶ Nos últimos anos, o Governo do Reino Unido implementou medidas para redireccionar os cuidados para fora da institucionalização:
 - Assim, enquanto a oferta de cuidados residenciais desceu de forma estável a uma taxa de ~2%, a oferta de cuidados domiciliários tem vindo a crescer a uma taxa de 4% por ano;
 - Em 2006, a cobertura de cuidados domiciliários (que era de ~8 em cada 100 idosos) excedeu a dos cuidados residenciais (que era de ~5 em cada 100 idosos);
 - As medidas governamentais para promover opções de cuidados alternativos à institucionalização incluem orçamentos individuais geridos pelas autarquias locais com tendência a contrariar os cuidados residenciais e o subsídio para o prestador que tem como objectivo encorajar os cuidados informais dos idosos pelas famílias.
- ▶ Como resultado das medidas governamentais implementadas nos anos 90, o sector privado domina actualmente a prestação de serviços de cuidados a idosos no Reino Unido:
 - No início dos anos 90, ao definir limites máximos não só em relação ao CAPEX a investir nos cuidados a idosos mas também ao peso da prestação directa de serviços, o Governo incentivou a participação do sector privado no sector de cuidados a idosos;
 - Mais de 75% da capacidade de cuidados a idosos é controlada pelos operadores privados.
- ▶ Apesar dos principais operadores quase dominarem o sector privado, estes têm vindo a reforçar as suas posições de liderança ao executarem planos agressivos de crescimento inorgânico:
 - Os principais operadores, que geralmente estão ligados à especificidade do seu país e focados nos cuidados residenciais, já controlam ~50% da capacidade de cuidados residenciais;
 - Devido às elevadas necessidades de financiamento, os principais operadores privados estão cotados em Bolsa, têm grupos financeiros como accionistas e aplicam esquemas inovadores de financiamento (por exemplo, vendas e novo arrendamento);
 - A *Southern Cross* - líder do mercado - conseguiu quadruplicar a sua capacidade de cuidados residenciais através de várias aquisições, em apenas dois anos;
 - As medidas governamentais - a definição de padrões mínimos rigorosos para os cuidados residenciais e a criação de entidades reguladoras para controlar o cumprimento destes padrões - levaram à saída do mercado de vários pequenos operadores.
- ▶ O sector de cuidados a idosos no Reino Unido tem algumas particularidades:
 - O importante papel da habitação assistida como alternativa aos cuidados residenciais;
 - A proliferação do novo conceito de cuidados residenciais: “residências duplas”;
 - A criação de lares especializados para idosos em condições mentais ou físicas específicas.

- ▶ A oferta de serviços de cuidados a idosos nos países nórdicos contratados na década de 90, apesar das “políticas sociais” destes países:
 - A crise económica dos anos 90 ditou o racionamento dos orçamentos de cuidados a idosos e o decréscimo do acesso universal;
 - No entanto, a despesa relativa dos países nórdicos em cuidados a idosos (em termos de PIB) e a elevada participação do sector público no financiamento deste sector permanecem das mais elevadas do mundo;
 - A tendência de descida na oferta foi invertida nos últimos anos.
- ▶ A penetração dos cuidados a idosos e mistos de serviços variam de país para país:
 - Na Dinamarca e na Noruega, os cuidados a idosos têm uma penetração superior a 20% e predominam os cuidados domiciliários;
 - Na Suécia e na Finlândia, os cuidados a idosos têm uma penetração de cerca de 15% e os cuidados domiciliários e residenciais têm taxas de penetração similares.
- ▶ Apesar dos Governos Nórdicos terem encorajado a participação de operadores privados na prestação de cuidados a idosos, o sector privado ainda tem um papel menor no sector:
 - Com o objectivo de alcançar uma maior eficácia de custos, os Governos Nórdicos implementaram, após a crise económica dos anos 90, reformas que encorajavam a participação de operadores privados, nomeadamente:
 - Introdução de concursos competitivos entre operadores públicos e privados para a prestação de serviços a idosos com financiamento público;
 - A homologação do modelo de escolha dos consumidores que deu aos consumidores a oportunidade de escolher entre prestadores de cuidados públicos e privados.
 - Apesar dos esforços governamentais, na Suécia, por exemplo, apenas ~11% dos cuidados domiciliários e 14% dos cuidados residenciais foram prestados por operadores privados em 2006;
 - Os maiores operadores (*Aleris Äldreomsorg AB*, *Attendo Care AB*, *Carema Äldreomsorg AB* e *Förenade Care Ab*) controlam mais de 50% dos contratos concedidos pelas autarquias locais;
 - O enfoque dos operadores privados sobre eficácia de custos explica a elevada concentração de operadores privados, que pretendem explorar economias de escala.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ACIME, Presidência do Conselho de Ministros (2007) - *Plano para a Integração dos Imigrantes - Anteprojecto*. Portugal.
- Ackers, L., Dwyer, P. (2002) - *Senior Citizenship? Retirement, Migration and Welfare in the European Union*. Bristol: Policy Press.
- Almeida, N., Ferrão, J. (Coord.), (2002) - *Caracterização do Voluntariado em Portugal*. Comissão Nacional para o Ano Internacional dos Voluntários (CNAIV) e Instituto de Ciências Sociais, Edição CNAIV.
- Andrade, I. (2006) - *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Geografia, especialização em Urbanização e Ordenamento do Território, apresentada na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Asato, J. (2006) - *Fit for the future: a new vision for older people's care and support*. Counsel and Care Policy Discussion Paper 1. Counsel and Care, 2006, United Kingdom.
- Barron, A. (1996) - *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. Espanha Editores.
- BOE (2006) - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado.
- Breuer, T. (2003) - *Deutsche Rentnerresidenten auf den Kanarischen Inseln*. In: Geographische Rundschau, 55, pp. 44-51.
- Brito, L. (2001) - *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Editora Quarteto, Coimbra.
- Brocklehurst, J., Tallis, R., Fillit, H. (1992) - *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Campbell, R. (2005) - *Voluntary Action: meeting the challenges of the 21st century*. National Council for Voluntary Organisations, March, p. 120.
- Carrilho, M., Gonçalves, C. (2007) - *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Revista de Estudos Demográficos, N.º 40, Instituto Nacional de Estatística, pp. 21-38.
- Carvalho, V., Fernandez, E. (1999) - *Depressão no Idoso*. In Matheus Papaléo, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. Editora Atheneu, São Paulo.
- Casado-Díaz, A., Kaiser, C., Warnes, A. (2004) - *Northern European retired residents in eight southern European areas: characteristics, motivations and adjustment*. In: Ageing and Society, 24, 3, pp. 353-382.
- Casado-Díaz, A., Lundh, U., Warnes, T. (2002) - *Older Migrants in Europe: Projects and Sources*. Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield.
- Centre for Policy on Ageing (1984) - *Home Life: A Code of Practice*. Centre for Policy on Ageing, London.
- Charnley, J. (1979) - *Low Friction Arthroplasty of the Hip: Theory and Practice*. Springer-Verlag, Berlin.
- Cole, T., Winkler, M. (1994) - *The Oxford Book of Aging*. Oxford University Press.
- Coleman, P. (1975) - *Social gerontology in England, Scotland and Wales: a review*. The Gerontologist 15, pp. 219-229.
- Commission for Social Care Inspection (2005) - *Inspecting for Better Lives: Delivering Change*. CSCI, London.

- Costa, M. (2006) - *Cuidar de Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Formassau, Coimbra.
- Danville, T. (2007) - *Senior Needs Assessment Report*. www.bwresearch.com
- De Ger, G. (2007) - *Commitment and Care*. Attendo makes private care count, K-News. A Tri-Anual Newsletter from Industri Kapital, Issue 18. De los emigrantes de retiro alemanes en España: los ejemplos de Mallorca y la Costa.
- Deloitte (2006) - *Actualización del Estudio: Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia*. December.
- Delsa (2005) - *Ageing: Pension reform and long term care*. DELSA newsletter issue 1, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD.
- Der Spiegel (2001) - *Sog des Südens*. 9, 24, pp. 54-73.
- DGEOP (2005) - *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos - Creche, Centro de Atividades Ocupacionais e Lar para Idosos: a Percepção dos Utentes. Um inquérito à qualidade, adequação e satisfação*. Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento, Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- DGEOP (2005) - *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório 2005*. Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento, Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Division of Aging Seniors (1999) - *Innovations in Best-Practice Models of Continuing Care for Seniors*. Report prepared on behalf of the Federal Provincial Territorial Committee (Seniors) for the Ministers Responsible for Seniors.
- Dobruszkes, F. (2006) - *An analysis of European low-cost airlines and their networks*. Journal of Transport Geography, 14, pp. 249-264.
- DPP (2000) - *Distribuição do Rendimento e Pobreza em Portugal e suas Regiões*. Departamento de Prospectiva e Planeamento, Ministério do Planeamento, pp. 35. Lisboa.
- Edebalk, P. (2001) - *Economics of Elderly Care*. The state of knowledge in Sweden 1, Forskaravdelningen, Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Emnid (2003) - *Auslandsimmobilien*. Bevölkerungsbefragung. Bielefeld.
- Esping-Andersen, G. (1996) - *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. Sage, Thousand Oaks, California.
- Esteves, A. (2004) - *Imigração e Cidades: Geografias de Metrópoles Multi-Étnicas - Lisboa e Washinton D.C.* Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Esteves, D. (2005) - *Sentido e Significado de Corpo, Saúde e Felicidade. Um diálogo entre as teorias e a fala de idosos rurais e urbanos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Eurofamcare (2006) - *Summary of main findings from Eurofamcare europeos retirados en España*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p. 241-261. Madrid.
- European Observatory on Health Care Systems (1999) - *Health Care Systems in Transition, Portugal*.
- Evans, J. (1997) - *The clinical achievements of British geriatrics*. In J. Phillips (ed.), *British Gerontology and Geriatrics: Experience and Innovation*. Sheffield: British Society of Gerontology.

- Federal/Provincial/Territorial Committee (Seniors), (1999) - *Innovations in Best-Practice Models of Continuing Care for Seniors*. Report prepared for the Ministers Responsible for Seniors, Division of Aging and Seniors, Minister of Public Works and Government Services Canada, March, pp. 77.
- Fernandes, A. (2001) - *Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social*. Sociologia (Problemas e Práticas).
- Ferreira, C. (2006) - *Portugal, destino turístico da população idosa europeia. Abordagem geográfica do turismo sénior internacional*. Coleção Temas de Turismo, N.º 6, Turismo de Portugal, pp. 386.
- Ferreira, M. (2006) - *Residências assistidas: um novo produto imobiliário na qualificação dos territórios?* Centro de Estudos de Geografia e Planeamento Regional, da Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2007) - *Dificuldades e fontes de satisfação percebidas por cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Universidade de Aveiro. http://www.socialgest.pt/_dlds/dificuldadesfontesdesatisfacaopercecionadasporcuidadoresfamiliares.pdf
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2004) - *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. EUROFAMCARE - National Background Report for Portugal. Campus Universitário de Santiago, Aveiro. The project EUROFAMCARE is supported by the European Union.
- Figueiro, D., Sousa, L. (2001) - *Family Care of Older People in Europe*. Edited by I. Philip. Volume 46 Biomedical and Health Research, pp. 189-209.
- Fonseca, L. (2007) - *Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*. Artigo N.º 1 da Revista Migrações do Observatório da Imigração, das autoras Lucinda Fonseca, Alina Esteves, Jennifer McGarrigle e Sandra Silva. Do Centro de Estudos Geográficos, da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Fonseca, L., Malheiros, J., Silva, S. (2005) - *Current immigration debates in Europe*.
- Franco, R. (2005) - *Defining the Nonprofit Sector: Portugal*. Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.
- Franco, R., Sokolowski, S., Hairel, E. e Salamon, L. (2005) - *The Portuguese Nonprofit Sector in Comparative Perspective*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Economia e Gestão, Johns Hopkins.
- Freund, B. (2003) - *A comunidade portuguesa na Alemanha*. Revista da Faculdade de Letras.
- Friedrich, K., Kaiser, C. (2002) - *Rentnersiedlungen auf Mallorca? Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit des nordamerikanischen Konzepts auf den Europäischen Sunbelt*. Europa Regional, 9, 4, pp. 204-211.
- Friedrich, K., Kaiser, C., Buck, C. (2005) - *Entornos de vida socio-espacial y tramas sociales*.
- Froggatt, K. (2007) - *The 'regulated death': a documentary analysis of the regulation and inspection of dying and death in English care homes for older people*. Ageing and Society, 27, 2, pp. 233-248.
- Geis, U., Bähr, C. (2006) - *Healthcare*. A research publication by DZ Bank AG, Sector Study, 31 October 2006, DZ Bank.
- Gemito, M. (2005) - *O Quotidiano Familiar do Idosos em Meio Rural*. Paper apresentado com recurso a dados obtidos no estudo realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado intitulada "O quotidiano familiar do idoso numa freguesia rural do Alentejo", apresentada na Universidade de Évora, em 2004.
- Gil, A. (1998) - *Solidariedades Intergeracionais e Instituições de Velhice*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Évora.

- Gil, A. (1999) - *Redes e Políticas de Solidariedade - Globalização e Política Social*. Cadernos de Política Social, 1, pp. 93-111.
- Glendinning, C. (2004) - *Funding long term care for older people - lessons from other countries*. Joseph Rowntree Foundation, London School of Economics, London, United Kingdom.
- Glennerster, H. (1995) - *British Social Policy Since 1945*. Blackwell, Oxford.
- Góis, P. (2006) - *Emigração Cabo-Verdiana para (e na) Europa e a sua Inserção em Mercados de Trabalho Locais: Lisboa, Milão, Roterdão*. Coleção "Teses sobre Imigração e Minorias Étnicas" Observatório da Imigração, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Gonçalves, C. (2001) - *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo o Census*. Artigo 4º, pp. 41.
- Gonçalves, C., Silva, C. (2004) - *Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal*. Revista de Estudos Demográficos, N.º 35, Artigo 6º.
- Goodman, R., Peng, I. (1996) - *The East Asian welfare state: peripatetic learning, adaptive change and nation-building*. In Esping-Andersen, G. (ed.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. Sage, pp. 192-224, London.
- Government Offices of Sweden and Ministry of Health, Social Affairs (2007) - *Facts about Elderly in Sweden*. N.º 17, September 2007.
- Guerreiro, M., Lourenço, V., Pereira, I. (2006) - *Boas Práticas de Conciliação entre Vida Profissional e Vida Familiar. Manual para as Empresas*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Hagestad, G., Herlofson, K. (2007) - *Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe*. Report from United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of changing Population Age Structures. New York: United Nations/Department of Economic and Social Affairs, pp. 339-357.
- Häkkinen, U. (2007) - *Ageing, health expenditure, proximity of death and income in Finland*. Stakes Discussion Papers I/2007, Stakes, Helsinki, Finland.
- Harwood, R. (2007) - *Evaluating the impact of the National Service Framework for Older People; qualitative science or populist propaganda?* Age and Ageing, 36, pp. 483-485.
- Healthy Ageing (2006) - *A challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, pp. 228.
- Helge G., Rannveig R., Marianne B. (2005) - *Innovation in home based services for the elderly*. PUBLIN research project "Innovation in the Public Sector", Publin Report N.º 13-5, Norwegian case study WP5, pp. 39.
- Hilmar W. (2002) - *Pan-European best practice in service delivery*. PRISMA - Providing Innovative Service Models and Assessment, Information Societies Technologies (IST) Programme (IST-1999-29088), March, pp. 431.
- Home Office Committee on Local Authority, Allied Personal Social Services (1968) - *Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*. [Chairman, Frederic Seebohm.] London: Her Majesty's Stationery Office.
- Huber, A. (2002) - *Sog des Südens: Alters migration von der Schweiz nach Spanien am Beispiel*. [The Lure of the South: Older People Migrating from Switzerland to Spain], Seismo, Zurich.
- Huber, A., O'Reilly K. (2004) - *The construction of Heimat under conditions of individualised modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain*. In: Ageing and Society, 24, 3, pp. 327-351.

- Iacob, I., Gomez, S. (2007) - *A European perspective of services organization for dependent elderly people care*. EUROPAMILI/AESCLAPIUS Professional Study, ENSP, June 2007, Rennes, France.
- Icon Brand Navigation (2002) - *Auslandsimmobilien 2002*. Nürnberg.
- IDS (2002) - *Prevenção da Violência Institucional. Perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Instituto para o Desenvolvimento Social.
- INE (1999) - *As gerações mais idosas*, Série de estudos N.º 83, Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INE (2002) - *O Envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas Idosas*. Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INE (2003) - *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos*. Revista de Estudos Demográficos, N.º 34, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, Novembro, pp. 41-60, Portugal.
- INE (2004) - *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento, Análise exploratória dos resultados dos Censos de 1991 e 2001*. Documento apresentado no II Congresso Português de Demografia, Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INE (2004) - *Projeções de População Residente, Portugal e NUT II, 2000 - 2050*. Destaque - Informação à Comunicação Social, Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INE (2007) - *Dia Internacional do Idoso, 1 de Outubro de 2007*. Destaque - Informação à Comunicação Social, Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INE (2007) - *Informação à comunicação social no âmbito do dia internacional do idoso*, Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- Infioresidencias (2007) - *Estudio Infioresidencias.com sobre precios de residencias geriátricas y centros de día para personas mayores*. Infopenta S.L., Barcelona, Spain.
- Informe (2006) - *Las personas mayores en España - datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSOS.
- IPPR (2006) - *Brits Abroad: Mapping the Scale and Nature of British Emigration*. London: Institute of Public Policy Research.
- ISS (2001) - *Relatório de Execução do Programa Piloto Rede Social*. Documento elaborado pelo Núcleo da Rede Social, Instituto de Segurança Social, I.P.
- ISS (2004) - *Guião Prático para a Implementação da Rede Social*. Edição do Instituto de Segurança Social, I.P. financiado pelo Estado Português e pelo Fundo Social Europeu.
- ISS (2005) - *Avaliação do Programa Rede Social. Relatório Síntese*. Instituto de Segurança Social, I.P., Área de Cooperação e Rede Social. Relatório elaborado pelo Centro de Estudos Territoriais.
- ISS (2005) - *Manual de Boas Práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Instituto de segurança Social, I.P.
- ISS (2005) - *Tipificação das Situações de Exclusão Social em Portugal Continental*, com a coordenação de Cristina Figueiro, trabalho realizado na Área de Cooperação Rede Social. Instituto de Segurança Social, I.P.
- ISS (2006) - *3º Encontro Nacional da Rede Social. Consolidar, Participar, Desenvolver*. Instituto de Segurança Social, I.P., Santarém.
- ISS (2007) - *Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII - Relatório de Actividades 2006*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Instituto de Segurança Social) e Ministério da Saúde (Direcção-Geral da Saúde).

- ISS (2007) - *Programa ReCriar o Futuro*. Programas de Inserção Social da Administração Central, desenvolvido pelo Instituto de Segurança Social.
- Jones, R. (2007) - *A journey through the years: ageing and social care*. Ageing Horizons, Issue N.º 6, pp. 42-51, Oxford Institute of Ageing.
- José, J., Wall, K., Correia, S. (2002) - *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Working paper from the Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Kaiser, C. (2001) - *Internationale Ruhesitzwanderung innerhalb Europas am Beispiel von älteren Deutschen auf Mallorca*. (Berliner Geographische Arbeiten 91). Berlin, pp.1-7.
- Kaiser, C., Friedrich, K. (2002). *Deutsche Senioren unter der Sonne Mallorcas*. Praxis Geographie, 32, 2, pp. 14-19.
- Kaiser, C., Friedrich, K. (2004) - *Migration decisions, living environments and adjustments to changing needs of elderly Germans on Mallorca*. In: A. Warnes (ed.), Final Report ESF-Network. Sheffield.
- Kaneda, T. (2006) - *Un créneau critique pour la mise en place de politiques applicables au vieillissement de la population dans les pays en développement*. PRB - Population Reference Bureau.
- Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R., Rickayzen, B. (2004) - *An international comparison of long-term care arrangements*, Faculty and Institute of Actuaries, April 2004, UK.
- King, R., Warnes, A., Williams, A. (2000) - *Sunset Lives: British Retirement to Southern Europe*. Berg, Oxford.
- King, R., Warnes, A., Williams, A. (1998) - *International Retirement Migration in Europe*. International Journal of Population Geography, 4(2), 1998, pp. 140-280.
- King, S. (2006) - *Living Under the Sun: British and German Attitudes to Retirement Emigration*. London: King Sturge LLP in association with IPSOS-MORI.
- Kinsela, K., Velkoff, V. (2001) - *An ageing world: 2001 - International Population Reports*. US Department of Health and Human Services, US Department of Commerce, November 2001.
- Kissam, S. (2004) - *The impact of Privatization on the Social Welfare State*. The Michigan Journal of Public Affairs - Volume 1, University of Michigan.
- La Parra, D., Nateo, M. (2008) - *Health status and access to health care of British nationals living on the the Costa Blanca*. Aging and Society 28(1), pp. 1-18. Spain.
- Lamura, G. (2003) - *Supporting carers of older people in Europe: a comparative report on six European countries*. 11th European Social Services conference, Venice, 2nd - 4th July 2003, INRCA, Department of Gerontological Research, Ancona, Italy.
- Lamura, G. (2003) - *Supporting carers of older people in Europe: a comparative report on six European countries*. In "Health and Social Services: partners for a Social Europe", 11th European Social Services Conference, Venice, 2nd-4th July.
- Landesbausparkassen (1998) - *Ein eigenes Zuhause im Ausland*. Ergebnisse einer Marktstudie. Bonn.
- Lang, Buisson (1999) - *Care of elderly people*. Market survey 1999, Twelfth edition, Lang and Buisson Publications LTD.
- Lang, Buisson (2007) - *The elderly care market*. Lang and Buisson, 2007.
- Laurinda A. (2004) - *European Health and Social Welfare Policies*. Santiago de Compostela, "Compostela Group of Universities", pp. 534.
- Le Fanu, J. (1999) - *The Rise and Fall of Modern Medicine*. London: Little, Brown and Co.

- Legido-Quigley, H., Gilnos, I., Baeten, R., McKee, M. (2007) - *Patient mobility in the European Union*. British Medical Journal vol 334, pp. 188-190.
- LE MOS, M (2005) - *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. Coordenação de Manuel de Lemos, Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas.
- Leseurs, M. (2003) - *El gasto público y privado en atención a la dependencia*. Financiación presente y futura, Federació d'Associacions de la Gent Gran de Catalunya (FATEC), Catalunya, Spain.
- Lethbridge, J. (2005) - *Care Services in Europe*, EPSU.
- Levin, K., Leyland, A. (2006) - *A comparison of health inequalities in urban and rural Scotland*. Social Science and Medicine, 62, 6, pp. 1457-1464.
- Lewis, J., Glennerster, H. (1996) - *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Machado, P. (2002) - *O pulsar demográfico da UE na viragem do milénio*.
- Macintyre, S., Soomans, A. (199-5) - *Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in Glasgow*. Health and Place, 1, pp. 15-26.
- Manthorpe, J., Clough, R., Cornes, M., Bright, L., Moriarty, J. (2007) - *Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people*. Age and Ageing, 36, pp. 501-507.
- Marín, D. (2001) - *Vejez, dependencia, y cuidados de larga duración - situación actual y perspectivas de futuro*. Colección estudios sociales N.º 6, Fundación La Caixa.
- Marktest (2007) - *Comunicado de Imprensa: os idosos em Portugal*.
- Masaki, O., Morihito, N., Mamoru, H., Masanobu, I., Ryuichi, K., Masahiro, I., Eiji, K. (2000) - *The golden plan (the ten-year strategy to promote health care and welfare for the elderly) in Kagawa prefecture: differences in implementation by municipalities*. Japanese Journal of Primary Care, 23, 3, pp. 260-268.
- Matias, G., Martins, P. (2007) - *A Convenção Internacional sobre e Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias. Perspectivas e paradoxos nacionais e internacionais em matéria de imigração*. Colecção Estudos e Documentos do Observatório da Imigração, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- MBD (2007) - *The UK domiciliary care market development*. MBD Research.
- MBD (2007) - *The UK residential care for the elderly market development*. MBD Research.
- Means, R., Smith, R. (1983) - *From public assistance institutions to "sunshine hotels": changing state perceptions about residential care for elderly people*. Ageing and Society 3, 2, pp. 157-182.
- Means, R., Smith, R. (1985) - *The Development of Welfare Services for the Elderly*. London: Croom Helm.
- Means, R., Smith, R. (1998) - *From Poor Law to Community Care: The Development of Welfare Services for Elderly People*. Bristol: Policy Press, pp. 1939-1971.
- Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales (2003) - *Plan de acción para las personas mayores 2003-2007*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSO), August, Spain.
- MTSS (2005) - *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos, Relatório 2005*. Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- MTSS (2005) - *Creche, centro de actividades ocupacionais e lar para idosos: a percepção dos utentes - um inquérito à qualidade, adequação e satisfação, Carta Social 2005*. Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

- MTSS (2006) - *Plano Nacional de Acção para a Inclusão. PNAI 2006-2008*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- MTSS/DGEEP (2006) - *Protecção Social*. Cadernos Sociedade e Trabalho, N.º 7. Artigo N.º 2 - "Desigualdade e Pobreza Monetária em Portugal" (1995-2001), de Carla Machado, Rita Fernandes e Teresa Bomba; Artigo N.º 3 - "Medição da Privação - Abordagem Metodológica", de Carla Machado, Rita Fernandes e Teresa Bomba. Publicação Co-Financiada pelo Fundo Social Europeu.
- Niessen, J., Huddleston, T., Citron, L. (2007) - *Índex de Políticas de Integração de Migrantes (MIPEX)*. Projecto co-financiado pela Comunidade Europeia ao Abrigo do Programa Comunitário INTI - Acções Preparatórias de Integração de Nacionais de Países Terceiros.
- OECD (2005) - *Long term care for older people*. The OECD Health project.
- OECD (2007) - *International Migration outlook*. Sopemi.
- Oh, K., Warnes, A. (2001) - *Care services for frail older people in South Korea*. Ageing and Society, 21(6), pp. 701-720.
- Oliveira, C. (2004) - *Estratégias Empresarias de Imigrantes em Portugal*. Colecção Estudos e Documentos do Observatório da Imigração, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Oliveira, M., Souza, C., Freitas, T. (2006) - *Idosos e Família: Asilo ou Casa*. In: O Portal dos Psicólogos.
- Ollson, E., Ingvad, B (2004) - *Change, reorganization and quality of home care for elderly people in Sweden during the 1990s*. Paper to 17, Nordiska konferensen i Gerontologi pp. 23-26, Sweden.
- ONU (2006) - *World Population Prospects, the 2006 revision*. United Nations Population Division.
- ONU (2007) - *Development in an Ageing World*. World Economic and Social Survey. Organização das Nações Unidas.
- ONU (2007) - *World Population Prospects: The 2006 Revision*. Department of Economic and Social Affairs (DESA) - Population Division, Population Estimates and Projections Section. Organização das Nações Unidas.
- Ovseiko, P. (2007) - *Long term care for Older People - Key facts and figures*. Ageing Horizons Brief, Univesrity of Oxford, HSBC, March.
- PARAHYBA, M. (2006) - *Desigualdades de género em saúde entre os idosos no Brasil*. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado no Brasil.
- Parker, J. (1972) - *Welfare*. In: A. H. Halsey (ed.), Trends in British Society Since 1900. pp. 372-406, London.
- Parker, R. (1988) - *An historical background*. In I. Sinclair (ed.), Residential Care: The Research Reviewed, pp.1-38. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Parry Jones, W. (1972) - *The Trade in Lunacy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Paul, C. (2007) - *Freedom of choice and dignity for the elderly*, University of Porto, Portugal.
- Peng, I. (2000) - *A fresh look at the Japanese welfare state*. Social Policy and Administration, 34, 1, pp. 87-114.
- Petersson, J., Blomberg, S. (2007) - *Market penetration in the care of the elderly - the Swedish example*. University of Lund, Sweden.
- Philip, Lorna; Gilbert, Alana; Mauthner, Natasha, Phimister, Euan (2003) - *Scoping Study of Older People in Rural Scotland*, Scottish Executive Social Research, pp. 118.
- Philpot, M., Banerjee, S. (1997) - *Mental health services for older people in London*. In: S. Johnson and ten others (eds), London's Mental Health, pp. 46-62. King's Fund, London.

- Pimentel, L. (2005) - *O Lugar do Idoso na Família. Contexto e Trajectórias*. 2ª edição, Coleção Saúde e Sociedade, Editora Quarteto, Coimbra.
- Project EUROFAMCARE (2006) - *Examples of Good and Innovative Practices in Supporting Family Carers in Europe*. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage (supported by the European Union - Contract: QLK6-CT-2002-02647), Deliverable N.º 21, February, pp. 41.
- Quaresma, M. (1996) - *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Working Paper N.º WP 93/24/PT, from the European Foundation on the Improvement of the Living and Working Conditions, Direcção-Geral da Acção Social, Lisbon.
- Rede Europeia Anti-Pobreza (2004) - *Representações sobre a Pobreza em Portugal - Sondagem de Opinião*. Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos e Sondagens de Opinião e Rede Europeia Anti-Pobreza.
- Rivett, G. (1998) - *From Cradle to Grave: Fifty Years of the NHS*. King's Fund, London.
- RNCCI (2007) - *Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados*, Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados, Julho.
- Rodriguez R., Casado-Diaz, A. Angeles, M. y Huber, A. (2005) - *La migracion de europeos retirados en España*. 1ª Edición. Madrid.
- Rodríguez, V., Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F. (1998) - *European retirees on the Costa del Sol: a cross-national comparison*. International Journal of Population Geography, 4 (2): pp. 183-200.
- Rodríguez, V. (2001) - *Tourism as a recruiting post for retirement migration*. Tourism Geographies, 3, 1, pp. 52-63.
- Rodríguez, V., Fernández-Mayoralas, G., Rojo Perez, F. (1998) - *European retirees on the Costa del Sol: a cross-national comparison*, International Journal of Population Geography, 4, pp. 183-200.
- Rosa, M., Seabra, H., Santos, T. (2004) - *Contributos dos Imigrantes e das Minorias Étnicas*. Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, N.º 4, Lisboa.
- Rosenmoller, M., Lluch, M. (2006) - *Meeting the needs of long term residents in Spain*. In: Rosenmoller, M., McKee, M. and Baeten, R. (eds) *Patient Mobility in the EU: Learning from Experience*, Copenhagen: World Health Organization.
- Royal Commission on the Funding of Long Term Care (1999) - *With Respect to Old Age: Long Term Care - Rights and Responsibilities*. Stationery Office, London.
- Salva-Tomas. P. (2002) - *Tourist development and foreign immigration in Balearic Islands*. In: *Revue Europeenne des Migrations Internationales*, 18, pp. 87-101.
- Santana, P. (2005) - *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal*, Almedina, Lisboa.
- Scarpa, S. (2005) - *Still marching divided: a comparison between elderly care reforms in Sweden and Italy*. ESPAnet Young Researcher Workshop - University of Bath, University of Milan-Bicocca, Italy.
- SCML (2008) - *Envelhecimento. Descobrir novos caminhos*. Cidade Solidária, Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Revista Semestral, N.º 19.
- Scottish Executive Social Research (2003) - *Scoping Study of Older People in Rural Scotland*. Land Use and Rural Policy.
- Sidorenko, A., Walker, A. (2004) - *The Madrid International Plan of Action on Ageing: from conception to implementation*. Ageing and Society, 24, 1, pp. 147-61.

- Silva, J. (2004) - *Direitos de Cidadania e Direito à Cidadania - Princípio da Equiparação, Novas Cidadanias e Direito à Cidadania Portuguesa como Instrumentos de uma Comunidade Constitucional Inclusiva*. Coleção Estudos e Documentos do Observatório da Imigração, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Silva, P. (2005) - *A Protecção Social da População Imigrante. Quadro Legal, Estudo Comparado e Proposta de Reforço*. Coleção Estudos e Documentos do Observatório da Imigração, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Simões, J. *et al.* (2006) - *As Redes de Equipamentos Colectivos* In: Volume IV da Geografia de Portugal - Planeamento e Ordenamento do Território, Círculo de Leitores, Lisboa.
- Slack, K. (1960) - *Councils, Committees and Concern for the Old*. Occasional Paper in Social Administration 2. Welwyn, Hertfordshire: Codicote.
- Social Data Research (2005) - *2004 Seniors Survey Report of Results*. Successful Aging Ottawa.
- Socialgest (2005) - *Anuário da socialgest: lares de idosos e serviços de apoio domiciliário*.
- Socialstyresen, (2007) - *Current developments in care of the elderly in Sweden*. www.socialstyresen.se, September 2007.
- Sousa, L., Figueiredo, D. (2004) - *Eurofam care national background report for Portugal*. University of Aveiro, Portugal.
- Sousa, L., Figueiredo, D. (2007) - *National Background Report for Portugal*. Project EUROFAMCARE - Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, July, 2004, pp. 66.
- Suzuki, K. (2003) - *Marketization of Elderly Care in Sweden*. Stockholm School of Economics, Sweden.
- The Trans-European Survey Report, Project EUROFAMCARE (2006) - *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Supported by the European Union (Contract: QLK6-CT-2002-02647). Deliverable N.º 19, February, pp. 260.
- Tinker, A. (1992) - *Elderly People in Modern Society*. 3rd edition. Longman, London.
- Titmuss, R. (1950) - *History of the Second World War: Problems of Social Policy*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Torres M., Nuñez, J., Martínez, J., Suárez, J. (2007) - *La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores*. IESE Business School, Universidad de Navarra, January.
- Townsend, P. (1962) - *The Last Refuge: A Survey of Residential Homes for the Aged in England and Wales*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Trydegard, G. (2003) - *Swedish Care Reforms in the 1990s. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly People*. RFAS N.º 4, pp. 443-460.
- Trydegard, G. (2003) - *Welfare services for the Elderly in Sweden at the Beginning of the 21st Century - Still in Line with the Nordic Welfare State Model?*
- Trydegard, G. (2005) - *Social care for the elderly in Sweden - a welfare system in transition*. Presentation at the conference on "80 years modern social welfare in Estonia", 6 November 2005, Department of Social Works, CHESS, Stockholm University, Sweden.
- UK Department of Health (1991) - *Managers and Practitioners: Guide to Care Management and Assessment*. London: Her Majesty's Stationery Office.

- UK Department of Health (2000) - *Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance 2000/01-2001/03*. London: DoH.
- UK Department of Health (2001) - *Care Homes for Older People: National Minimum Standards*. DH, London.
- UK Department of Health (2001) - *The National Service Framework for Older People*. DH, London.
- UN Secretary-General (1999) - *Conceptual Framework for the Preparation and Observance of the International year of Older Persons in 1999*. Document A/50/114, UN, New York.
- United Nations (2005) - *Living arrangements of older persons around the world*.
- United Nations (2006) - *Implementing the Madrid Plan of Action*. New York: United Nations/Division for Social Policy and Development, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations (2007) - *Development in an Ageing World - World Economic and Social Survey 2007*. New York: United Nations/Department of Economic and Social Affairs, E/2007/50/Rev.1, ST/ESA/314, pp. 180.
- Vieira, E. (1996) - *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro. Revinter.
- Warnes A. (2001) - *The international dispersal of pensioners from affluent countries*. International Journal of Population Geography 7(6), pp. 373-88.
- Warnes, A. (1997) - *The Health and Care of Older People in London*. Report to the King's Fund London Commission.
- Warnes, A. (2005) - *Aging, health and social services in London*. In Rodwin, V.G. and Gusmano, M.K. (eds), *Growing Older in World Cities: New York, London, Paris and Tokyo*, Vanderbilt University Press, Nashville, Tennessee.
- Warnes, A., Armstrong, G., Peters, D. (1997) - *Population predictors of community health and social service use in eastern Northern Ireland*. Journal of Epidemiology and Community Health, 51(6), pp. 722-30.
- Warnes, A., K. Friedrich, L. Kellaher, S. Torres (2004) - *The diversity and welfare of older migrants in Europe*. In: *Older Migrants in Europe*. Ageing and Society. 24, 3, pp. 307-326.
- Warnes, A., Law, C. (1985) - *Elderly population distributions and housing prospects in Britain*. Town Planning Review 56, 3, pp. 292-314.
- Warnes, A., Struder, I. (2005) - *Long-term care facilities in London*. In Rodwin, V. and Gusmano, M. (eds), *Growing Older in World Cities: New York, London, Paris and Tokyo*, Vanderbilt University Press, Nashville, Tennessee.
- Webster, C. (1998) - *The National Health Service: A Political History*. Oxford University Press.
- WHO (1998) - *Women Ageing and Health - Achieving health across the life span*. Geneva.
- WHO (1999) - *Ageing: exploding the myths*. Ageing and Health Programme, World Health Organisation, WHO/HSC/AHE/99.1, pp. 22.
- WHO (1999) - *Men Ageing and Health*. Achieving health across the life span. Geneva.
- WHO (2002) - *Active Ageing: a policy framework*. World Health Organisation, pp. 60.
- WHO (2004) - *Towards Age-friendly, Primary Health Care*. Active Ageing.
- Williams, A., King, R., Warnes, A. (1997) - *A place in the sun: international retirement migration from northern to southern Europe*. European Urban and Regional Studies 4(2), pp. 115-134.
- Williams, A., King, R., Warnes, A. (2004) - *British second homes in Southern Europe: Shifting nodes in the scapes and flows of migration and tourism*. In Hall, M. and Muller, D., *Tourism, Mobility and Second Homes: Between Elite Landscape and Common Ground*. Clevedon: Channel View Publications, pp. 97-112.

- Williams, A., King, R., Warnes, A., Patterson, G. (2000) - *The well being of British expatriates resident in southern Europe*. Ageing and Society. 19(6): pp. 717-740.
- Williams, A., King, R., Warnes, A., Patterson, G. (2000) - *Tourism and international retirement migration: new forms of an old relationship in southern Europe*. Tourism Geographies: an International Journal of Tourism Space, Place and the Environment 2(1), pp. 28-49.
- Williams, A., R. King, Warnes, A., Patterson, G. (2000) - *Tourism and international retirement migration, new forms of an old relationship in southern Europe*. Tourism Geographies, 2, 1, pp. 28-49.
- Woodroffe, D., Townsend, P. (1961) - *Nursing Homes in England and Wales: A Study of Public Responsibility*. National Corporation for the Care of Old People, London.

- www.beverlycares.com
www.brookdaleliving.com
<http://data.euro.who.int/hfadb/> (European Health for all Database)
www.eurostat.com
www.eurosante.org
www.hcr-manorcare.com
www.kindredhealthcare.com
www.oecd.com
www.sunriseseniorliving.com
www.adavir.com
www.ballesol.es
www.clece.es
www.eulen.com
www.imsersos.es
www.mapfrequavitae.es
www.sanitas.es
www.sanyres.es
www.sar.es
www.sendasenior.com
www.barchester.com
www.bupa.co.uk
www.carehome.co.uk
www.careuk.com
www.fshc.co.uk
www.shelteredhousing.org
www.mccarthyandstone.co.uk
www.nestor-healthcare.co.uk
www.schealthcare.co.uk
www.attendo.se
<http://www.portaldahabitacao.pt/pt/nrau/home/>
<http://www.portaldasaude.pt/portal>
<http://www.dgs.pt/>
<http://www.mcsp.min-saude.pt/mcsp>
- <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI/>
<http://www.acime.gov.pt/index.php>
<http://www.oi.acime.gov.pt/>
<http://www.imigrante.pt/>
<http://www.sef.pt/portal/V10/PT/asp/page.aspx>
http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE
<http://www.who.int/en/>
<http://www.ensp.unl.pt/>
<http://www.mtss.gov.pt/>
<http://www.medicosdomundo.pt/>
<http://www.pnai.pt/>
<http://www.rutis.org/>
<http://www.seg-social.pt/>
<http://www.scml.pt/default.asp?site=scml>
<http://www.cnis.pt/paginas/index.php?nIDPagina=7>
<http://www.reapn.org/index.php>
<http://www.ump.pt/ump/>
<http://www.fundacao-ami.org/ami/matriz.asp>
<http://www.caritas.pt/>
<http://www.inatel.pt/turismofra.htm>
www.casadosleoes.pt
www.casaminha.pt.vu
www.fdo.pt
www.fikemcasa.com
www.fff.pt
www.homeinstead.pt/
www.ine.pt
www.jmellors.pt
www.longevity.pt
www.montepio.pt
www.nurse-24.com
www.sem-idade.com
www.solarsaogiao.com

ANEXOS

ANEXO A

NOTA METODOLÓGICA

Objectivo

O lançamento do inquérito “Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal” visou obter informação primária que permitisse caracterizar a população sénior em Portugal no plano socio-económico-demográfico e ao nível de certas práticas e necessidades quotidianas.

Universo

Estabeleceram-se os seguintes parâmetros para o universo:

- ▶ População sénior - indivíduos com 55 ou mais anos;
- ▶ Residente em Portugal Continental, independentemente da sua nacionalidade ou naturalidade.

Amostra

A amostra recolhida é composta por 1.324 inquéritos, realizados em doze concelhos de Portugal Continental.

A amostra foi segmentada numa óptica territorial, tendo sido definidos inicialmente 8 concelhos em Portugal Continental como locais de inquirição (*Figura A*). A escolha destes concelhos foi resultado de um processo de tipificação das unidades territoriais - concelhos - tendo em consideração três critérios/variáveis de análise:

- ▶ demográfico - classificação dos concelhos de acordo com a estrutura da sua população:
 - variável: percentagem de população idosa (55+ anos) no total da população do concelho;
 - fonte: INE, Census, 2001;
 - parâmetros básicos: Média (M=32,7%) Desvio Padrão (DP=7,8%);
 - clusters:
 - concelhos muito envelhecidos: $[>40,5\% \text{ } (>M+1DP)]$;
 - concelhos envelhecidos: $[32,7\% \text{ a } 40,5\% [(M \text{ a } M+1DP)]$;
 - concelhos jovens: $[25,4\% \text{ a } 32,7\% [(M-1DP \text{ a } M)]$;
 - concelhos muito jovens: $<25,4\% [(<M-1DP)]$.
- ▶ povoamento: classificação dos concelhos de acordo com a percentagem de população a viver em áreas urbanas
 - variável: percentagem de população a viver em áreas urbanas, áreas medianamente urbanas e áreas rurais.
 - fonte: Tipologia das Áreas Urbanas, DGOTDU;
 - clusters:
 - concelhos predominantemente urbanos: $>50\%$ da população em APR;

- concelhos medianamente urbanos: >50% da população em AMU;
- concelhos predominantemente rurais: >50% da população em APR.

► Respostas sociais (para seniores): os municípios foram classificados de acordo com o seu desempenho no fornecimento de vagas em lares e centros de dia

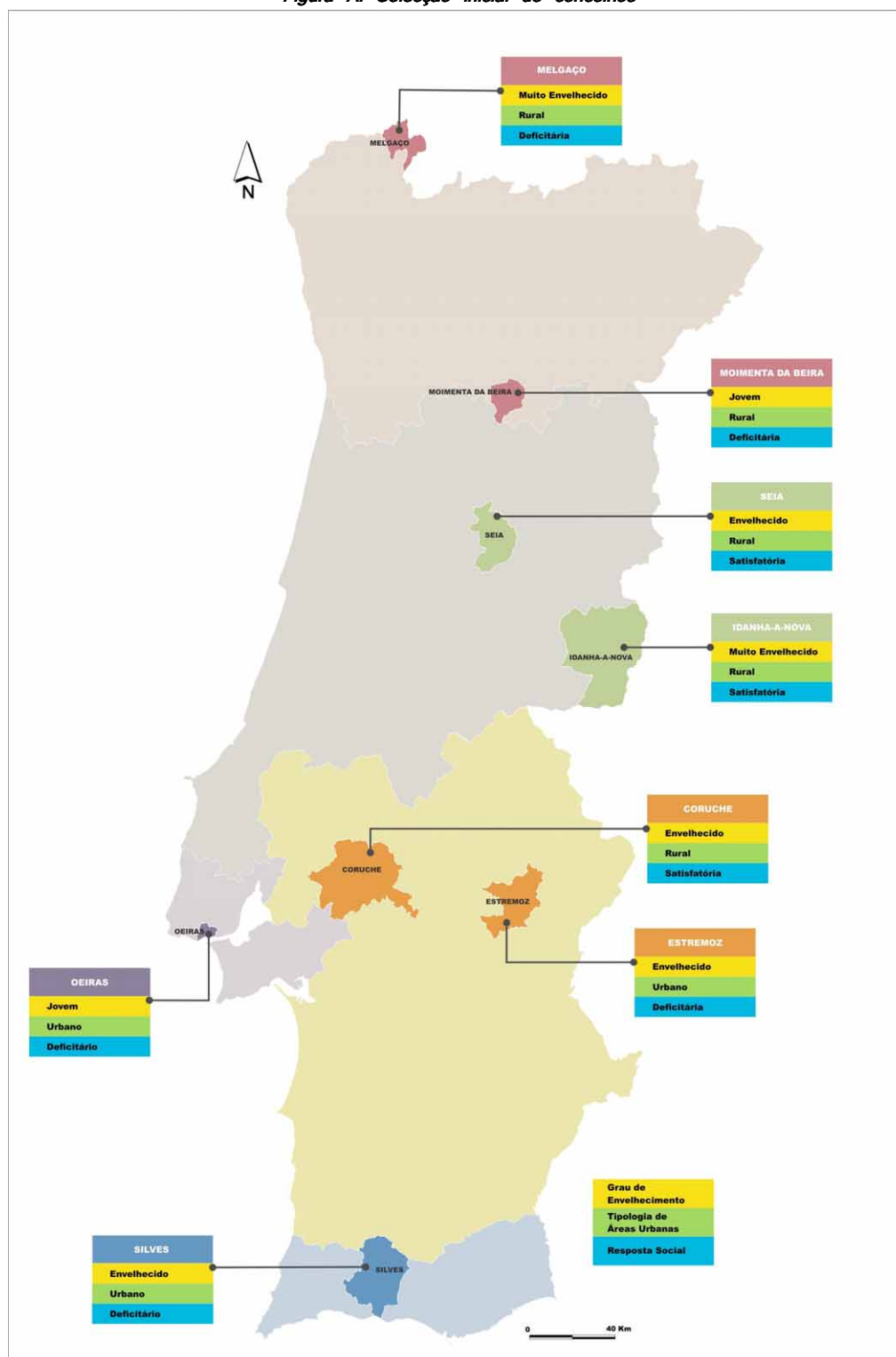
- variável: número de pessoas com 55 ou mais anos por vaga em lares e centros de dia comparados com a média do Continente;
- fonte: Carta Social 2007 (DEEP/MTSS);
- clusters:
 - Municípios com baixo nível de desempenho: <44,1%] (nos lares) e <44,0%] (nos centros de dia);
 - Municípios com um nível de desempenho satisfatório: >44,1%[(nos lares) e >44,0%[(nos centros de dia).

Após este procedimento de clustering baseado em dicotomias como envelhecido-jovem, urbano-rural, suficiência-insuficiência - ocorreu uma pré-identificação de perfis relevantes, dos quais se destacam os seguintes:

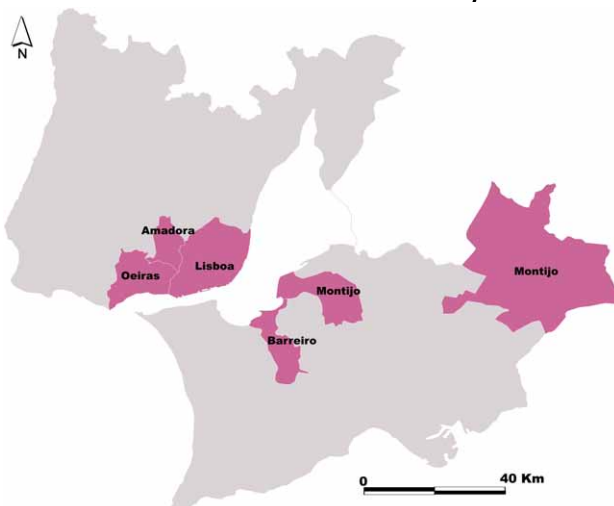
- municipalidades muito jovens demograficamente;
- municipalidades medianamente urbanas ou com um perfil urbano-rural pouco definido;
- municipalidades com situações mistas de soluções sociais para os idosos nos serviços acima mencionados.

Consequentemente, foi criada uma tipologia final, que foi por sua vez segmentada em oito perfis, dos quais foi seleccionado um município representante de cada *cluster*. Nesta fase, a selecção dos municípios levou em consideração um quarto critério, de aplicação subjectiva, com o objectivo de obter uma distribuição territorial equilibrada: pelo menos um município seleccionado em cada NUTS II; Norte-Sul e Litoral/Interior.

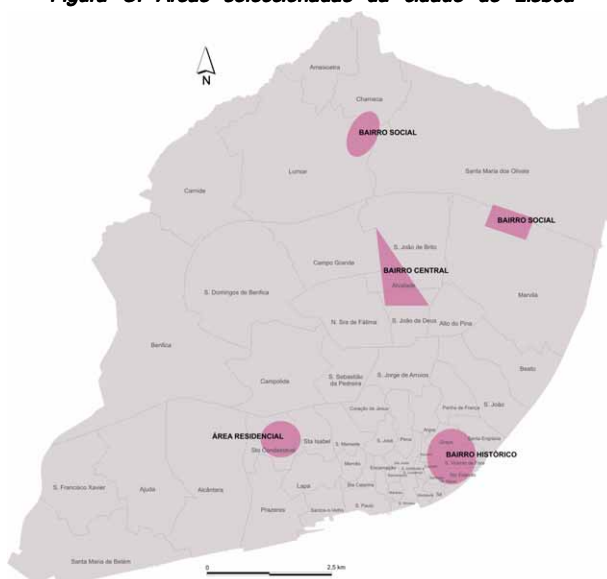
Figura A. Selecção inicial de concelhos



A excepção a este procedimento metodológico foi uma abordagem específica da AML, por se considerar este um território cuja relevância deveria suscitar um enfoque individualizado. Deste modo, entendeu-se oportuno proceder à selecção um conjunto de concelhos que fossem representativos do mosaico social da AML: dois concelhos da margem norte (apenas um, pois Oeiras estava já seleccionado), dois da margem sul e o concelho de Lisboa (*Figura B*).

Figura B. Concelhos seleccionados na Área Metropolitana de Lisboa

De modo a obter uma imagem, o mais fidedigna possível, sobre a realidade da população idosa a viver em cada unidade geográfica seleccionada, o conjunto de inquéritos a realizar foi administrado em diferentes locais dos concelhos. No caso específico da cidade de Lisboa foram identificadas cinco áreas de inquirição correspondentes a outras tantas realidades socio-geográficas: Área central; Área Residencial; Bairro histórico; Bairro social - Alta de Lisboa; Bairro social - Chelas/Zona J (*Figura C*).

Figura C. Áreas seleccionadas da cidade de Lisboa

Questionário

O instrumento de recolha de informação utilizado foi um questionário, administrado de forma indirecta (o inquiridor formulou as perguntas e registou as respostas). O questionário encontra-se estruturado em oito grandes domínios: i) Caracterização do indivíduo; ii) Contexto Habitacional; iii) Perfil Económico; iv) Dinâmicas familiares e relações de vizinhança; v) Migrações; vi) Saúde e bem-estar; vii) Equipamentos e serviços sociais e de saúde; viii) Percepção dos idosos quanto às suas necessidades e expectativas.

Cada um destes grandes domínios era constituído por perguntas abertas e perguntas fechadas.

Entrevistadores

O preenchimento dos questionários foi efectuado presencialmente por 16 colaboradores (estudantes universitários e recém licenciados em Ciências Sociais, alguns dos quais residentes nos concelhos seleccionados). Tratam-se de habituais colaboradores do CEDRU em tarefas similares, que receberam formação específica para o desenvolvimento deste trabalho e acompanhamento contínuo, sendo supervisionados por um coordenador.

Calendário

Os questionários foram realizados entre Outubro e Novembro de 2007.

Erro Amostral

O erro máximo da amostra, para um grau de confiança de 95%, é de $\pm 2,69\%$.

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

STUDY TO ADDRESS THE NEEDS OF THE SENIOR PEOPLE IN PORTUGAL

M. 1. Demand side analysis
Questionnaire – Senior People



INQUIRIDOR: _____ LOCAL DE REALIZAÇÃO: _____ REF. INQUÉRITO: _____

I. CARACTERIZAÇÃO DO INDIVÍDUO

1.1. Sexo	Masculino		Feminino										
1.2. Estado Civil	Casado		União de Facto		Solteiro		Divorciado		Viúvo		Outra. Qual?		
1.3. Idade													
1.4. Nível Instrução	Analfabeto		1º Ciclo EB		2º Ciclo EB		3º Ciclo EB		Ens. Secundário		Curso Médio		Ensino Superior
1.5. Nacionalidade													
1.6. Naturalidade													
1.7. Residência	Concelho:						Freguesia:						

II. CONTEXTO HABITACIONAL

2.1. Regime de ocupação do alojamento?

Casa própria ____ Arrendamento total ____ Arrendamento parcial ____ Cedência gratuita ____ Outra. Qual? _____

2.2. Tipo de habitação?

Moradia ____ Apartamento ____ Andar Social ____ Andar PER ____ Barraca ____ Parte de casa ____ Outra. Qual? _____

2.3. Número de assoalhadas do alojamento? 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ > 5 ____

2.4. Estado de conservação do alojamento?

Bom ____ Razoável ____ A precisar de pequenas intervenções ____ Degradado [a precisar de grandes obras] ____

2.5. Identificação das infra-estruturas de que o alojamento dispõe e o indivíduo utiliza.

Infra-estruturas essenciais:	Equipamento de apoio ao trabalho doméstico:	Áudio/vídeo e comunicações:
Cozinha	Fogão	Telefone
Água canalizada	Máquina de lavar roupa	Telemóvel
Sistema de esgotos	Frigorífico	Televisão
Instalações sanitárias completas		Computador com Internet

III. PERFIL ECONÓMICO

3.1. Qual a sua situação perante o trabalho?

Activo ____ Doméstica ____ Reformado ____ Desempregado ____ Outra. Qual? _____

3.2. Se reformado: Activo ____ Não Activo ____

3.3. Qual a sua situação na profissão?

Assalariado ____ Trabalhador por conta própria ____ Trabalhador familiar não remunerado ____ Patrão ____ Outra. Qual? _____

3.4. Em situação de activo, qual a sua profissão?

3.5. Em situação de reformado (activo ou não activo):

3.5.1. Motivo da reforma? _____

3.5.2. Motivo para continuar a trabalhar depois da reforma? _____

3.6. Estrutura das receitas mensais líquidas do agregado, segundo o tipo de receitas (€).

Rendimentos do trabalho	Prestações sociais. Quais?
Pensões	Outras receitas monetárias. Quais?

3.7. Estrutura das despesas médias mensais do agregado doméstico privado, segundo o tipo (€).

Tipologia das Despesas	€
Produtos alimentares e bebidas	
Saúde (Assistência médica, medicamentos, ...)	
Transportes	
Habituação (rendas, despesas c/ água, electricidade, gás, etc)	
Outros bens e serviços. Quais?	

3.8. Indique os meios de transporte que utiliza habitualmente?

Carro próprio ____ Viatura de familiares ____ Transportes públicos ____ Táxi ____ Outra. Qual? _____

STUDY TO ADDRESS THE NEEDS OF THE SENIOR PEOPLE IN PORTUGAL
M. 1. Demand side analysis
Questionnaire – Senior People



IV. DINÂMICAS FAMILIARES E RELAÇÕES DE VIZINHANÇA

4.1. Caracterização do agregado familiar

	Indivíduo 1	Indivíduo 2	Indivíduo 3	Indivíduo 4	Indivíduo 5
Sexo (M/F)					
Idade					
Grav de parentesco					
Situação perante o trabalho*					

* Usar categorias estabelecidas no Grupo "III Perfil Económico".

4.2. Frequência do contacto com filhos e netos.

	Regular (> 1 vez/semana)	Ocasional (< 1 vez/semana - > 1 vez/mês)	Rara (< 1 vez/mês)	Não tem
Com os filhos				
Com os netos				

4.3. Está institucionalizado? Sim ____ Não ____

4.4. Se não, pretende fazê-lo? Sim ____ Não ____

4.5. Quem suporta ou suportará os encargos financeiros com a sua institucionalização? Em que proporção?

O próprio	Familiares Directos	Outros Familiares	Outro. Quem?
-----------	---------------------	-------------------	--------------

4.6. Possui idosos a cargo? Sim ____ Não ____

4.7. Se sim, o que seria importante para melhorar essa prestação de cuidados? _____

4.8. Ajuda/Apoios de que beneficia.

Prestador	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Ajuda Financeira	Mobilidade	Cuidados de Saúde	Lazer	Outro. Qual?
Família							
Amigos							
Vizinhos							
Instituição							
Estado							
Outro. Qual?							

V. MIGRAÇÕES

5.1. NACIONAIS

5.1.1. Ano em que saiu da sua terra natal? _____ 5.1.2. Motivo do processo migratório? _____

5.1.3. Mantém ligações com a sua terra natal? Sim ____ Não ____

5.1.4. Se sim, de que tipo?

Possui casa própria		Laços familiares		Tem investimentos	
Possui outros bens		Laços de amizade		Outro. Qual?	

5.1.5. Se sim, qual a frequência da visita.

Regular (> 1 visita/mês)		Ocasional (< 1 visita/mês)		Rara (< a 1 visita/ano)		Não visita	
--------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	------------	--

5.1.6. Pensa em regressar definitivamente à sua terra natal? Sim ____ Não ____

5.1.7. Porque? _____

5.2. INTERNACIONAIS

5.2.1. Ano de saída do seu país de origem? _____ 5.2.2. Motivo do processo imigratório? _____

5.2.3. Qual o seu tipo de situação de entrada e permanência em território português?

Tipo de Visto	Tipos de autorização de residência	Estatuto de residente de longa duração	
De estada temporária	Temporária	Permanência ilegal	
Para obtenção de autorização de residência	Permanente	Outro. Qual?	

5.2.4. Caso já possua a nacionalidade portuguesa, em que ano a obteve? _____

5.2.5. Domínio da língua portuguesa? Bom ____ Razoável ____ Mau ____

5.2.6. Mantém ligações com o seu país de origem? Sim ____ Não ____

5.2.7. Se sim, indique de que tipo.

Possui casa própria		Laços familiares		Tem investimentos	
Possui outros bens		Laços de amizade		Outro. Qual?	

STUDY TO ADDRESS THE NEEDS OF THE SENIOR PEOPLE IN PORTUGAL

M. 1. Demand side analysis
Questionnaire – Senior People



5.2.8. Se sim, qual a frequência da visita.

Regular (> 1a visita/mês)	Ocasional (< 1a visita/mês)	Rara (< a 1 visita/ano)	Não visita
---------------------------	-----------------------------	-------------------------	------------

5.2.9. Pensa em regressar definitivamente ao seu país de origem? Sim ____ Não ____

5.2.10. Porquê? _____

VI. SAÚDE E BEM-ESTAR

6.1. Tem alguma doença que requer cuidados médicos regulares? Sim ____ Não ____

6.2. Como avalia o seu estado de saúde? Bom ____ Razoável ____ Mau ____

6.3. Que refeições faz diariamente? Pequeno-Almoço ____ Almoço ____ Lanche ____ Jantar ____

6.4. Quem efectua regularmente as refeições que consome e onde as adquire/consume (resposta múltipla).

Consome no próprio alojamento	Consome fora do próprio alojamento
É o próprio que faz	Em casa de familiares
Familiares	Em casa de amigos/vizinhos
Amigos/Vizinhos	Num café/restaurante
Café/Restaurante	Num centro de dia
Outra entidade privada	Num outro espaço privado
Instituição social	Em outro equipamento de carácter social

6.5. Actividades domésticas realizadas e respectiva frequência (resposta múltipla).

Tipologia de Actividades Domésticas	Frequência			
	Diária	Regular (> 1vez/semana)	Ocasional (< 1vez/semana-> 1vez/mês)	Rara (< 1 vez/mês)
Preparar refeições				
Limpeza da casa				
Cuidar da roupa				
Compras habituais				

6.6. Que actividades desenvolve nos seus tempos livres, segundo a frequência?

Tipologia de Actividades	Frequência			
	Diária	Regular (> 1vez/semana)	Ocasional (< 1vez/semana-> 1vez/mês)	Rara (< 1 vez/mês)
Estuda				
Trabalhos domésticos				
Cuidados familiares				
Vê televisão				
Dedica-se à leitura				
Utiliza o computador/Internet				
Convive com a família/amigos				
Passeios a pé				
Assiste a eventos culturais				
Frequenta bibliotecas				
Pratica desporto				
Pratica hobbies, jogos				
Frequenta associações recreativas				
Actividades de voluntariado				
Outra. Qual?				

6.7. Costuma viajar? Sim ____ Não ____

6.8. Se sim: No país ____ No estrangeiro ____

6.9. No país, qual a frequência? <1vez/ano ____ 1 vez/ano ____ 2/3 vezes/ano ____ > 3 vezes/ano ____

6.10. No país, com quem? Sozinho(a) ____ Com família ____ Com amigos ____ Em excursão ____ Outra. Qual? ____

6.11. No estrangeiro, qual a frequência? <1vez/ano ____ 1 vez/ano ____ 2/3 vezes/ano ____ > 3 vezes/ano ____

6.12. No estrangeiro, com quem? Sozinho(a) ____ Com família ____ Com amigos ____ Em excursão ____ Outra. Qual? ____

6.13. É membro/associado de alguma Instituição? Sim ____ Não ____

6.14. Se sim, qual?	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3
Identificação			
Actividades que tem/desenvolve			

6.15. Qual a sua religião?

Cristianismo					Hinduísmo	Islâmico		Judaísmo	Outra. Qual?
Anglicano	Católico	Romano	Evangélico	Ortodoxo		Sunita	Shiíta		

STUDY TO ADDRESS THE NEEDS OF THE SENIOR PEOPLE IN PORTUGAL

M. 1. Demand side analysis
Questionnaire – Senior People



6.16. Qual a frequência de deslocação ao local de culto? _____

6.17. Grau de satisfação relativamente à ocupação do tempo livre disponível.

Totalmente Satisfeito		Satisfeito		Insatisfeito		Totalmente Insatisfeito	
-----------------------	--	------------	--	--------------	--	-------------------------	--

VII. EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

7.1. Caracterização do acesso e utilização aos equipamentos de saúde.

	Centro de Saúde/Extensão	Hospital
Costuma utilizar?		
Onde se costuma dirigir?		
Frequência de acesso e utilização?		
Motivo de utilização?		
Está satisfeito?		
Principais condicionantes no acesso e utilização?		

7.2. Caracterização do acesso e utilização aos equipamentos sociais.

Tipologia de Resposta Social	Utiliza		Motivo		Frequência da Utilização
	Sim	Não	Para utilização	Escolha do equipamento	
Apoio Domiciliário					
CAT de Emergência					
Centro de Convívio					
Centro de Dia					
Centro de Férias					
Centro de Noite					
Lar					
Residência					

7.3. Avaliação da satisfação e percepção dos utentes.

Tipologia da Resposta Social	Avaliação Global (Boa; Razoável; Fraca)	Comparticipação Familiar	
		[Muito caro; Caro; Razoável; Barato]	Quem assegura o pagamento?
Apoio Domiciliário			
CAT de Emergência			
Centro de Convívio			
Centro de Dia			
Centro de Férias			
Centro de Noite			
Lar			
Residência			

VIII. PERCEÇÃO QUANTO ÀS SUAS NECESSIDADES

8.1. Quais são as suas principais necessidades, segundo o tipo (especificar)?

Domínio	Necessidades
Cuidados Pessoais	
Tarefas Domésticas	
Habituação (outros)	
Mobilidade	
Saúde	
Lazer	
Outros. Qual?	

8.2. Expresse o principal desejo para a sua velhice?

Obrigado pela sua colaboração.



FUNDAÇÃO AGA KHAN
Portugal