



Universidades Lusíada

Caiano, Paula

Políticas de saúde : envelhecimento e cuidados continuados

<http://hdl.handle.net/11067/4233>

<https://doi.org/10.34628/q4nb-p896>

Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2005 |
| Resumo | O envelhecimento e as despesas em saúde e cuidados continuados parecem estar altamente correlacionadas, o que no contexto actual em que a "velha" Europa está cada vez mais velha levanta, entre outras, questões como: de que forma é que uma população activa cada vez menor, será capaz de suportar uma população idosa cada vez maior? Os cuidados continuados, formais ou informais, a sua importância actual e perspectivas futuras, é o tema deste nosso ensaio que pretende ainda dar uma perspectiva do que... |
| Palavras Chave | Idosos - Cuidado e tratamento - Portugal, Idosos - Assistência em instituições - Portugal, Idosos - Serviços para - Portugal |
| Tipo | article |
| Revisão de Pares | no |
| Coleções | [ULL-ISSSL] IS, n. 31 (2005) |

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:47:35Z com informação proveniente do Repositório

Paula CAIANO*

POLÍTICAS DE SAÚDE Envelhecimento e Cuidados Continuados

O envelhecimento e as despesas em saúde e cuidados continuados parecem estar altamente correlacionadas, o que no contexto actual em que a “velha” Europa está cada vez mais velha levanta, entre outras, questões como: de que forma é que uma população activa cada vez menor, será capaz de suportar uma população idosa cada vez maior? Os cuidados continuados, formais ou informais, a sua importância actual e perspectivas futuras, é o tema deste nosso ensaio que pretende ainda dar uma perspectiva do que se passa em Portugal, tendo presente que em matéria de evolução demográfica acompanhamos o resto da Europa, o que levanta o mesmo tipo de problemas.

As despesas com os cuidados continuados representam hoje uma percentagem considerável das despesas nacionais de saúde e estima-se que cresçam rapidamente nas próximas décadas devido à actual evolução demográfica. Estudos realizados apontam para uma diminuição do total da população europeia, e dentro desta dos jovens com menos de quinze anos e da população activa, enquanto a população idosa com sessenta e cinco e mais anos, aumentará e a população muito idosa (com mais de oitenta anos) triplicará até 2050. Sendo as despesas de saúde per capita dos indivíduos com sessenta e cinco e mais anos três vezes superiores às despesas de saúde per capita dos indivíduos de idade inferior (Jacobzone e Oxley, 2002)¹, facilmente podemos concluir pelo inevitável aumento das despesas em cuidados médicos e em cuidados continuados (ou cuidados de longa duração) e esperar que uma sociedade potencialmente mais envelhecida venha não só a sobrecarregar o sistema de cuidados de saúde e cuidados continuados, mas também a própria economia (Knickman e Snell, 2002)². O envelhecimento e as despesas em saúde e cuidados con-

* Mestre em Economia Europeia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Doutoranda na Universidade de Santiago de Compostela.

¹ Jacobzone, S; and H. Oxley (2002), “Ageing and Health Care Costs” *International Politics and Society*.

² Knickmam, J.R. and E.K. Snell (2002), “The 2030 problem: caring for aging Baby Boomers” *Health Services Research*.

tinuados parecem estar altamente correlacionados, verificando-se que grande parte dos países da União Europeia (dos Quinze) gastam trinta a quarenta por cento do total das despesas em saúde com as pessoas com sessenta e cinco ou mais anos.

Em Portugal desde 1960 que a população idosa não pára de crescer passando de 8% nesse ano, para 15,2% em 1988. Entre 1990 e 1998 a taxa de crescimento média anual dos idosos foi de 1,4% para os homens e de 1,7% para as mulheres. O índice de dependência³ mostra-nos que o número de idosos aumentou em relação à população em idade activa (15-64 anos) atingindo em 1998 o valor de 23,4%. As projecções da população portuguesa estimam que num futuro próximo os idosos não parem de aumentar, em valor absoluto e relativo, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre 2010 e 2015, representando os idosos 18,1% da população em 2020, enquanto que os jovens representarão apenas 16,1%. Paralelamente a população com 75 e mais anos aumentará a sua proporção que será de 7,7% em 2020, enquanto em 1995 era de 5,6%, o que terá como consequência o aumento do índice de longevidade⁴. O índice de envelhecimento⁵ sofrerá também um aumento ininterrupto, aproximando-se dos 112 idosos por cada 100 jovens em 2029 (cerca de 84 em 1995). Tal suscita algumas questões nomeadamente: Quem vai tomar conta desta população envelhecida? Continuarão as famílias a ter capacidade para fornecerem directamente apoio e cuidados aos seus familiares idosos, num contexto em que a participação da mulher no mercado de trabalho é cada vez mais elevada?

Esta é uma realidade que dificilmente poderá ser ignorada e que consiste num desafio para os governos, na medida em que se por um lado a palavra de ordem é contenção das despesas públicas e o equilíbrio orçamental, por outro lado a pressão do aumento das despesas de saúde e nomeadamente das despesas relacionadas com a população idosa cada vez mais numerosa, é muito forte. A teoria económica da política ensina-nos que os políticos procuram votos e para tal procuram responder aos dese-

³ Índice de dependência dos idosos traduz a percentagem de indivíduos com 65 e mais anos relativamente à população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

⁴ Relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos; é um indicador adicional de medida de envelhecimento da população.

⁵ Traduz a percentagem de indivíduos com 65 e mais anos relativamente aos jovens com idades compreendidas entre 0 e 14 anos.

jos daqueles que podem votar neles, ora a população idosa procura mais e melhores cuidados continuados e provavelmente votará naqueles que lhes prometerem, no entanto a questão está em como financiar este aumento das despesas: Aumentam-se os impostos de uma população activa proporcionalmente menor? Diminuem-se as despesas relacionadas com outras áreas de intervenção social? Aumenta-se a idade da reforma? Criam-se programas públicos de seguros de cuidados de saúde de longa duração à semelhança do que se fez no Japão?

Os cuidados continuados podem ser prestados formalmente, o que tradicionalmente significa o internamento dos idosos em Lares, ou podem ser fornecidos informalmente pelos familiares ou vizinhos e amigos de uma forma gratuita. As opções eram estas, o internamento num Lar com custos elevados para o Estado (quando os idosos são beneficiários) ou para os idosos e seus familiares (uma vez que os seguros de cuidados de longa duração são praticamente inexistentes) ou os cuidados prestados pelos familiares vizinhos e amigos na casa do idoso ou na casa do prestador informal. Entre uma forma e outra de prestação de cuidados aos idosos encontramos actualmente com cada vez mais expressão, apesar do risco do efeito “crowding-out” dos esforços privados feitos pelos familiares sem custo para o Estado, o fornecimento dos cuidados formais ao domicílio com vantagens para os idosos (Pezzin et al, 1996)⁶ que preferem manter-se no seu meio de vida habitual.

A prestação de cuidados de longa duração de uma forma informal aparece-nos como muito significativa em vários países da Europa, principalmente nos países do Sul onde Portugal se insere, dado que a maioria dos idosos vive em famílias tradicionais, verificando-se no entanto apesar da sua importância, um grande desconhecimento no que se refere a esta realidade. A solidariedade com os membros mais velhos da família, tratando-os e cuidando deles no seu seio, está profundamente enraizada nos valores da sociedade portuguesa, mas existem sinais de mudança que se traduzem numa maior procura por iniciativa dos familiares de cuidados institucionais para situações de grande dependência de pessoas idosas. Tal como Kassnen e Bectel citados em Rubin (2002)⁷ concluem, os principais prestadores de

⁶ Pezzin, L.E, P.Kemper and J.Reschovsky (1996), “Does Public Provided Home Care Substitute For Family Care?” *The Journal of Human Resources* 31(3):650-676.

⁷ Rubin, R.M (2002), “The Economic Costs of Informal Elder Caregiving”, *Business Perspectives* 14(4):22-27.

cuidados informais são mulheres (esposas, filhas e outras), consequentemente a maior participação destas no mercado de trabalho torna cada vez mais complexa a organização do sistema de apoio intrafamiliar aos idosos. Se queremos que os idosos se mantenham no seu meio, tal só será possível se existir um maior empenhamento público, o que passa por um maior conhecimento das necessidades daqueles que recebem cuidados, um maior apoio económico e psico-social àqueles que prestam esses cuidados, mas também e principalmente um maior conhecimento dos prestadores informais para que seja possível definir medidas adequadas à garantia da prestação dos cuidados de saúde informais prestados pela família, medidas que podem passar por incentivos fiscais mais motivadores, sistemas de apoio visando garantir facilidades nos locais de trabalho, nomeadamente horários flexíveis, etc.

Este artigo tem como objectivo dar uma visão da importância actual e futura dos cuidados continuados no contexto actual de envelhecimento da população europeia e portuguesa, assim como dar uma perspectiva da forma como os portugueses tratam dos seus idosos, isto é, qual a importância dos cuidados continuados formais e informais em Portugal. Com esse objectivo, organizamos o nosso trabalho a partir daqui em quatro pontos: num primeiro ponto, referimos a relevância do tema para a maioria dos países industrializados, nomeadamente para a União Europeia, espaço no qual nos inserimos e nos aproximamos em matéria de evolução demográfica, realçando as principais questões suscitadas pelo acentuado crescimento destas despesas e das diferentes formas de financiamento. No ponto seguinte, de uma forma muito sucinta, distinguimos entre cuidados continuados formais e informais, para a seguir apresentarmos a situação concreta e específica portuguesa no que se refere à situação actual e perspectivas futuras de evolução demográfica, e a forma como os idosos portugueses se distribuem entre os cuidados formais e informais. Por último, expomos as principais conclusões a que chegamos e sugerimos possíveis investigações futuras.

1. Despesas em Cuidados de Saúde, Médicos e Continuados face ao Envelhecimento da População

As despesas com os cuidados de saúde podem ser divididas entre aquelas associadas aos cuidados de saúde curativos (acute-care) e aquelas que

estão relacionadas com os cuidados de longa duração ou cuidados continuados (long-term care) associadas à população idosa, com mais de 65 anos. As primeiras incluem produtos farmacêuticos, cuidados ambulatoriais e cuidados hospitalares intensivos e representaram em média cerca de 8% do PIB na década de noventa, para mais de vinte e quatro países da OCDE, sendo 6% financiado pelos poderes públicos. Os cuidados continuados associados aos indivíduos com mais de 65 anos, incluem uma grande variedade de serviços que vão desde a assistência aos idosos nas suas próprias casas, aos cuidados institucionais fornecidos a idosos parcial ou totalmente dependentes sendo difícil a sua medição, estimou-se que tal representou em média 1% do PIB dos países da OCDE, mas com grandes variações entre eles.

Vamos aqui estudar a relação entre o crescimento das despesas em cuidados médicos e continuados e o envelhecimento, referindo alguns factores explicativos desse crescimento, tendo em consideração que a necessidade desses cuidados começa a aumentar quando os indivíduos atingem a idade da reforma e acelera-se a partir dos 75 anos. Consequentemente, dada a evolução demográfica, tal vai afectar de uma forma mais acentuada o fornecimento de cuidados de longa duração (long-term care) do que os cuidados curativos (acute care), sendo a questão saber quem é que vai suportar as despesas de saúde de uma população envelhecida cada vez maior (Norton, 2003)⁸, num contexto em que a “velha” Europa está cada vez mais velha, na medida em que hoje vivemos em média mais oito anos do que vivíamos em 1960, a esperança média de vida para os homens é de 75 anos e para as mulheres 81 anos, estimando-se que cresça aproximadamente um ano em cada década.

De acordo com o relatório sobre a “Situação Social na Europa em 2030”, as pessoas com mais de 65 anos representam hoje 16% da população total, enquanto os jovens com menos de 15 anos, representam 17% o que mostra que a geração dos “baby-boomers” do após guerra está viva e espera viver mais do que nunca (Caldas, Rodrigues, 2003)⁹, em 2030 terão entre 64 a 84 anos e serão os “novos velhos” enquanto que aqueles nascidos antes de 1946 serão os “mais velhos” (Knickman e Snell, 2002). No entanto a alteração mais marcante, dá-se para o número de pessoas consideradas muito idosas, isto é,

⁸ Norton, Edward C. (2003), “Long-Term Care” in *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Editado por A.J. Culyer and J.P. Newhouse: 955-994.

⁹ Caldas, G. and P. Rodrigues. (2003), “Budgetary Costs of an Ageing Population: The Case of Health Care in Portugal”, *Working Paper, Ministério das Finanças Portugal*.

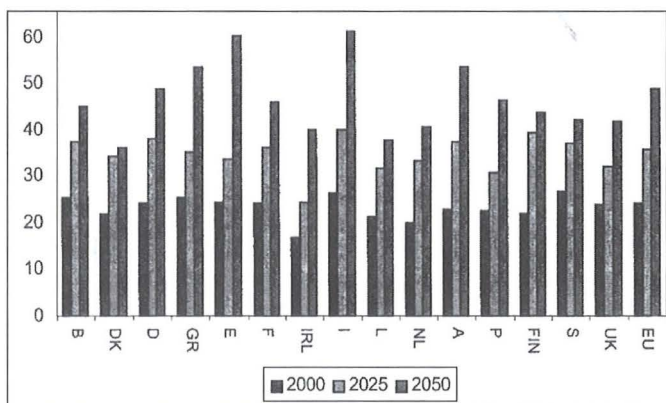
com mais de 80 anos cujo número irá aumentar significativamente, representando 6% da população em 2025 e 10% em 2050 (COM (2001) 723 final).

2. Europa Envelhecida

As estimativas do relatório (EPC/ECFIN/630-EN final) elaborado em 2001 pelo Comité de Política Económica, apontam para uma diminuição do total da população europeia, para uma diminuição do número de jovens com menos de 15 anos, para um queda na população activa de 20%, para um aumento do número de idosos (65 anos e mais) e principalmente para um aumento do número de indivíduos muito idosos (80 anos ou mais), que vai triplicar até 2050¹⁰.

Este cenário vai levar a um aumento significativo nos rácios de dependência dos idosos, um aumento do número de doentes crónicos e de indivíduos com incapacidade nas próximas décadas, o que reflecte em grande parte a entrada da geração “baby-boom” do pós-guerra na reforma, mas também o aumento da expectativa de vida, assim como o impacto do declínio da fertilidade no crescimento da população.

Quadro n.º 1 - Índice de dependência dos idosos na UE, 2000-2050

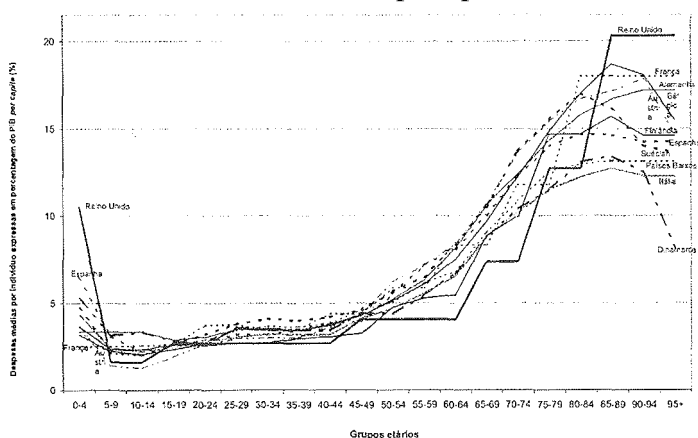


Fonte: Eurostat, cenário central

¹⁰ De acordo com COM(2002) 774 final, da Comissão das Comunidades Europeias, uma das projecções da população aponta para um aumento do número de pessoas com 65 e mais anos na UE 15 de 61 milhões, em 2000, para cerca de 103 milhões, em 2050. Prevê-se que o número de pessoas com 80 e mais anos aumente, passando de cerca de 14 milhões, em 2000, para cerca de 38 milhões, em 2050.

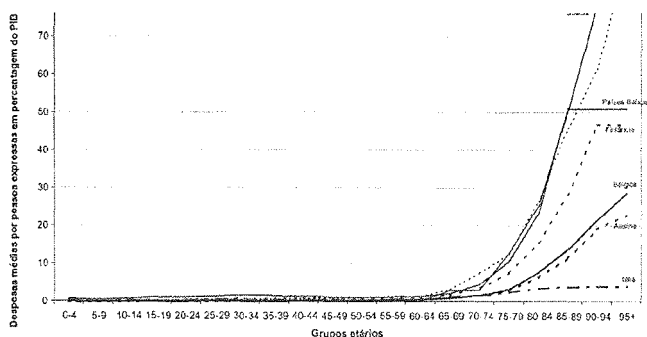
Estes dados ilustram uma realidade que não pode ser ignorada dada a pressão a que os governos estão sujeitos para diminuir as despesas públicas, nomeadamente as pensões de reformas e as despesas de saúde, tornando ainda mais urgente a questão da reforma destes sistemas, principalmente no que se refere ao financiamento dos cuidados continuados e ao próprio sistema de fornecimento destes cuidados, uma vez que as despesas de saúde per capita dos indivíduos com mais de 65 anos são três vezes superior às despesas de saúde per capita dos indivíduos de idade inferior o que Jacobzone e Oxley (2002) evidenciam no quadro a seguir apresentado, Quadro n.º2, o mesmo acontecendo com as despesas públicas com os cuidados de longo prazo, tal como é ilustrado no quadro seguinte.

Quadro n.º 2 – Perfis etários relativos a despesas públicas com cuidados de saúde



Fonte: Comitê de Políticas Económicas (2001), “Desafios orçamentais colocados pelo envelhecimento da população”.

Quadro n.º 3 – Perfis etários relativos a despesas públicas com cuidados de longo prazo



Fonte: Comitê de Políticas Económicas (2001), “Desafios orçamentais colocados pelo envelhecimento da população”.

O envelhecimento e as despesas em saúde e cuidados continuados, parecem estar altamente correlacionados, verificando-se que grande parte dos países da UE gastam 30 a 40% do total das despesas em saúde com as pessoas com mais de 65 anos, devendo-se tal a vários factores, nomeadamente ao facto de as pessoas de idade apresentarem frequentemente uma maior morbidade, uma tendência para uma multimorbidade, um grau de incapacidade maior, um mais elevado consumo de prescrição de medicamentos, de terapias e fisioterapia, um maior número de admissões hospitalares (Caldas e Rodrigues, 2003), contribuindo também o facto de utilizarem com maior intensidade a tecnologia de custo mais elevado, uma vez que estas oferecem a possibilidade de aliviar os problemas dos idosos mas com custos consideráveis.

A evolução da incapacidade e dependência da população idosa irá também influenciar as despesas em cuidados de longa-duração. Aproximadamente 10 a 20% dos indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos têm uma incapacidade considerável, este intervalo passa para 35 a 50% no que se refere aos indivíduos com mais de 75 anos, sendo as mulheres mais afectadas que os homens. Estudos recentes nesta matéria chegam no entanto a conclusões contraditórias, uns apontam no sentido da diminuição dessa incapacidade (Manton, 1997)¹¹, outros no aumento dramático da população com incapacidade física que passará de 3 milhões em 1995 para 12 milhões em 2040 (Kunkel e Applebaum, 1992)¹².

Se as despesas de saúde dos idosos continuarem a crescer ao ritmo até aqui verificado, e se a percentagem destas despesas financiadas pelo Estado (cerca de 2/3) e pelos privados (1/3) se mantiver, a tendência será para uma pressão sobre as Finanças Públicas, uma vez que provavelmente só um aumento dos impostos poderá financiar tal situação, dadas as restrições orçamentais a que estão sujeitos os governos, principalmente aqueles que pertencem à União Monetária Europeia (Pacto de Estabilidade e Crescimento). A questão está na viabilidade de tal aumento (tecto fiscal) e na existência ou não de outras soluções alternativas.

Nos EUA e no Canadá as despesas públicas de saúde como percentagem do PIB irão crescer significativamente até 2030, passando as despe-

¹¹ OCDE (1998) Working Paper

¹² OCDE (1998) Working Paper

sas de saúde dos americanos com mais de 65 anos de 3,6% em 2000 para 6,7% do PIB em 2030, enquanto que as despesas dos americanos com menos de 65 anos praticamente mantêm o seu peso, passando de 2,8 em 2000 para 2,7% do PIB em 2030. São as despesas de saúde dos idosos as grandes responsáveis pelo acréscimo do total das despesas de saúde como percentagem do PIB (OCDE/GD(95)101).

No que se refere aos países europeus estima-se que as despesas com os cuidados de longa duração aumentem de 0,2% para 2,5% do PIB entre 2000 e 2050, sendo este aumento mais acentuado nos países europeus com tradição no fornecimento de cuidados continuados, verificando já um elevado nível de despesas. Estas são despesas cada vez mais difíceis de financiar dado o lento crescimento do PIB, consequência de uma população que quase não cresce, prevendo-se que entre 2000 e 2010 países industrializados como a Alemanha, o Japão, a Áustria, a Espanha, verifiquem pela primeira vez na sua história recente uma contracção da população activa. Em 2030 a UE terá menos 14% de trabalhadores do que actualmente, confrontando-se a Europa com uma verdadeira “ageing recession” que combina envelhecimento com diminuição da população, com consequências várias, nomeadamente ao nível dos sistemas de pensões e saúde, “jóias da coroa” do “welfare state” do pós-guerra (Hewitt, 2003)¹³.

Como corolário destes cenários várias são as questões que se colocam, das quais destacamos as seguintes: **Quem vai tomar conta desta população envelhecida? Como é que uma população activa cada vez menor será capaz de suportar uma população idosa cada vez maior? Que factores irão influenciar estas despesas? O que é que pode ser feito?**

Em resposta a algumas destas interrogações, Fuchs (1998)¹⁴ sugere que se diminua a taxa de crescimento das despesas de saúde da população idosa ou que se encontre formas de pagamento que proporcionem mais cuidados de saúde, uma vez que as pessoas querem viver mais e com mais qualidade, sendo esta opção preferível à primeira. Admitindo que não é prová-

¹³ Hewitt, Paul S. (2002), “Depopulation and Ageing in Europe and Japan: The Hazardous Transition to a Labor Shortage Economy” *International Politik und Gesellchaff – International Politics and Society* 1/2002.

¹⁴ Fuchs, V.R. (1998), “Health Care For The Elderly: How Much? Who Will Pay For It?” *National Bureau of Economic Research*, NBER No. 6755.

vel um aumento da percentagem que o Estado paga, dado que para a manter será mesmo necessário aumentar os impostos e cortar verbas noutros programas, será necessário que os idosos suportem este aumento das despesas de saúde, diminuindo os gastos nos outros bens e serviços, ou trabalhando mais do que no passado, ou aumentando substancialmente as suas poupanças antes da reforma, três opções todas elas difíceis e com efeitos para a economia como um todo. Considerando o corte na aquisição de outros bens e serviços, e admitindo que as estimativas das despesas de saúde para 2020 se concretizam Fuchs (1998) estima que os idosos terão de se ajustar a uma diminuição de mais de 20%, relativamente a 1995, no que se refere à aquisição de outros bens e serviços. Um aumento de 5% na percentagem das despesas de saúde suportadas pela população idosa representa uma diminuição adicional de 10% do rendimento disponível para outros bens e serviços, deslocando-se a procura de outros bens e serviços para bens e serviços relacionados com os cuidados associados às necessidades da população idosa, abrindo-se assim perspectivas de desenvolvimento de actividades no sector ligado aos cuidados continuados, a que alguns grupos económicos não são alheios.

Trabalhar mais é uma outra possibilidade dada a melhoria da saúde e a maior esperança de vida, mas também devido ao facto de hoje o trabalho ser cada vez menos manual e cada vez mais sedentário, dado o avanço tecnológico e a passagem para uma sociedade de serviços que exige menor esforço físico. Muitos analistas vêem o aumento da idade da reforma como uma forma de aumentar a participação da força de trabalho mais idosa, o que por um lado teria um impacto negativo sobre a prestação de cuidados informais, mas por outro lado teria impacto positivo sobre o rácio de dependência dos idosos. A potencial fonte de rendimento mais importante para os idosos está na poupança por eles realizada antes da reforma, depois dos sessenta e cinco anos o rendimento das poupanças é normalmente quatro vezes superior ao rendimento do trabalho. Consequentemente um aumento de apenas 25% na taxa de poupança anterior aos sessenta e cinco anos adicionará o mesmo ao rendimento do que o dobro do trabalho, podendo o incentivo à poupança ser feito através de medidas fiscais.

O futuro das despesas em cuidados continuados, estará também dependente da evolução do grau de incapacidade da população idosa e da capacidade da família para prestar directamente apoio e cuidados aos seus

familiares idosos, o que está altamente dependente da maior ou menor participação das mulheres no mercado de trabalho e da idade efectiva da reforma.

3. Cuidados Continuados Formais e Informais

Os cuidados continuados não são um produto homogéneo, pelo contrário, englobam cuidados pessoais e de saúde que visam compensar incapacidades funcionais crónicas, uma vez que devido à idade e à doença os indivíduos podem tornar-se incapazes de desempenhar as suas actividades diárias (como higiene pessoal, vestir, comer, andar, sair da cama, etc.), necessitando de assistência ao nível dessas actividades e também ao nível dos problemas cognitivos e emocionais provocados pela doença e danos da mesma. Os cuidados continuados ou de longa duração abrangem ainda situações que vão desde os cuidados informais fornecidos pela família ou por um vizinho, aos cuidados formais administrados por instituições competentes.

Os números mostram-nos que os gastos com os cuidados continuados diferem entre os países da OCDE, o que reflecte diferentes formas de fornecer este tipo de cuidados, diferentes níveis de oferta pública e de subsídios públicos nos cuidados formais. A maioria dos países tem um conjunto de serviços que abrange os cuidados informais prestados pela família e os cuidados fornecidos formalmente pelas instituições: a percentagem de idosos que vivem com os seus descendentes varia de menos de 10% na Dinamarca, Holanda e Suécia, a 65% no Japão. As taxas de cuidados de saúde prestados em casa variam entre 1% em Itália e Nova Zelândia e 24% na Finlândia (Norton, 2003). Nos Estados Membros como a Dinamarca, Holanda, Suécia e Finlândia, uma parte significativa dos cuidados continuados são fornecidos formalmente pelos Lares para idosos (em vez de o serem na própria casa dos idosos) o que contribui para um nível de gastos elevado. Estes países verão assim o envelhecimento demográfico aumentar espontaneamente as despesas de longa duração que passarão de cerca de 1,7 para 2,5 pontos do PIB, o que significa praticamente uma duplicação. Nos países do Sul da Europa, como a Espanha, Itália, Grécia e Portugal, estes cuidados continuados são assegurados em grande parte de uma forma informal pelas famílias, o que se traduziu em gastos inferiores a 1% do PIB

em 2000, situando-se o aumento previsto para os cuidados de longa duração entre 0,2 e 1% do PIB (COM(2001)723 final).

Os cuidados continuados formalmente fornecidos traduzem-se no internamento em Lares para idosos de pessoas com sessenta e cinco e mais anos que se tornaram incapazes de viverem sózinhos e serem auto-suficientes. Os cuidados assim prestados são mais dispendiosos, a cobertura pública não é total e os seguros são aqui muito limitados, o que implica custos elevados para os governos dos países industrializados, assim como para os idosos (out-of-pocket), ultrapassando muitas vezes o rendimento efectivo da pessoa que deles tem necessidade, podendo rapidamente esgotar todas as suas economias, o que torna a necessidade de cuidados de longo prazo, nomeadamente de cuidados formais, um risco social muito significativo, tornando-se imprescindível criar mecanismos de protecção social (COM(2002) 774 final).

Actualmente os idosos preferem receber os cuidados nas suas próprias casas, o que tem levado ao alargamento do financiamento público aos cuidados de longa duração pagos e prestados ao domicílio, apesar do risco de aumento da despesa pública sem a correspondente diminuição da despesa com os Lares, receando-se ainda que estes ao contrário de complementarem os cuidados prestados pela família sem qualquer custo para os cofres públicos, os substituam (Pezzin et al, 1996).

A existência de instituições que fornecem os cuidados continuados aos idosos, não evita que grande parte dos cuidados relacionados com a terceira idade seja garantida de uma forma informal, isto é, por familiares (na maior parte dos casos pela mulheres e/ou filhas), ou vizinhos, estimando-se que tal represente cerca de dois terços do total dos cuidados fornecidos. Estima-se que por cada pessoa institucionalizada, existam duas pessoas igualmente incapacitadas a residir na comunidade (Bishop, 1988)¹⁵. Kassner e Bectel citados em Rubin (2002) concluem que 24% destes cuidados informais são prestados pelas esposas, 20% pelas filhas, 10% por outras mulheres, 6% por filhos, 4% por outros homens, 3% por outro tipo de prestadores destes cuidados de saúde e 2% por parentes. Estes cuidados informais podem ser directos, ou seja, fornecidos na casa do indivíduo que os presta, ou indirectos, tais como visitas frequentes e chamadas telefónicas.

¹⁵ Bishop, C.E. (1988) "Competition in the Market for Nursing Home Care" *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13(2):341-361.

4. O Caso Português

A necessidade de cuidados de longa duração, ao contrário dos cuidados de saúde curativos, só recentemente passou a ser considerada como um importante risco social que deve estar coberto pelos sistemas de protecção social, o que no caso português transparece no facto das medidas adoptadas serem recentes.

Sendo o envelhecimento da população portuguesa e a feminização deste envelhecimento uma realidade incontornável, confirmada pelas projecções populacionais apresentadas para as próximas décadas, incontornável será também o crescimento das despesas de saúde e das despesas com os cuidados continuados, devido não só a este envelhecimento, mas também ao facto já várias vezes referido ao longo deste trabalho, das despesas de saúde per capita aumentarem fortemente após os 65 anos de idade¹⁶ e aumentarem ainda mais após os 80 anos, o que vem dar uma importância ainda maior aos cuidados de saúde de longa duração, quer nos situemos ao nível dos cuidados formais ou informais.

Pretendemos aqui fazer o diagnóstico possível da situação portuguesa em termos de cuidados de longa duração, cuja importância crescente está directamente relacionada com o envelhecimento da população sumariamente referido, uma vez que esta evolução demográfica dita o crescimento das despesas com estes cuidados, mas também alterações na própria prestação desses cuidados, pois se por um lado, os idosos preferem manter-se no seu meio, por outro lado a participação das mulheres no mercado de trabalho (tendo Portugal uma das mais elevadas taxas de participação da mulher no mercado de trabalho), o menor número de filhos por casal e ainda o número crescente de divórcios, levará a uma diminuição da prestação informal destes cuidados, o que aumentará a procura dos cuidados formais prestados ao domicílio, mas também da institucionalização com consequências económicas para o país.

Apresentamos neste quarto ponto, a situação actual e as perspectivas da evolução demográfica para Portugal, para as próximas décadas.

¹⁶ No ano de 2000 as despesas médias anuais em Saúde dos agregados familiares, cujo representante tinha 65 ou mais anos representavam 8,7% do total das despesas, enquanto que para os agregados em que o representante estava nos escalões etários de 30-64 anos e menos de 30 anos, essas despesas representavam 4,3 e 2,4% respectivamente (Inquérito aos Orçamentos Familiares 2000).

Tentamos retratar a forma como os portugueses tratam os seus idosos, apresentando a forma como estes se distribuem entre os cuidados continuados formais e informais. Constatamos a importância evidente dos cuidados informais, uma vez que a maioria dos idosos portugueses vivem em famílias tradicionais, no entanto, confrontamo-nos também com uma ausência quase total de informação, isto é, um desconhecimento relativamente a quem são os principais prestadores informais, quais as suas características, quais os cuidados que prestam e o tempo dispendido, e que dificuldades encontram nesta função tão importante, mas cujo valor económico é largamente ignorado pela sociedade.

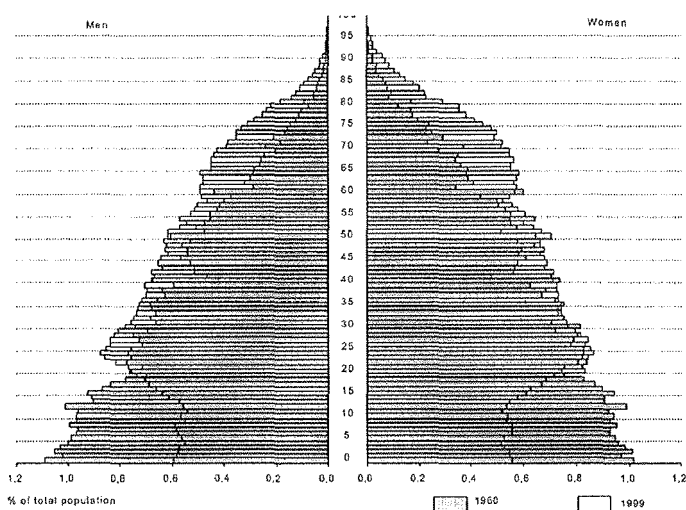
A evolução demográfica da população portuguesa anda a par e passo com a evolução verificada na maioria dos países da UE. Entre 1960 e 1988 a população portuguesa verificou um crescimento global da ordem dos 12,3%, caracterizada pela queda da natalidade e da mortalidade e a existência de fortes fluxos migratórios, que provocaram alterações consideráveis na estrutura etária com o consequente acelerar do envelhecimento demográfico que se traduziu num decréscimo da população jovem, com idades entre os 0 e os 14 anos, de 35,1% e um aumento da população idosa com 65 e mais anos, de 114,4%.

À semelhança do que aconteceu na maioria dos países desenvolvidos, também em Portugal a pirâmide de idades inverteu-se (Gouveia Pinto e Aragão, 2003)¹⁷, isto é, a base estreitou-se como resultado da baixa fecundidade, o que tem consequências sobretudo a longo prazo nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho, e o topo alargou-se devido a uma maior longevidade, com repercussões essencialmente no curto prazo, situação que é evidenciada na Figura nº 1 que retrata a pirâmide etária em Portugal em 1960 e em 2000.

Os jovens que em 1960 representavam 29,2% do total da população, em 1988 representavam apenas 16,9% enquanto o grupo dos idosos não parou de crescer e elevou-se de 8,0% para 15,2% no mesmo período, e em 2001 representava já 16,4%. Verifica-se um aumento do número de pessoas idosas, e a partir de 1981 o ritmo de crescimento mais forte é o da população com 85 e mais anos, o que retrata o envelhecimento da própria população idosa.

¹⁷ Gouveia Pinto, C. E Aragão, F. (2003) "Health Care Rationing In Portugal. A Retrospective Analysis" *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*, Documento de Trabalho n.º 1/2003.

Figura n.º 1 - Pirâmide Etária, Portugal 1960-2000



Fonte: INE, calculado a partir das estimativas de população

Entre 1990 e 1998 a taxa de crescimento média anual dos idosos foi de 1,4% para os homens e 1,7% para as mulheres. Para o mesmo período a população de 75 e mais anos registou taxas de crescimento médio anual de 1,3%, e a população com 85 e mais anos cresceu a um ritmo mais acelerado, verificando-se uma taxa de crescimento médio anual de 2,1%. Estima-se que este envelhecimento da população portuguesa levará a um aumento da despesa pública em saúde, que passará de 5,3% do PIB em 2000 para um valor entre 6,4 e 7,2% do PIB em 2050 (Caldas e Rodrigues, 2003).

Entre 1990 e 2001 a taxa de fertilidade e de mortalidade infantil diminuiu, a esperança de vida média aumentou para os homens e mulheres, provocando um aumento do índice envelhecimento que passa de 68,1 para 103,6% neste período, prevendo-se que em 2050 atinja os 242,9 idosos por cada 100 jovens, o que é preocupante em matéria de cuidados continuados.

Outro facto a realçar dadas as implicações em matéria de cuidados continuados, é a repartição por sexos da população idosa, isto é a relação

de masculinidade. Em 1960 existiam 66 homens idosos por cada 100 mulheres idosas, em 1998 eram aproximadamente 69. Nas idades acima dos 74 anos a relação de masculinidade é mais reduzida, sendo de 56 em 1969 e de 59 em 1998. No grupo dos 85 e mais anos este indicador apresenta ainda valores mais baixos: em 1998 por cada 100 mulheres de 85 e mais anos apenas existiam 42 homens com a mesma idade, as mulheres predominam na população idosa, e ultrapassam mesmo o número de mulheres jovens (109 idosas por 100 jovens em 1998).

Os índices de dependência são também bastante ilustrativos do processo de envelhecimento em Portugal, este indicador mostra-nos que o número de idosos entre 1990 e 2000 aumentou em relação à população em idade activa (15-64 anos) atingindo em 2000 o valor de 24,2%, no entanto o acréscimo mais marcante verifica-se para as mulheres, pois enquanto existiam 19 homens idosos por cada 100 homens activos, existiam 26 mulheres idosas por cada 100 mulheres em idade activa, o que nos leva novamente à questão de como vamos financiar o aumento das despesas relacionadas com uma população mais idosa em simultâneo com uma população activa que decresce?

A esperança de vida sem incapacidade física de longa duração mostra-nos que o envelhecimento entre a população do sexo feminino tem associado um maior número de incapacidades, ou seja, embora as mulheres vivam mais anos a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, o que pode levar a um aumento da procura de cuidados de saúde continuados formais, nomeadamente um aumento da procura dos serviços prestados pelos Lares para Idosos, dado uma percentagem considerável destas mulheres nunca ter casado ou serem divorciadas (a taxa de divórcio dos idosos teve uma evolução positiva nos anos noventa).

No que se refere à formação familiar, em 1991 as famílias com idosos ou outros representavam 15,8% e as famílias só com idosos 14,9%, em 2001 as primeiras diminuíam a sua proporção para 15,1% enquanto as segundas aumentavam para 17,5%. Estudos realizados revelaram que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, embora tal se verifique com maior expressão nos homens, devido não só à sobremortalidade masculina mas também ao celibato definitivo feminino. Entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo com idosos

e outros e as de só de idosos) aumentou cerca de 23% passando de 30,8% para 32,5%. De referir que no total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%), representando as famílias de dois idosos 48,1%, sendo as famílias unipessoais de idosos maioritariamente compostas por mulheres. Portugal juntamente com a Espanha e a Grécia são os países onde a percentagem de idosos a viver só é a mais baixa da União Europeia.

Em 2001 a população portuguesa com 65 e mais anos representava 16,4% (1 693 493) da população total (10 356 117), enquanto que em 1991 representava 13,6% (1 342 744 num total de 9 867 147), encontrando-se apenas uma pequena parte destes idosos institucionalizados, isto é, a residir em convivências de apoio social, religioso e de saúde, representando os mesmos 57% do total da população a viver em famílias institucionais no conjunto das convivências (Gonçalves, 2004)¹⁸, o que significa 3,485% do total de idosos em 2001, permitindo-nos afirmar que os cuidados continuados formais têm uma expressão reduzida na sociedade portuguesa quando comparados com os cuidados informais. No entanto, entre 1991 e 2001 verificou-se um aumento de população portuguesa a residir em instituições, essencialmente em instituições de apoio social (65,1%) e principalmente um aumento de pessoas nas idades mais avançadas (82,4%), sendo o índice de envelhecimento da população institucionalizada de 852 idosos por cada 100 jovens residentes (sendo de 102 idosos por cada 100 jovens para o total da população). À semelhança do que ocorre com a população em geral, constata-se um envelhecimento da própria população idosa a residir em convivências, principalmente em instituições de apoio social e de saúde o que está provavelmente relacionado com a maior dependência física e/ou psicológica à medida que a idade avança. Dada a feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições em 2001 era mais elevada no sexo feminino: 72,9% contra 44,3% dos homens. Para esse mesmo ano a relação ao nível dos idosos institucionalizados era de 43 homens por cada 100 mulheres com 65 e mais anos e 33 homens por cada 100 mulheres com 85 e mais anos (para a população idosa total este rácio era em 2001 de 72 homens por cada 100 mulheres).

¹⁸ Gonçalves, C., (2004), "As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos" *Revista de Estudos Demográficos* 34:41-60.

Entre 1991 e 2001 verificou-se um aumento generalizado em todo o território do número de pessoas a viver sós, prevalecendo neste grupo maioritariamente os idosos e as mulheres, 54,4% dos indivíduos que vivem sós têm 65 e mais anos sendo a proporção de mulheres (42,4%) o quádruplo da de homens; 39,7% encontram-se na faixa etária dos 65-79 anos (31% de mulheres e 8,7% de homens) e 14,7% tinham 80 ou mais anos (11,4% mulheres 3,3% homens). Viver sozinho é um facto comum entre a população idosa (Magalhães, 2002)¹⁹.

No futuro próximo os idosos não irão parar de aumentar em valor absoluto e relativo, representando em 2020 20,36% da população enquanto os jovens representarão apenas 13,9%, sendo estes valores de 31,8% e 13% respectivamente para o ano de 2050. Paralelamente a população com mais de 75 e mais anos aumentará o seu peso na população total que será de 9,46% em 2020 e de 9,8% em 2050, quando em 1995 representava apenas 5,6% do total de portugueses residentes. O índice de envelhecimento sofrerá um aumento ininterrupto, aproximando-se dos 146 idosos por cada 100 jovens em 2020 (cerca de 84 em 1995) e em 2050 por cada 100 jovens teremos cerca de 243 idosos.

Este fenómeno social constituído pelo envelhecimento da população obriga à reflexão sobre questões tão importantes como a idade da reforma, os meios de subsistência²⁰, a sustentabilidade do sistema de saúde, a solidariedade intergeracional, e o próprio modelo social vigente.

¹⁹ Magalhães, M.G. (2002) "Quem vive só em Portugal" *Revista de Estudos Demográficos* 33:65-68.

²⁰ Proporção de Pessoas Idosas com Níveis de Rendimento Inferiores ao Rendimento Líquido Médio Anual Nacional : Quadro

| Idade | Homens | Mulheres |
|---------|--------|----------|
| 60 – 69 | 70,1 | 86,8 |
| 70 – 79 | 81,6 | 96,2 |
| 80 e + | 88,9 | 90,7 |

Fonte: Observatório da Comunidade Europeia sobre o Envelhecimento e as Pessoas Idosas – Junho 1992

Distribuição da População Idosa entre os Cuidados Continuados Formais e Informais

Cuidados Formais

Os cuidados de saúde continuados fornecidos formalmente traduzem-se na institucionalização das pessoas com 65 e mais anos em Lares para Idosos, que consistem num alojamento colectivo temporário ou permanente, que proporciona serviços permanentes às pessoas idosas. Esta forma de tratar os idosos com algum grau de incapacidade, incapazes de viverem sozinhos e de serem auto-suficientes, implica custos elevados para o Estado e para os próprios idosos e famílias, tendo sido durante décadas a única resposta social, o que levava à institucionalização do idoso, situação que geralmente se mantinha até ao fim da sua vida.

Portugal dispunha em 1989 seiscentos e quinze Lares (sem incluir os 186 lares de tipo lucrativo) dos quais quinhentos e noventa e quatro pertenciam a Instituições Privadas de Solidariedade Social e vinte e um são Instituições Oficiais²¹ (Quaresma, 1996). Estes equipamentos cobriam em 1989 cerca de 2% e 3,5% respectivamente das pessoas com mais de 65 anos e de 75 anos, verificando-se nesta altura, de acordo com Quaresma (1996)²² uma forte pressão da procura sobre os Lares como forma de resposta às situações de maior dependência, uma vez que são precisamente os problemas de saúde a principal determinante da procura deste tipo de instituições em Portugal.

Na análise dos dados estatísticos para este mesmo ano de 1989, verificamos que se encontravam institucionalizados cerca de 23.691 idosos, dos quais 63% eram mulheres e 70,1% tinham mais de 75 anos, o que confirma a ideia de que a procura deste tipo de cuidados aumenta a uma taxa crescente (exponencial) com a idade (Lakwalle e Phillipson, 1999)²³.

²¹ Algumas destas Instituições são antigos hospícios, hoje transformados em Lares que desempenham um papel importante no acolhimento de pessoas idosas em situação de grande dependência, designadamente de perda de autonomia.

²² Quaresma, M.L. e Outros, (1996) "População Idosa, Análise e Perspectivas A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares" Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

²³ Lakdawalla, D., Phillipson (1999) "Aging and the Growth of Long-Term Care" *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 6980.

No Recenseamento Geral da População e Habitação realizado em 1991 constatou-se que 97,5% da população idosa vivia em famílias clássicas e 2,5%, ou seja, 33 015 indivíduos viviam em famílias institucionais, verificando-se mais uma vez que a proporção de idosos institucionalizados aumenta à medida que aumenta a idade, sendo de 0,8% a proporção de idosos que vive em famílias institucionais com idade compreendida entre os 65 e os 69, valor que atinge os 6,1% para o grupo de 80 ou mais anos.

No último Recenseamento (Censos 2001) verificou-se que a percentagem de idosos a viver em famílias institucionais aumentou para 3,6% (61 400 idosos), confirmando-se novamente que a institucionalização aumenta com a idade, uma vez que dos 61 400 idosos institucionalizados 78,6% tem 75 ou mais anos.

A institucionalização do idoso por ser realizada em residências assistidas para idosos, que consistem em pequenos apartamentos inseridos em edifícios equipados com alguns serviços comuns. Esta forma de institucionalização pressupõe que os idosos possam cuidar de si próprios, assim como da sua habitação beneficiando dos serviços de apoio comum de utilização facultativa, e que consistem em refeições, ajuda doméstica, actividades de animação, biblioteca, TV, etc. O objectivo das residências assistidas para idosos é o de favorecer a autonomia do idoso, proporcionando-lhe habitação individual, permitindo a inserção e a participação do idoso na comunidade.

Este tipo de equipamento social tem pouca expressão em Portugal dado o elevado custo do mesmo, existindo em 1989 apenas 10 residências assistidas para idosos que serviam cerca de duzentos e trinta utentes, estando seis destas dez residências situadas em Lisboa (Recolhimentos da Capital).

A Carta Social elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade referente ao ano de 2000, permite-nos constatar da análise do Quadro nº4, que no que se refere aos Lares e Residências para Idosos, a Rede Solidária assegura 77% dos mesmos, tendo-se verificado um crescimento de aproximadamente 16,5% relativamente a 1998 (mais 139 valências), um aumento da capacidade de 7% (mais 2 822 lugares) e um aumento de utentes de 10% o que significa mais 3 948 idosos.

No que respeita à Rede Lucrativa, associada à iniciativa privada, a taxa de crescimento dos Lares e Residências para Idosos foi de 29% (mais 109 valências) o que corresponde a mais 2 999 lugares (mais 42%) e 3310 utentes (mais 54%).

Quadro n.º 4 - Lares e Residências para Idosos 1998-2000

| | Rede Solidária | Rede Lucrativa |
|--------------|----------------|----------------|
| 1998 | | |
| Nº Valências | 838 | 382 |
| Capacidade | 42 736 | 7 198 |
| Nº Utentes | 40 995 | 6134 |
| 2000 | | |
| Nº Valências | 977 | 491 |
| Capacidade | 45 558 | 10 197 |
| Nº Utentes | 44 943 | 9 444 |

Fonte: Carta Social Rede de Serviços e Equipamento 2000

Numa perspectiva de mudança de actuação, no sentido de institucionalizar os idosos o menos possível dadas as preferências dos mesmos de se manterem no seu quadro de vida habitual, e de diversificar as estruturas de apoio à população idosa, dado que se tinha tornado evidente que o Lar exige um forte investimento financeiro e não respondia às necessidades da maioria da população alvo, surgiram os Centros de Dia, como estrutura de apoio social, com o objectivo principal de criar condições favoráveis para que os idosos se mantenham no seu domicílio.

Os Centro de Dia oferecem acolhimento individual, nomeadamente através do fornecimento de refeições, do desenvolvimento de educação para a saúde, da prestação de serviços de apoio domiciliário, e da oferta de um conjunto de actividades sócio-culturais e recreativas.

Em 1989 existiam no nosso país 541 Centros de Dia, que apoiavam 35 834 utentes, número que aumentou consideravelmente na década de noventa, registando-se em 1998 1 314 Centros de Dia, o que vai ao encontro da preferência dos utentes.

Os cuidados de saúde continuados formais podem ser prestados ao domicílio mediante financiamento público, e a tendência tem sido no sentido do aumento da prestação dos cuidados formais em casa, através do chamado Apoio Domiciliário, uma vez que se reconhece que a assistência domiciliária é a forma mais natural de apoio à pessoa idosa e que a escolha quanto à forma de vida, independente, com os familiares ou numa instituição pode ser influenciada pela existência ou não da prestação de cuidados formais ao domicílio, subsidiados publicamente.

O Apoio Domiciliário visa manter o idoso em casa no seu meio habitual de vida, institucionalizando-o o mínimo possível e o mais tarde possível, o que exige articular as acções dos vários serviços e actuar com equipas multidisciplinares, integrando os prestadores formais de cuidados – os profissionais – e os prestadores informais – a família, os vizinhos e os voluntários. A equipa técnica de intervenção directa no domicílio, é no caso português ainda restrita, sendo constituída por parte dos serviços de saúde pelo enfermeiro, médico de família e eventualmente fisioterapeuta e um ou outro médico especialista considerado indispensável em determinados casos ou momentos da prestação dos cuidados. Noutros países pioneiros na prestação dos cuidados continuados formais ao domicílio, a equipa técnica é mais diversificada incluindo o médico geriatra, o fisiatra, o psiquiatra, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e outros técnicos de acordo com a situação específica.

De acordo com as estatísticas do Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, existiam em 1989 em Portugal trezentas e dezasseis equipas de Apoio Domiciliário que prestavam assistência a oito mil duzentos e cinquenta e quatro utentes, em 1995 o número serviços de Apoio Domiciliário era de novecentos e vinte e um o que correspondia a uma taxa de cobertura de 3% e em 1998 era de mil trezentos e vinte e nove, o que elevou a taxa de cobertura para 6% (Jesus Bonfim et al., 1996)²⁴.

A prestação de cuidados a idosos no domicílio, só é possível devido ao papel importante dos prestadores informais de cuidados, uma vez que são estes o grande suporte de ajuda dos idosos dependentes, sendo as mulheres a peça fundamental da prestação destes cuidados.

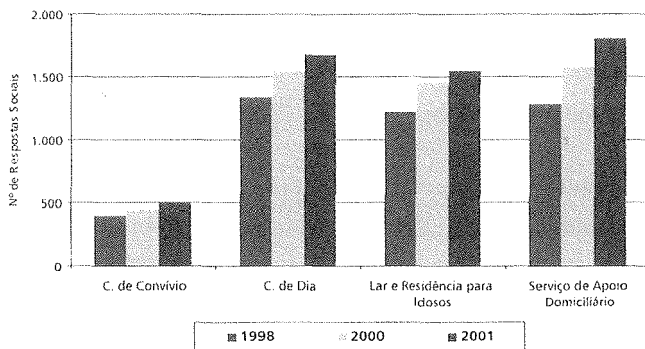
Uma análise da evolução das respostas sociais na área da população idosa revelou um crescimento significativo entre 1998 e 2001, embora com diferentes intensidades, verificando-se que em 2000 por referência a 1998 os Centros de Convívio registaram um crescimento de cerca de 10% (mais 42 respostas de Centro de Convívio) e em 2001 por referência a 2000 houve um crescimento de cerca de 13%. No que se refere aos centros de dia, no mesmo período o crescimento foi de 15% e 8,9% respectivamente. Nas respostas sociais referentes aos Lares e Residências para

²⁴ Jesus Bonfim, C.; Correia Teles, M. A.; Saraiva, M. E.; Cadete, M. H.; Quaresma, M. L.; Veiga, S. M., "População Idosa, Análise e Perspectives. A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares" *Direcção Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.*

Idosos, estas também sofreram uma evolução positiva de aproximadamente 20% de 1998 para 2000 o que se traduziu no aparecimento de mais 226 Lares e 12 Residências, aumentando a oferta do número de lugares para 55 863, sendo o crescimento entre 2000 e 2001 de 6,3%.

No Serviço de Apoio Domiciliário, valência que nos últimos anos tem vindo a ser considerada como prioritária e alternativa às respostas mais tradicionais como os Lares, verificou-se um crescimento de 23% entre 1998 e 2000 o que levou ao aparecimento de 293 novas respostas, sendo de 14,2% o crescimento entre 2000 e 2001.

Quadro n.º 5 - Evolução das Respostas Sociais para a População Idosa. Continente 1998-2000-2001



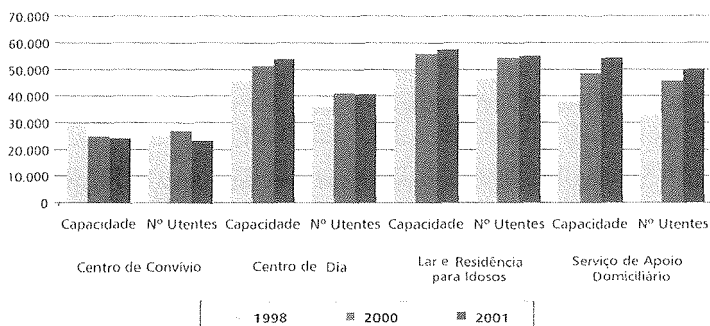
Fonte: Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Relatório 2001

A evolução da sociedade tem levado ao aparecimento de novas respostas sociais, como é o caso do Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos criado em 2000 em alguns distritos (Braga, Évora, Porto e Santarém) a partir de equipamentos já existentes, com lugares adaptados a esta nova realidade, existindo em 2000 oito centros com capacidade para receberem 136 idosos.

O Acolhimento Familiar para Idosos data também do ano de 2000, identificando-se nesse mesmo ano 113 famílias que receberam 164 pessoas idosas, sendo 76% do sexo feminino, e 85% com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos. A par e passo com o crescimento do número de

respostas encontramos o crescimento da capacidade e do número de utentes, conforme Quadro n.º 6.

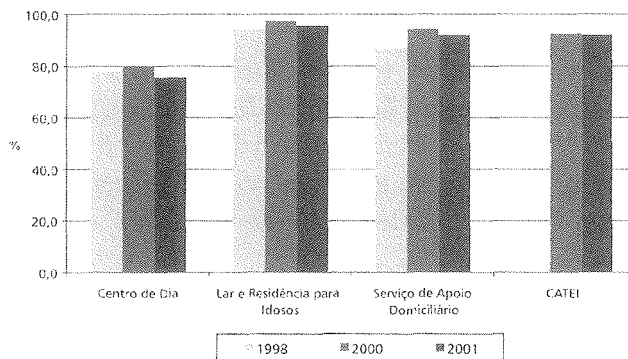
Quadro n.º 6 – Evolução da Capacidade e N.º de Utentes nas Respostas Sociais para a População Idosa. Continente 1998-2000-2001



Fonte: Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Relatório 2001

As respostas sociais destinadas à população idosa verificaram no ano de 2001 uma taxa de utilização inferior à taxa registada em 2000, sendo a descida mais significativa a que se constata no Centro de Dia (cerca de 4%).

Quadro n.º 7 – A Evolução da Taxa de Utilização das Respostas Sociais. Continente 1998-2000-2001



Fonte: Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Relatório 2001

A taxa de utilização média foi, de acordo com a Carta Social de 2001, de 89% tendo os Lares e Residências para Idosos o valor mais elevado (95,8%) e os Centros de Dia o nível de utilização mais baixo (75,6%).

Cuidados Informais

A prestação de cuidados continuados informais assume uma elevada importância no caso português, uma vez que a maioria dos idosos portugueses vive em famílias tradicionais, das 1 693 493 pessoas com sessenta e cinco e mais anos residentes em Portugal em 2001, apenas 61 400 estavam institucionalizadas, logo a grande parte dos cuidados continuados são assegurados quer pelos cuidados formais ao domicílio, quer pelos cuidados informais.

Dada a inexistência de trabalhos de investigação na área dos cuidados de saúde continuados prestados informalmente, baseámo-nos nas conclusões de um trabalho elaborado por Quaresma (1996) e que assentou na recolha de informação junto de profissionais de saúde e da área da Acção Social, responsáveis por equipamentos ou serviços de apoio à população idosa na comunidade.

De acordo com a autora, e já referido anteriormente, os familiares prestadores de cuidados são maioritariamente as mulheres, filhas ou noras, cujas idades variam entre os quarenta e os cinquenta anos. São também os familiares aqueles que surgem como dinamizadores dos apoios da vizinhança, isto é, que gerem as ajudas que esta lhes pode prestar de forma a garantir as presenças necessárias durante o tempo que não podem permanecer em casa designadamente o tempo de trabalho. É ainda de referir a existência de pessoas idosas cuidadas rotativamente por cada um dos filhos, vivendo temporariamente na casa de cada um deles. Os cuidados prestados são essencialmente os cuidados de higiene e conforto, a confecção de refeições, o acompanhamento às consultas de saúde e a assistência durante a noite. Relativamente ao apoio prestado pelos Serviços, os Centros de Dia e muito especialmente a ajuda domiciliária, estes constituem ainda que em pequena escala, o suporte comunitário mais eficaz.

Ao nível do emprego não existem, tal como existem nos EUA, sistemas de apoio visando garantir facilidades nos locais de trabalho. Existe apenas

um dispositivo legal que permite aos trabalhadores da função pública que tenham um familiar idoso a seu cargo, dispor de quinze dias anuais ao abrigo da situação “atestado médico familiar”. As medidas específicas de apoio financeiro às famílias que garantem os cuidados necessários à manutenção do idoso no seio dos seus membros traduzem-se num tratamento mais favorável em sede de Imposto sobre o Rendimento Singular para as famílias com ascendentes a cargo que vivam em economia comum com o sujeito passivo.

A prestação de cuidados a um idoso familiar tem vários tipos de custos, nomeadamente custos psico-sociais que se revelam numa redução drástica das possibilidades de convívio e de participação em actividades sócio-culturais ou outras, o que nos casos em que é o cônjuge o elemento principal de apoio, conduz a um certo isolamento e solidão. As situações de conflito intrafamiliar são também mencionadas por Quaresma (1996), e surgem quando o familiar responsável pelos cuidados a prestar se sente “explorado” pelos outros e pela própria situação.

Quanto ao futuro, apesar da família solidária com os membros mais velhos, tratando-os e cuidando deles no seu seio, estar profundamente enraizada nos valores da sociedade portuguesa, existem sinais de mudança, nomeadamente na procura crescente dos cuidados institucionais para situações de grande dependência das pessoas idosas, por iniciativa das respectivos familiares, principalmente quando estes pertencem às gerações mais novas.

O aumento do número de divórcios e de famílias monoparentais, assim como do número de jovens adultos vivendo só e de casais sem filhos, são factores determinantes de mudanças apreciáveis em matéria de cuidados de saúde informais, tornando-se cada vez mais complexa a organização do sistema de apoio intrafamiliar aos idosos. Neste contexto é importante um maior empenhamento público que leve à definição de medidas adequadas à garantia da prestação dos cuidados de saúde informais, prestados pela família.

5. Conclusão

Os cuidados continuados tornaram-se uma área importante da economia da saúde devido em parte ao seu peso no PIB, representando hoje

essas despesas uma percentagem considerável das despesas nacionais de saúde, estimando-se que cresçam rapidamente nas próximas décadas devido ao envelhecimento da população. A população europeia envelheceu e envelhecerá ainda mais no futuro, dado que os indivíduos com 80 e mais anos triplicarão até 2050 passando de aproximadamente catorze milhões em 2000, para cerca de trinta e oito milhões em 2050, dados preocupantes quando sabemos que existe uma relação entre envelhecimento e o aumento das despesas em cuidados médicos e continuados, justificada em grande medida pela evolução tecnológica ligada às ciências médicas.

O envelhecimento actual e futuro da população portuguesa é também uma realidade, o que está patente na inversão da pirâmide etária, e no aumento dos Índices de Envelhecimento e de Dependência, tornando relevante a questão dos cuidados continuados formais e informais.

O estudo do caso específico português revela-nos que os cuidados informais assumem uma elevada importância face aos cuidados formais tradicionais, uma vez que a maioria dos idosos vive em famílias tradicionais, verificando-se ainda um crescimento dos cuidados formais prestados ao domicílio. Apesar da importância que assumem estes cuidados informais, estes podem estar em risco, uma vez que estão fortemente dependentes dos familiares (não remunerados) e principalmente das mulheres, sendo necessário para garantir a sua continuidade um empenhamento público, que se deverá traduzir em medidas concretas de incentivo à prestação destes cuidados. No entanto a falta de informação e conhecimento sobre os cuidados prestados, e principalmente sobre as características dos agentes prestadores de cuidados informais, nomeadamente sexo, idade, grau de parentesco, profissão, tempo dispendido e custos sofridos, provavelmente inviabilizará a implementação de medidas eficazes, medidas estas que se esperam que contribuam não só para garantir a continuidade da prestação dos cuidados de saúde informais prestados pela família mas também para a diminuição do crescimento das despesas públicas, reduzindo a procura de cuidados continuados subsidiados publicamente, como a procura de Lares, através da diminuição da migração dos idosos dos cuidados informais para os serviços formais. Nesta perspectiva consideramos que seria interessante elaborar um inquérito, de forma a recolhermos informação até aqui não disponível, sobre quais as necessidades de cuidados por parte dos idosos face às suas incapacidades e quais

os cuidados que lhes são prestados pelos prestadores informais e onde, mas principalmente quais as características dos prestadores informais, tais como sexo, idade, grau de parentesco, profissão, tempo dispendido, e até mesmo custos sofridos, económicos e psicológicos.

Na elaboração do inquérito entendemos que devem estar presentes estes objectivos acima referidos, para na sequência da informação recolhida propôr medidas de incentivo à continuidade do fornecimento dos cuidados informais pelos familiares, medidas de âmbito social, económico e fiscal a serem implementadas pelas autoridades públicas. Gostaríamos ainda de calcular a importância económica da prestação informal dos cuidados continuados, pois apesar de esta não passar pelo mercado pode ser avaliada economicamente, calculando qual seria o seu custo caso fosse necessário substituir os prestadores informais por prestadores pagos, o que exige estimar o número de prestadores informais, o número de horas dispendido e atribuir um salário de mercado.

Bibliografia:

- CALDAS, G., P. Rodrigues. (2003), “Budgetary Costs of an Ageing Population: The Case of Health Care in Portugal”, *Working Paper, Ministério das Finanças Portugal*.
Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos, 2000
Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento.
- Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos, 2001
Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento.
- Economic Policy Committee Brussels, 24 October, 2001EPC/ECFIN/630-EN final, “Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances”.
- FUCHS, V.R. (1998), “Health Care for the Elderly: How Much? Who Will Pay For It?”
National Bureau of Economic Research, NBER, No. 6755.
- GONÇALVES, C., (2004), “As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos” *Revista de Estudos Demográficos* 34:41-60.
- Comissão Das Comunidades Europeias COM (2002) 774 final.

- GOUVEIA, M. (2000), “Do Pecado Original às Reformas” *Revista Economia Pura* 25:26-28.
- HEWITT, Paul S. (2002), “Depopulation and Ageing in Europe and Japan: The Hazardous Transition to a Labour Shortage Economy” *International Politick und Gesellchaff – International Politics and Society* 1/2002.
- JACBZONE, S; and H. Oxley (2002), “Ageing and Health Care Costs”, *International Politics and Society*.
- JESUS BONFIM, C.; Correia Teles, M. A.; Saraiva, M. E.; Cadete, M. H.; Quaresma, M. L.; Veiga, S. M., “População Idosa, Análise e Perspectivas. A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares” *Direcção Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*.
- KNICKMAM, J.R. and E.K. Snell (2002), “The 2030 problem: caring for aging Baby Boomers” *Health Services Research*.
- NORTON, Eduard C. (2003), “Long-Term Care” in *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Editado por A. J. Culyer and J. P. Newhouse: 955-994.
- PEZZIN, L. E, P. Kemper and J. Reschovsky (1996), “Does Public provided Home Care Substitute For Family Care?” *The Journal of Human Resources* 31(3):650-676.
- QUARESMA, M. L., (1996), “Cuidados Familiares ás Pessoas Muito Idosas” *Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*.
- QUARESMA, M. L. e Outros, (1996) “População Idosa, Análise e Perspectivas A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares” *Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*.
- RUBIN, R. M (2002), “The Economic Costs of Informal Elder Care giving”, *Business Perspectives* 14(4):22-27.