

Capítulo II

A política de velhice e de cuidados em Portugal

“Portugal joined the European Economic Community in 1986. In doing so, Portuguese society achieved a common goal: to put an end to a long cycle of historical under development that had begun 58 years before with the conservative and corporative dictatorial of the “Estado Novo”, which only came to an end in 1974 with the democratic revolution of April. Since 1995 a new generation of active social policies was launched in Portugal. These policies are active in a double sense: they are Individual and institutional, converge with the «acquis communautaire».”

Capucha et al. (2005: 204-205),
Portugal – a virtuous path towards minimum income?
in Maurizio Ferrera (Ed.), *Welfare State Reform in Southern Europe*, London, Routledge.

Neste capítulo aborda-se a política da velhice e de cuidados em Portugal numa perspectiva evolutiva face a outros tipos de respostas existentes, em especial para as situações de dependência. A política de velhice pode ser analisada quanto às transferências financeiras, aos serviços sociais e aos mecanismos fiscais e isenção de taxas. Nesta análise, enfatizamos as respostas sociais, nomeadamente os cuidados em residências, lares, centros de dia e de convívio, em especial para os serviços de apoio domiciliário. Complementarmente, abordamos projectos específicos na área dos cuidados integrados no sistema de protecção social e de saúde. Deste modo, debruçamo-nos sobre as características do Estado-providência português que surgiram e se desenvolveram recentemente e configuraram esses mecanismos.

1 – O Estado-providência em Portugal: da assistência aos direitos

Estudos efectuados por Barreto (2003), Capucha (1995, 2005), Capucha et al. (2005), Ferrera et al., (2000) e Mozzicafreddo (2000) ao Estado-providência e às políticas em Portugal demonstram que desde 1976 se tem construído e desenvolvido o estado-providência em Portugal. Esta ideia tem como base o desenvolvimento de políticas sectoriais com especial destaque para o sistema de protecção social universal, para o serviço nacional de saúde, educação, trabalho e habitação (Mozzicafreddo, 2000)⁵⁴. Estes sectores foram consolidados

⁵⁴ Além desta perspectiva de análise do estado-providência em Portugal podemos identificar outras. O Estado-providência português também tem sido estudado por Santos, 1990; 1993; Hespanha, et al., 2000. O primeiro autor defendeu a ideia de que em Portugal não existia um Estado-providência, mas tão só uma sociedade-

após a entrada de Portugal na UE em 1986 (Capucha et al., 2005) e reforçados entre 1996 e 2000 pelas medidas do governo socialista de António Guterres e depois de 2005 pelo actual governo. Estas “novas medidas”, denominadas “políticas activas”, orientam-se para a promoção da coesão social, para o combate à pobreza⁵⁵ e para a promoção da inclusão social de grupos vulneráveis (AA.VV, 2002; Capucha (Ed.), 2005; PNAI, 2001, 2003, 2006^a, 2006b).

Para a concretização destas medidas as responsabilidades de acção são partilhadas entre o sector público, o privado lucrativo, o não lucrativo e o familiar. Esta forma de organizar o bem-estar revela uma especificidade cujo princípio fundamental é o da subsidiariedade. Em termos políticos significa que a instância superior, isto é, o Estado, só intervém na esfera privada quando as instâncias inferiores, o mercado, a família e a sociedade civil, não conseguem por si só satisfazer as necessidades dos indivíduos. Na prática, o Estado não assume um papel interventor relativamente à prestação de suportes sociais, mas antes um papel regulador e potenciador das respostas responsabilizando a sociedade civil pela concretização dos mesmos⁵⁶.

Nas sociedades industriais, a comunidade organizava a vida social, e a solidariedade era da responsabilidade da família e das organizações privadas, lucrativas e não lucrativas. Mas nas sociedades pós-industriais, o ponto central é o trabalho, e a solidariedade organiza-se tendo como referência o contrato social entre o Estado, a sociedade civil e o mercado. Ainda que nos anos a seguir à revolução de Abril o Estado tivesse tomado para si a responsabilidade pela

providência. Esta reportava-se “às redes de relações de inter conhecimento, reconhecimento mútuo e entajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade” (Santos, 1993: 46). O que distingue o Estado-providência da família-providência é o papel que o grupo família adquire na protecção do risco social dos seus elementos. Esta noção, associada ao familialismo (Labarbera, 2002), significa exactamente que “as famílias têm a maior quota-parte da responsabilidade pelo bem-estar social, designadamente na partilha de rendimentos e na prestação de cuidados” (Esping-Andersen, 2000), com especial destaque para os cuidados à infância, pessoas idosas e deficientes. As expressões “família-providência” e “familialismo” parecem ter implícito o princípio da reciprocidade do grupo familiar e de solidariedade alargada desenvolvido por Mauss (2001). Este autor analisou as relações entre os elementos da família e as suas interacções com a comunidade e considerou existir uma obrigação tácita entre eles que favorecia a troca, o dar e o receber afectos e bens materiais.

⁵⁵ O resultado deste fenómeno também é visível na variação da taxa de pobreza nestes últimos anos, com especial destaque para a taxa de pobreza persistente. Nestes últimos dez anos, verificou-se uma certa estagnação desta taxa de pobreza. Em 1995, esta era de 23% e em 2004 de 21% (PNAI, 2006b: 139-168). O risco de pobreza persistente tem-se mantido estável – tanto em 1997, como em 2001 era de 15%. Os números da pobreza continuam a ser dos mais elevados dos países da União Europeia, que tinha em 2006 uma taxa de pobreza de 16% e uma média de pobreza persistente de 9%.

⁵⁶ Este modo de organizar a protecção social está também associado a factores socioeconómicos e políticos do nosso país, especialmente durante os cinquenta anos de ditadura, caracterizados por um Estado e uma economia fracos. Este processo não promoveu a formação de proletariado, nem a existência de uma elite económica forte (Andreotti et al., 2001: 44) e favoreceu o distanciamento das elites do poder (Cabral, 1992: 947). Este processo, aliado aos valores judaico-cristãos, impulsionou uma hierarquização social baseada no poder dos homens adultos.

concretização desse contrato, actualmente a sociedade civil adquiriu um protagonismo acrescido na intervenção, sobretudo, junto de grupos mais vulneráveis à pobreza e à exclusão⁵⁷.

Este tipo de acção política tem aspectos a valorizar, nomeadamente a proximidade aos problemas e uma certa abertura “solidária voluntarista” face à resolução dos mesmos (Barros e Santos, 1997; Capucha (Ed.), 1995). Contudo, revela-se manifestamente insuficiente quando generalizada a todos os grupos vulneráveis e à multiplicidade e complexidade dos problemas e necessidades sociais⁵⁸ existentes (cf. Hespanha et al., 2000). Daí que Hespanha et al. (op. cit), tenham colocado as seguintes interrogações: até que ponto esta protecção substitui a acção do Estado? Será que este tipo de protecção é suficiente para capacitar os indivíduos e fazer face à complexidade dos problemas sociais, sobretudo nas famílias de baixos rendimentos? A resposta é negativa – os autores demonstraram que para o grupo de famílias que manifesta uma maior complexidade de situações, os serviços públicos e privados não lucrativos ainda não estão aptos a desenvolver respostas compatíveis com a complexidade dos seus problemas sociais. Para estes, nem a protecção familiarista, nem a protecção do Estado são suficientes⁵⁹.

A regulação do Estado na área social, e sobretudo na área das pessoas idosas, é centrada preferencialmente em benefícios financeiros e transferências para o sector não lucrativo e não tanto em investimento próprio em equipamentos e serviços, apesar de, nestes últimos anos, o Estado ter investido no desenvolvimento de equipamentos e serviços, em conjunto com o sector não lucrativo.

Na sequência da Presidência de Portugal da União Europeia, em 2000, foi reconstruído o compromisso social europeu na denominada Agenda de Lisboa⁶⁰. Esta baseia-se na ideia geral de que “os riscos e as oportunidades devem ser partilhados pela sociedade” (Giddens, 2007:18) no sentido de cultivar a coesão social, em especial a protecção das regiões mais

⁵⁷ Com especial ênfase junto dos deficientes, crianças e idosos.

⁵⁸ Em particular o desemprego, a adição (alcoolismos e toxicodependência), as violências e a reinserção social.

⁵⁹ De acordo com o estudo de Hespanha et al. (2000), os serviços estatais, como a segurança social, tendem a transformar os problemas sociais das pessoas em “subsídios”, sob a forma de transferências financeiras, não existindo, na maior parte dos casos, acesso a recursos compatíveis com a complexidade dos casos. Sobretudo nas situações sociais mais complexas, não existem respostas adequadas às realidades das pessoas, em particular quando ocorrem problemas cumulativos de desemprego, alcoolismo, baixo nível de escolaridade, profissões não qualificadas ou doenças, entre outros.

⁶⁰ Este compromisso estava inserido naquilo que é denominado modelo social europeu. Este não é exclusivamente social, pois depende da prosperidade económica e da redistribuição dos rendimentos (Giddens, 2007:18). Segundo o autor, na Europa, existem muitas divergências nos sistemas de previdência social entre os países e existem muitas divergências em conceptualizar a protecção social prosseguida como “modelo social europeu”. Contudo, apesar das singularidades, podem ser enunciadas algumas regularidades, nomeadamente, “um estado desenvolvido e intervencionista, financiado por altos níveis de impostos; um sistema robusto de previdência social, que proporciona uma protecção social eficaz, até um grau considerável para todos os cidadãos, mas sobretudo para os mais necessitados e a limitação, ou contenção, de formas económicas e outras formas de desigualdade” (Giddens, 2007: 18)

pobres da União e dos indivíduos e grupos mais vulneráveis. Nesse contexto de mudança e de posicionamento “activo” face à pobreza, exclusão e coesão social na Europa. Esping-Andersen (2000) e Ferrera et al. (2000: 60) analisaram as potencialidades e fragilidades da protecção social em Portugal e apresentaram propostas para o seu desenvolvimento. Uma das medidas propostas era a expansão da “indústria dos serviços” inserida num *welfare* misto, onde o Estado proporcionava bem-estar à família, promovendo-a dentro do sistema (Esping-Andersen, 2000; Ferrera et al., 2000: 60). Os autores (op.cit) argumentaram sobre a necessidade de uma reforma profunda deste modelo de protecção social que tenha em conta não só as alterações demográficas, mas também – como considera Esping-Andersen (2000) – as alterações nas dinâmicas familiares, no sentido de apoiar as necessidades das famílias no caso de os dois elementos adultos da família trabalharem.

Perante esta realidade, as políticas tentam conciliar legislação, bens e serviços, beneficiam as famílias cuidadoras e complementam com transferências financeiras para fazer face aos cuidados prestados informalmente. Para tal, é necessário, segundo Esping-Andersen (2000) e Ferrera et al. (2000), a introdução de uma “subsidiariedade activa” que inclua um conjunto de incentivos e de regulação públicos, disposições colectivas, incremento do activismo do sector terciário e apoio à iniciativa privada através de “novos” serviços, informais, oferecidos no contexto da economia formal, como é o caso dos cuidados pessoais.

Esta proposta, em sintonia com a introdução de novos pactos sociais e de condições de “flexissegurança”, permitirá a mobilidade e a reintegração dos denominados *outsiders* (grupos excluídos). Esta “nova” política adequada à família constitui um dos factores essenciais para libertar o “familiarismo” dos países do sul da Europa” (Ferrera et al., 2000: 60). Nestes últimos anos, as políticas nesta área têm reforçado a legislação referente aos cuidados aos idosos, com o despacho 62 de 1999, a Lei nº 101, de 2006 e as medidas para a promoção da qualidade das respostas sociais (MTS, 2005). Também o PARES (2006) tem permitido o aumento do número de equipamentos existentes na rede solidária através do financiamento de projectos e o alargamento do número de lugares em equipamentos para idosos e para crianças (PNAI, 2006b).

Mas no que se refere à estrutura do Estado-providência em Portugal, este ainda mantém um sistema de protecção social baseado essencialmente no emprego. Este tipo de modelo de protecção social continua a ter como base a garantia de um rendimento na velhice através de transferências financeiras e um défice nos serviços de cuidados a grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade, ou seja, crianças, idosos e jovens. Num contexto de alterações

demográficas, impõe-se reorganizar a política de cuidados, sobretudo para os mais velhos, porque se este grupo tem hoje genericamente uma situação económica que os torna mais independentes, a sua longevidade acarretará cuidados crescentes (OCDE, 2007) e a necessidade de reconfigurar as garantias sociais do Estado-providência. Foi com esse objectivo que o sistema de segurança social foi reorganizado através do Decreto-lei nº 4 de 2007.

Mas a necessidade de bem-estar social dos agregados familiares mais velhos relaciona-se menos com as transferências financeiras e mais com o acesso aos serviços e prestação de cuidados (cf. Esping-Andersen, 2000). Nestes casos, sobretudo no das pessoas idosas que vivem sós, por serem viúvos e terem rendimentos insuficientes, ou por nunca terem contribuído para o sistema de protecção social, as suas necessidades estão para além dos recursos financeiros, necessitando também de substantivos serviços e cuidados sociais e de saúde. Vejamos de seguida o modo como emergiu, se desenvolveu e consolidou a política de velhice e de cuidados em Portugal.

A emergência do sistema público de protecção social na velhice

Compreende-se melhor as características e as especificidades do Estado-providência português se analisarmos a evolução do sistema público de protecção social⁶¹. Neste ponto, vamos considerar o modo como este foi construído, enfatizando o modo como as instituições de solidariedade nele foram integradas, com destaque para as que intervêm na área da protecção às pessoas idosas.

Para proceder a esta análise, identificámos alguns períodos sócio-históricos que marcaram a protecção social em Portugal. Até à Primeira República vigorou o mutualismo⁶², a partir de 1910 os seguros sociais, no Estado Novo dominou o corporativismo selectivo e no Estado democrático a segurança social pública (Leal, 1998: 119). Esta análise será efectuada a partir do período da República, correlacionando alguns mecanismos de concretização da política social, como sejam algumas transferências financeiras, os equipamentos e serviços, os benefícios fiscais, as isenções de taxas e os programas e projectos.

⁶¹ Tradicionalmente, a protecção social está ligada à segurança de rendimento, que assenta no modo como os indivíduos organizam a sua vida em sociedade. Essa protecção pode ser adquirida de várias formas e provir de várias fontes (Mckay e Rowlingson, 2003). A primeira fonte é o sector privado lucrativo e não lucrativo, através do mercado de trabalho, onde se podem adquirir bens e serviços necessários à subsistência dos indivíduos. A segunda fonte é a rede familiar, através do seu suporte em bens financeiros ou serviços. A terceira fonte é o Estado e traduz-se em prestações pecuniárias (reformas e outros subsídios), benefícios fiscais, serviços sociais (equipamentos sociais de prestação de cuidados e de “guarda dos idosos”) e outros serviços sociais públicos (saúde, habitação, escolaridade, entre outros), assim como programas e projectos específicos.

⁶² O período do mutualismo correspondeu à fase em que foi criado o “Montepio Geral” (1807) anterior à Primeira República.

Na Primeira República, foram ensaiados os primeiros passos para a estruturação de um sistema de protecção social público. Logo após a revolução republicana, a Constituição de 1911 consagrou o “direito à assistência pública”. Este princípio, consubstanciado em várias leis, apontava para a criação de mecanismos de protecção social dos trabalhadores. O Decreto-lei nº 83, de 24 de Julho de 1911 foi uma das primeiras medidas que responsabilizava a entidade patronal pelos acidentes de trabalho (Leal, 1998: 108).

Em Março de 1916, foi criado o Ministério do Trabalho⁶³ (Decreto-lei nº 494) e em 1919 a lei dos seguros sociais obrigatórios⁶⁴. Esta estrutura da protecção baseava-se no modelo de seguros sociais obrigatórios⁶⁵, adoptado na Alemanha e prosseguido noutros países europeus como França e Inglaterra, reivindicado pelos sindicatos e recomendado pela recém-criada Organização Internacional do Trabalho em 1919. Contudo, estas medidas assumiram algumas particularidades em relação aos seguros sociais bismarckianos, pois a sua gestão era estatal e não de entidades privadas, preconizando a ideia de um “Estado social novo” (Leal, 1998: 109).

Estes seguros desenvolvidos na república visavam a protecção na doença decorrente dos “desastres de trabalho”, a velhice e invalidez e a sobrevivência de familiares sob a forma de prestações pecuniárias (Leal, 1998; Costa e Maia, 1985). A assunção destas responsabilidades sociais por parte do Estado Português e de alguns países europeus⁶⁶ tinha subjacente a ideia de que a participação na então projectada Sociedade das Nações implicava também a criação de regimes de segurança social (Leal, 1998: 104). Apesar disso, esta forma de protecção proposta na República encontrou muita resistência na sua aplicação por parte do movimento mutualista, sobretudo dos grupos com maior poder corporativo.

Até à Primeira República, a organização de equipamentos e serviços seguia de perto as tendências europeias baseadas no voluntariado religioso. Logo após a declaração da República, foi publicada uma lei da assistência (a 25 de Maio de 1911⁶⁷) e foram institucionalizados

⁶³ Esta denominação substituiu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social criado em 1913.

⁶⁴ Consubstanciados em várias leis: nº 5636, de protecção na doença; nº 5637, de protecção de acidentes de trabalho; nº 5638, de protecção na velhice, invalidez e sobrevivência; nº 5639 e nº 5640, de criação do sistema administrativo para a sua concretização, através do Instituto de Seguros Sociais (Leal, 1998: 106).

⁶⁵ Os anos revolucionários subsequentes não permitiram a concretização destas medidas protectoras e a maior parte delas foi extinta com o golpe de estado em 1926.

⁶⁶ Neste período, países como o Luxemburgo, a Holanda, a França, o Reino Unido, a Roménia, a Rússia e a Suécia desenvolveram mecanismos de protecção social baseados nos seguros sociais bismarckianos (Leal, 1998: 104).

⁶⁷ Nesta data foi também criado o Fundo Nacional de Assistência.

alguns equipamentos públicos como os hospitais civis⁶⁸, hospícios e asilos. A “gestão” destes equipamentos era até essa data da responsabilidade das ordens religiosas e mutualidades.

Mas a campanha anticlerical (Martins, 1999: 26) retirou às ordens religiosas os privilégios e a personalidade jurídica⁶⁹, implicando a perda dos bens que possuíam, que passaram a estar a cargo do Estado durante esse período. A relação do Estado com a religião católica só foi reatada quando Portugal entrou na Primeira Guerra Mundial e permitiu o regresso de algumas ordens religiosas. Estas retomaram as responsabilidades educativas e de assistência, nomeadamente na área das crianças, feridos e mutilados de guerra e doentes crónicos (cf. Martins, 1999: 29). Neste período, a idade não era determinante para a prestação de cuidados mas sim a condição física e social, visto que aqueles eram prestados em função das necessidades das crianças e dos doentes. Na verdade, como refere Esping-Andersen (1993: 599), “a política social anterior à ditadura de Salazar não passava de um deficiente sistema de mutualidades”.

O sistema corporativo, repressivo e de mérito

O período do corporativismo corresponde ao Estado Novo e nele podemos identificar duas fases no desenvolvimento da protecção social. A primeira, nas décadas de 30 a 50 e a segunda, durante a década de 60 até meados de 70. Na primeira fase, foi desenvolvido um sistema de protecção social composto por duas áreas, a previdência social e a assistência social. As leis que as regulam são consequência da publicação, em 1933, da Constituição do Estado Novo⁷⁰ e do Estatuto do Trabalho Nacional⁷¹. Em 1934, decorreu o congresso da União Nacional (partido do governo), onde foi reforçado o papel supletivo do Estado nas questões sociais e assumido que as instituições de caridade deveriam cuidar da assistência social.

Efectuadas estas alterações, surgiu em 1935 uma lei que instituiu a previdência social (Decreto-lei nº 1884, de Março de 1935). Tinha um carácter corporativo e previa a protecção de indivíduos e grupos profissionais em áreas do comércio, da indústria e dos serviços⁷². O seu

⁶⁸ Em 1913, o hospital de S. José passou a denominar-se hospital civil.

⁶⁹ Lei da separação da Igreja e do Estado de 20 de Abril de 1911.

⁷⁰ O Estado assumiu o controlo da protecção social: ao Estado cabia a responsabilidade de promover e desenvolver a solidariedade social e a cooperação entre as mutualidades.

⁷¹ Estatuto do Trabalho Nacional (Decreto-lei nº 23048, de 23 de Setembro) inspirado na *Carta del Lavoro* do fascismo italiano. Consagração da ideia-força de solidariedade entre a propriedade, o capital e o trabalho. Início do corporativismo (regime jurídico dos grêmios ou associações patronais, sindicatos nacionais, casas do povo e casas dos pescadores, segundo vários decretos de 23 de Setembro).

⁷² Possibilitou a organização de caixas sindicais da previdência, caixas de previdência das casas do povo e das casas dos pescadores, caixas de previdência da indústria, caixas de previdência das mutualidades e caixas de previdência dos trabalhadores do Estado (Capucha, et al., 2005: 206-210).

objectivo era prevenir situações de risco decorrente da velhice, da doença, da invalidez ou morte. Esta protecção, além de corporativa, tinha uma base selectiva, porque excluía outras áreas profissionais e não protegia todos os riscos sociais inerentes ao trabalho. O desemprego e os acidentes de trabalho ficavam de fora deste tipo de protecção, pois neste contexto social e político não eram considerados um risco social.

A lei da previdência só foi regulamentada em 1946, começando a ser aplicada só a partir dessa data, isto é, dez anos após a sua publicação. A regulamentação previa a existência de seguros sociais obrigatórios nas áreas já referidas, seguros facultativos e a criação do sector da sanidade geral e acção hospitalar. O acesso à protecção social na velhice, no caso das “reformas”, não era definido em função da idade. Incentivava-se o trabalho, relativizava-se o acesso à reforma e o sexo do beneficiário, considerando que nem todas as pessoas envelheciam da mesma forma (cf. Bação, 1993: 9) e contextualizando o envelhecimento como uma incapacidade relativa à condição física e social dos indivíduos.

Os equipamentos e serviços não se dirigiam exclusivamente às pessoas idosas, mas estavam integrados na política de assistência social. No Estado Novo, esta área começou a ser reformulada em 1931 com um diploma de repressão da mendicidade. A partir daí, a polícia passou a ter competência de repressão dos “crimes” políticos e sociais. A mendicidade ficou a cargo do Ministério do Interior, ao qual foi atribuído em 1940 a “gestão da pobreza”. As competências variavam entre a assistência aos que esmolavam “por virtude de reconhecido estado de necessidade” e a repressão dos pedintes por vícios, com o seu encerramento em albergues de mendicidade (cf. Pimentel, 2000). Neste grupo, incluíam-se velhos, vagabundos e indivíduos com comportamentos considerados fora da norma social.

Durante este período, assistiu-se ao investimento em equipamentos de saúde⁷³. Em 1944, o estatuto da assistência (Decreto-lei nº 1998, de 15 de Maio) veio reforçar o papel supletivo do Estado. No ano seguinte, o papel das organizações religiosas foi reforçado, compatibilizando a acção moral e religiosa com a assistência. Os estabelecimentos, através das irmandades da misericórdia, tinham como objectivo “prestar assistência religiosa e moral aos assistidos” (Decreto-lei nº 35108, de 7 de Novembro de 1945, reorganização da assistência). Estas entidades eram as principais responsáveis pela concretização de cuidados de assistência. A acção era dirigida não aos indivíduos, mas ao grupo familiar e a finalidade da intervenção

⁷³ Na década de 30, foi construído o Instituto de Oncologia em Lisboa, na década de 40, o hospital de Júlio de Matos e o Sobral Cid, em Coimbra, e verificou-se o investimento em instâncias terapêuticas de tratamento da tuberculose e outras doenças crónicas.

era aumentar as competências morais do grupo no sentido da coesão e integração social através da actividade laboral.

A concretização das medidas constantes nesta lei só foi possível porque em 1940 o Estado português e a Santa Sé tinham celebrado um acordo denominado *Concordata*, que repôs alguns privilégios das instituições religiosas retirados na Primeira República e clarificou o papel do Estado e da Igreja relativamente ao poder social e político. Deste modo, ao Estado competia legislar, fiscalizar e regular, à Igreja, promover a moral e os bons costumes através da acção religiosa e da assistência. A assistência dirigia-se por um lado ao grupo de merecedores – pessoas inválidas e doentes –, por outro aos “desmerecedores” ou seja, os “vadios, que por vício recusam todo o trabalho, ou os vagabundos, que por incapacidade ou viciosa inadaptabilidade, enjeitam os quadros familiares ou profissionais” (Decreto-lei nº 35108). Os que mereciam a assistência eram apoiados pelas ordens religiosas, cujas respostas sociais se centravam em hospícios e residências. Os “desmerecedores” estavam a cargo da polícia e a resposta social para estes era os asilos e os albergues da mendicidade. À polícia cabia a função de gerir a pobreza “amoral” associada a vícios, sobretudo dos que “esmolavam por virtude do reconhecido estado de necessidade e a repressão desses mesmos pedintes” (cf. Pimentel, 2000). Neste contexto sócio-histórico e político, foi efectuada uma tentativa de reforma da assistência em 1956 e foi criado o Ministério da Saúde em 1958, que passou a integrar a responsabilidade pela assistência. Desta forma, a saúde e a assistência confundiam-se, adquirindo um perfil médico-social higienista. Esta orientação predominou até meados da década de 60.

O sistema corporativo integrado

A segunda fase da protecção social no Estado Novo decorre durante a década de 60 até meados dos anos 70 do século XX. A década de 60 “marca nitidamente o início da mudança na política e na protecção social” (Barreto, 2003: 23). Durante este período, continuaram a ser efectuadas algumas tentativas de aliar o sistema de previdência com o de assistência. Mas apesar dessa tentativa, a protecção era ainda selectiva e residual. Neste período, apenas 20% da população que trabalhava era abrangida pelo sistema de protecção existente” (Esping-Andersen, 1993: 600). E em “1960, a assistência prestada com base nos rendimentos auferidos e os benefícios de funcionalismo público correspondia a 50% dos gastos públicos da previdência e da assistência social (Barreto, 2003: 23).

A protecção social inscrevia-se num regime de previdência associado aos seguros sociais. Estes podiam ser livres ou obrigatórios, organizados pelas mutualidades e pelas caixas

económicas. Este sistema de base corporativa era financiado pelas entidades patronais e pelos empregados. Durante os anos de 1962 e 1963 é reconhecida a protecção na velhice, doença, morte e encargos familiares. Este reconhecimento terminou com a exclusividade das instituições de previdência ligadas a organismos corporativos e possibilitou ao Estado criar novas instituições⁷⁴ (Decreto-lei nº 2115, de 15 de Junho de 1962, posteriormente regulamentada pelo Decreto-lei 45266, de 23 de Setembro de 1963).

Neste contexto de mudanças, foi também publicada uma lei que definia o estatuto da saúde e assistência (Decreto-lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963). Este diploma reconhecia ainda as misericórdias, as mútuas e as fundações como responsáveis pela prestação de serviços de assistência social e saúde. Clarificava-se o papel das irmandades das misericórdias nessa matéria, ao ser-lhes atribuída a responsabilidade de “coordenar a assistência nos concelhos enquanto órgãos de saúde e de assistência” (Decreto-lei nº 2120).

Posteriormente, em 1965, surgiu o Centro Nacional de Pensões (ordem ministerial nº 21546, de 23 de Setembro) e, no mesmo dia, foram regulamentadas as instituições de previdência social (Decreto-lei nº 45548, de 23 de Setembro), destinadas a proteger os beneficiários e seus familiares na invalidez, na velhice e na morte. Na sequência destas mudanças legislativas, foi instituída uma lei para protecção dos indivíduos nos acidentes de trabalho e nas doenças profissionais, da responsabilidade das companhias de seguros, princípio que se mantém até à actualidade. Também em 1969 foram aprovadas as bases da reorganização das casas do povo, associadas à previdência rural (Comissão do Livro Branco da Segurança Social, Ed. 1998: 54; Leal, 1998: 114).

No início da década de 70, a política social reorientou-se para situações e problemas específicos. O Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, criado em 1971, substituiu o Instituto de Assistência a Inválidos. A noção de inválido, sinónimo de deficiente, foi substituída pela de diminuído e associada aos idosos. Também os trabalhadores agrícolas tiveram acesso pela primeira vez à assistência social em 1970. Esta incluía apenas o apoio médico na maternidade e infância, protecção na invalidez e subsídio de doença e morte.

Em 1972, foi alargada a protecção social aos trabalhadores agrícolas não abrangidos pelas casas do povo (Decreto-lei nº 391, de 13 de Outubro) e, em 1973, foi instituído o estatuto das pensões de sobrevivência. Estas estavam associadas ao regime geral e ao regime do seguro social voluntário (cujo prazo de garantia era de 36 meses de remunerações) e visavam compensar os familiares do beneficiário pela perda dos rendimentos de trabalho, beneficiando

⁷⁴ Posteriormente, esta lei permitiu o surgimento de um regime geral de protecção social (Leal, 1998: 116).

os cônjuges e ex-cônjuges ou pessoas que vivessem há mais de dois anos em economia comum, bem como os seus descendentes. Neste período, foi proposto pelo governo a criação de uma “política da terceira idade”⁷⁵ que enfatizava a idade como o factor importante a proteger e remetia para segundo plano os aspectos sociais e de carência implícitos nos discursos e diplomas anteriores.

Entre 1960 e 1974, os equipamentos e serviços existentes para as pessoas mais idosas continuavam a ser os asilos, os albergues, as residências e os hospícios da responsabilidade das organizações religiosas, irmandades da misericórdia e do Ministério do Interior. Por outras palavras, durante este período a protecção social na velhice relativamente aos cuidados era incipiente (Castanheira, 2006: 2). A assistência associada à organização de cuidados era uma acção residual assistencialista, em que beneficiavam sobretudo as pessoas doentes, negligenciadas e sem família. Por isso, as respostas às suas necessidades visavam a substituição da família e eram essencialmente a institucionalização em lares e asilos (Saraceno e Naldini, 2003). O foco da intervenção não era a idade, mas a debilidade física e psíquica associada a comportamentos fora da norma e socialmente inaceitáveis.

2 – Construção do sistema de segurança social

O sistema de segurança social de base universal é fruto da implantação da democracia em Portugal. Só a partir desta data se pode falar, ainda que incipientemente, de cobertura universal do risco previsto e imprevisto (Barreto, 2003: 75). A universalidade foi implementada gradualmente, mas a um ritmo acelerado, abrangendo cidadãos de todas as condições sociais. Segundo o autor (op.cit) durante este período o número de contribuintes aumentou, assim como o número de beneficiários. Entre 1960 e 1998 os contribuintes passaram de 78 mil para 530 mil e os beneficiários de 1,200 milhões e 4,200 milhões. O aumento de beneficiários fez disparar as despesas do Estado com o sistema de segurança social – passaram de 1,7% para 15% do PIB (cf. Barreto, 2003: 76).

Durante o período de construção do sistema de segurança social podemos identificar três fases. A primeira, de 1974 a 1985, corresponde ao processo de emergência do sistema de segurança social, a segunda, de 1985 a 1995, corresponde ao seu desenvolvimento e a terceira

⁷⁵ Considerações enunciadas no I Congresso Nacional da Previdência Social, Boletim do INTP, ano XL, nº 29, 1973, nota referenciada em Fernandes (1997b).

fase, de 1996 até à actualidade, à sua consolidação. Vejamos em pormenor cada uma dessas fases.

A emergência do sistema de segurança social

Logo após a revolução de 1974, o programa do Governo Provisório (Decreto-lei nº 3 de 1974) considerava a necessidade de uma nova política social que melhorasse a qualidade de vida dos cidadãos e servisse os interesses dos trabalhadores⁷⁶. Foi decretada a substituição dos sistemas de previdência e assistência por um sistema integrado de segurança social pública, destacando-se a adopção de medidas de protecção na invalidez, na incapacidade e na velhice, em especial dos órfãos, diminuídos e mutilados de guerra (Decreto-lei nº 203, de 15 Maio de 1974). Foi nesse ano que se instituiu a pensão social (Decreto-lei nº 217, de 27 de Maio de 1974) denominada o primeiro mínimo de protecção na velhice em Portugal (Branco, 2003), que abrangia pessoas com mais de 65 anos e as inválidas⁷⁷.

A pensão social é o exemplo da primeira medida de protecção social para os indivíduos que estavam fora do sistema corporativo e da previdência associada ao risco involuntário. Nessa lei foi estabelecido pela primeira vez a idade de 65 anos como factor determinante para aceder a este sistema de protecção⁷⁸. Em 1975, foram alargados os benefícios para os trabalhadores agrícolas (Decreto-lei nº 174-B, de 1 de Abril) e criado um regime experimental de subsídio de desemprego para trabalhadores por conta de outrem (Decreto-lei nº 169-D, de 31 de Março), assim como o princípio do salário mínimo garantido e o fundo de desemprego.

Foi em 1976, porém, com a publicação da primeira Constituição democrática, que se inscreveram pela primeira vez em Portugal direitos cívicos, políticos e sociais para os cidadãos e se consagrou o respeito pela dignidade da pessoa humana em todas as circunstâncias, o direito à intimidade e a reserva da vida privada e familiar, assim como o direito à não discriminação em razão da ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social. É igualmente consagrado o direito à segurança social, ao trabalho, à saúde, à educação e à habitação, dando-se forma à protecção social sectorial nessas mesmas áreas.

⁷⁶ Este diploma não introduzia novos conceitos relativamente ao tipo de protecção, antes reformulava o modelo existente.

⁷⁷ Esta lei foi alterada várias vezes: em 1977, com o Despacho Normativo nº 59, passou a incluir todas as pessoas com mais de 65 anos que não desempenhassem uma actividade profissional e que beneficiassem da previdência social, os inválidos com idade superior a 14 anos sem acesso a qualquer tipo de subsídio e os idosos e inválidos que residissem em lares da assistência social.

⁷⁸ Esta medida protectora era financiada pelo Orçamento do Estado. Ainda no contexto revolucionário, foi também instituído o subsídio de Natal (Decreto-lei nº 724, de 18 de Dezembro de 1974).

O artigo 63 da referida Constituição considerava a segurança social como um direito. Esta devia proteger os “cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”. Ao Estado cabia organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado. O mesmo artigo consagrava a expressão de instituições privadas⁷⁹ de solidariedade social, associando-as ao sistema de segurança social⁸⁰. O artigo 72 ponderava o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar que respeitassem a autonomia pessoal e evitassem o isolamento e a marginalização social.

A partir destas ideias, foi delineada uma série de medidas de política tendentes a construir e organizar o sistema de segurança social público. A nova realidade social e política permitiu a reformulação do Código Civil em 1977, onde foi inscrita pela primeira vez em Portugal a igualdade de direitos cívicos, políticos e sociais para homens e mulheres. Durante este ano, foram reformuladas também algumas leis de protecção social. Foi alargada a pensão social a inválidos (Despacho Normativo nº 59, de 23 de Fevereiro, publicado no Diário da República nº 61 a 14 Março) e foi efectuada a primeira tentativa de criar uma lei orgânica da segurança social (Decreto-lei nº 549 de 31 de Dezembro).

Nesta nova realidade, as instituições de solidariedade social constituíram-se como uma espécie de pessoas colectivas de utilidade pública (Decreto-lei nº 460 de 7 de Novembro de 1977). Outro acontecimento importante nesta área, mas centrado na prestação de cuidados da saúde, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (Decreto-lei 56 de 15 de Setembro) no qual o Estado “assegura o direito à protecção da saúde” (art. 1) e é “garantida a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” (art. 4, nº1).

Com o passar do período revolucionário e na sequência das modificações legislativas, é revisto o acesso à pensão social (Decreto-lei nº 160, de 27 de Maio de 1980 e Decreto-lei nº 464, de 13 de Outubro de 1980), modificando o decreto inicial (Decreto-lei nº 519-62, de 1979⁸¹). Esta reestruturação considerava “prioritários os estratos economicamente mais

⁷⁹ Esta terminologia – “privadas” – foi substituída por “particulares” em 1982, na revisão da Constituição.

⁸⁰ A revisão da Constituição de 1989 alterou o art. 63 e as IPSS deixaram de ser meramente permitidas para se passar a afirmar direito à sua constituição com vista à prossecução dos objectivos de Segurança Social.

⁸¹ Esta lei inicial foi objecto de inúmeras modificações no sentido de criar um maior controlo no acesso a este tipo de protecção. Podemos identificar: Decreto-lei nº 1, de 31 de Janeiro de 1989 e Decreto Regulamentar nº 25, de 9 de Agosto de 1990 (acesso à pensão social para os doentes com paramiloidose); Decreto-lei nº 265, de 14 de Julho de 1999 com a redacção dada pelo Decreto-lei nº 309-A, de 30 de Novembro de 2000 (complemento por dependência para os pensionistas também do regime não contributivo); Decreto-lei nº 92, de 19 de Maio de 2000 (pensão social do regime não contributivo para os doentes do foro oncológico); Decreto-lei nº 327, de 22 de

desfavorecidos, limitando a estes as prestações sociais a financiar”. O acesso a este mínimo social foi limitado “aos cidadãos deles realmente carecidos” (Decreto-lei nº 160, de 1980: 1185-1186)⁸².

No quadro destas alterações, foi instituída a protecção por morte dos cônjuges através da pensão de viuvez (Decreto-lei nº 160, de 27 de Maio de 1980 e Decreto Regulamentar nº 52, de 11 de Novembro de 1981), que correspondia a 60% do valor da pensão social e cujo objectivo era dar resposta à diminuição do rendimento decorrente da morte do cônjuge. Em 1982, foi concedida a possibilidade de os indivíduos que trabalham por conta própria efectuarem um seguro voluntário (Decreto-lei nº 368, de 10 de Setembro de 1982). Também no sentido de melhorar o acesso às pensões de invalidez, no regime contributivo ou não contributivo, é criado o sistema de verificação de incapacidades permanentes (Decreto-lei nº 144, de 27 de Abril de 1982).

Em 1982, a Constituição da República é revista e os artigos 63, 67 e 72 são reconfigurados. No artigo 63 é assumido que o Estado tem a responsabilidade pela segurança social de grupos fragilizados, jovens, crianças, idosos e deficientes. O artigo 67 faz incumbir ao Estado a responsabilidade pela criação de uma rede nacional de assistência materna infantil, de uma rede nacional de creches e infra-estruturas de apoio à família, bem como promover uma política da terceira idade. O artigo 72, nº 1 considera que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação, convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização, e o nº 2 refere que a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade. Na prática, esta modificação permitiu o surgimento da ideia de protecção na velhice como um todo integral, englobando a dimensão económica, instrumentalizada através das reformas e outros recursos sociais.

Apesar destas alterações, só passados dez anos da revolução democrática foi publicada a primeira Lei de Bases da Segurança Social⁸³ (Decreto-lei nº 28 de 1984, de 14 de Agosto). Esta

Dezembro de 2000 (possibilidade de reforma e pensão social para os doentes com esclerose múltipla); e Decreto-lei nº 208, de 27 de Julho de 2001 (complemento extraordinário de solidariedade).

⁸² Na prática, estas leis criaram um regime não contributivo onde está inscrita a atribuição das prestações a situações por carência social. No caso da velhice, inclui a pensão social de velhice ou invalidez, o suplemento de pensão a grandes inválidos e define o âmbito das prestações a situações de carência para a pensão social. Neste caso, podiam ser beneficiárias as pessoas com mais de 65 anos cujos rendimentos mensais líquidos não fossem superiores em 30% ao salário mínimo e, no caso de um casal, em 50%. Este valor é fixado anualmente. Para os deficientes acederem a esta pensão de invalidez, têm de ter idade igual ou superior a 18 anos.

⁸³ Este decreto-lei substituiu o anterior com o nº 2115, de 18 de Junho de 1962.

lei considerava os princípios da universalidade, unicidade, igualdade, eficácia, descentralização, solidariedade e participação. A administração deste sistema era da “responsabilidade do Estado e dos compromissos legalmente assumidos pelas instituições de segurança social” (art. 6). O seu financiamento provinha das “contribuições dos beneficiários e das entidades empregadoras assim como das transferências do Estado” (art. 8).

A segurança social era estruturada em dois sistemas: regime geral ou contributivo (protegendo os contribuintes do risco da velhice, invalidez e doença) e regime não contributivo (prestações decorrentes da análise social da carência ou privação de recursos: a pensão social), cujas prestações eram “garantidas como direitos” (art. 10). Além destes regimes, incluía-se ainda a acção social, que se concretizava “através de atribuição de prestações tendencialmente personalizadas” (art. 10, nº 2). A lei de 1984 definiu as condições de aplicabilidade da segurança social portuguesa e colocou em funcionamento as mudanças requeridas desde 1974⁸⁴.

Quanto aos cuidados, até 1979, eram sobretudo desenvolvidos por instituições de cariz religioso. Existiam em Portugal cerca de 323 misericórdias, 138 centros paroquiais, 142 fundações, 141 instituições denominadas “património dos pobres” e 393 instituições de outro tipo (Teixeira, 1996). A partir deste período, emergiu uma nova era de equipamentos e serviços para pessoas idosas e foi construído um sistema de acção social assente na responsabilização das entidades privadas sem fins lucrativos.

Para isso contribuiu a alteração dos estatutos das instituições de assistência de cariz religioso em 1979 (Decreto-lei nº 519-62, de 29 de Dezembro). Esta lei revogou o princípio implícito no Decreto-lei nº 35108, de 1945, que diferenciava a assistência religiosa da assistência social⁸⁵, passando a existir uma única instituição “canónicamente erecta”. A mesma lei definia o conceito de IPSS como instituições privadas sem fins lucrativos, criadas por iniciativas de particulares com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos facultando serviços ou prestações de segurança social. Definia também o seu âmbito, princípios, directrizes e as formas que podiam assumir, tais como associações de solidariedade social, irmandades da misericórdia, cooperativas de solidariedade social, associações de voluntários de acção social, associações de socorros

⁸⁴ Durante estes anos, aumentou o número de pensões de velhice, possibilitando a criação de um regime não contributivo, assim como a integração de regimes especiais como o RESSA – Regime Especial de Segurança Social para os Agricultores (Castanheira, 2006: 21).

⁸⁵ Esta lei atribuiu um estatuto diferente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que passou a ser qualificada como Instituto Público (art. 61).

mútuos e fundações de solidariedade social⁸⁶. Estas poderiam agrupar-se em uniões e federações.

A partir daqui, qualquer instituição de solidariedade, fosse religiosa ou não, poderia prosseguir fins de segurança social, desde que fosse reconhecida pelo Estado enquanto tal. Também em 1981 foi criado um novo estatuto das associações de socorros mútuos (Decreto-lei nº 347, de 22 de Dezembro, e Decreto Regulamentar nº 58, de 30 de Dezembro), regulamentado o registo das IPSS na Segurança Social (Portaria nº 243, de 5 de Março) e inaugurado um registo central para as mesmas⁸⁷.

No início deste período, as IPSS obtiveram então a sua definição como entidades de segurança social pelo Decreto-lei⁸⁸ nº 119, de 25 de Fevereiro de 1983, que estabeleceu os estatutos⁸⁹ e reformulou a noção de IPSS. Nesse diploma, IPSS são consideradas “Instituições Particulares de Solidariedade Social, constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por qualquer corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços: apoio a crianças e jovens; apoio à família; apoio à integração social e comunitária, à protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; promoção e protecção na saúde; educação e formação dos cidadãos e resolução dos problemas habitacionais das populações” (art. 1.).

O número 2 desta lei considerava ainda que as instituições que poderiam ter tal estatuto eram as associações de solidariedade social, as associações de voluntários de acção social, as associações de socorros mútuos, as fundação de solidariedade social e as irmandades da misericórdia, as quais se poderiam ainda agrupar em Uniões, Federações e Confederações⁹⁰.

⁸⁶ Contudo, as mutualidades regem-se por outra lei e outra regulamentação: Decreto-lei nº 347, de 22 de Dezembro de 1981 e Decreto Regulamentar nº 58, de 30 de Dezembro de 1981.

⁸⁷ Estas medidas foram substituídas pela Portaria nº 778, de 23 de Julho de 1983, quando foi acrescentado o registo das IPSS na segurança social, e com as Portarias nº 446, de 25 de Agosto de 1986, e nº 860, de 20 de Agosto de 1991, que regulavam o registo das IPSS de saúde e de educação.

⁸⁸ Este Decreto-lei foi complementado com a Portaria nº 778, de 23 de Julho de 1983, relativa à gratuidade de registo, integrando igualmente as alterações do Decreto-lei nº 402, de 11 de Outubro de 1985, que dispensa a escritura pública, e com as alterações do Decreto-lei nº 29, de 19 de Fevereiro de 1986, que permitem a reformulação dos estatutos destas instituições.

⁸⁹ Mantiveram-se as formas de IPSS, com excepção das cooperativas de solidariedade social – abrangidas pelo Código Cooperativo. As associações mutualistas continuam sujeitas a legislação própria – Código das Associações Mutualistas, aprovado pelo Decreto-lei nº 72, de 3 de Março de 1990.

⁹⁰ A Lei de Bases da Segurança Social de 1984 definia também a acção tutelar do Estado sobre as IPSS (art. 66 e art. 67), nomeadamente na compatibilização dos seus fins e actividades com os do sistema de segurança social, na garantia do cumprimento da lei e na defesa dos interesses dos beneficiários.

Nesta sequência de alterações, foram estabelecidas as normas dos acordos de cooperação entre o Estado e as IPSS relativos à natureza jurídica de pessoas colectivas de utilidade pública (Despachos Normativos nº 118, de 8 de Agosto de 1984, e nº 12, de 12 de Março de 1988) com regras comuns de funcionamento dadas pela Lei de Bases da Segurança Social (Decreto-lei nº 28, de 1984, posteriormente rectificado pelo Decreto Normativo nº 75, de 20 de Maio de 1992). Foram igualmente definidas as regras comuns de funcionamento e regulação de conflitos entre as IPSS e a Segurança Social e a cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social e as IPSS.

Desde os finais da década de 70 que era visível o crescimento do número de pessoas com mais de 65 anos na população portuguesa. O aumento da esperança de vida, aliado à mudança de hábitos e estilos de vida dos portugueses, foi determinante para a mudança nas orientações de política, apesar de neste período o enfoque ter sido dado à estruturação e funcionamento do sistema de protecção pública. Os cuidados aos idosos no domicílio ou em equipamentos sociais ganharam expressão a partir desse período.

Em síntese, entre 1974 e 1985, assistiu-se à construção do “moderno sistema de protecção social” universal. Mas a introdução da noção de “segurança social pública” foi realizada num contexto de grande instabilidade política (Capucha, et al., 2005: 204). Segundo os autores, a instabilidade foi caracterizada pela diminuição do produto interno bruto devida ao caótico sistema de produção, à inexistência de recursos do Estado para promover e assegurar a qualidade das novas políticas até então criadas, assim como à escassez de instituições públicas e privada não lucrativas para colocar em práticas os ideais da Revolução de Abril.

Apesar de tudo, a transformação política modificou os contornos da protecção social no nosso país, assumindo o Estado a protecção contra os riscos sociais no trabalho decorrentes da idade ou incapacidade. Foi durante esta fase que surgiram alguns equipamentos sociais de protecção às pessoas idosas considerados inovadores para a época, como os centros de dia, os centros de convívio e os primeiros suportes domiciliários que funcionavam como complemento e não como alternativa à institucionalização em lares residenciais ou asilos.

No que respeita aos benefícios fiscais e isenção de taxas nesta área, podemos enunciar a gratuidade da saúde. Contudo, a revisão da Constituição de 1982 introduziu a taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde. Além destas alterações, foram tomadas medidas para promover os idosos na sociedade, designadamente a criação dos passes de transportes

públicos para a terceira idade⁹¹ (Portaria nº 306, de 29 de Maio de 1980). Destinavam-se às pessoas com mais de 65 anos, podiam ser utilizados todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados, tinham restrições apenas às horas de ponta⁹² e eram válidos nas regiões do Porto e Lisboa.

O desenvolvimento do sistema de segurança social

A entrada de Portugal na União Europeia em 1986 constitui um marco fundamental na viragem social, política e económica em Portugal e permite considerar a fase que então se inicia, e vai até 1995, como o desenvolvimento do sistema público de segurança social. Neste período, o sistema de segurança social alargou a sua acção a situações ou riscos específicos, tais como doenças incapacitantes, situações de dependência e necessidade de cuidados. A política do governo de então mostrou uma actuação eficaz face a novas necessidades decorrentes das transformações sociais e da dinâmica familiar, nomeadamente os cuidados pessoais.

Uma das medidas tomadas neste contexto foi a criação do subsídio de assistência a terceira pessoa (Decreto-lei nº 29, de 23 de Janeiro de 1989), que tinha como objectivo aumentar o rendimento das pessoas dependentes de “terceiros”. Protegia pessoas idosas e incapacitadas para o trabalho – pois o subsídio destinava-se exclusivamente a quem estivesse integrado no sistema contributivo – e obedecia a dois critérios essenciais: o grau de dependência e a existência de uma terceira pessoa que se responsabilizava por prestar os cuidados pelo menos seis horas por dia. A decisão do subsídio estava a cargo do Sistema de Verificação de Incapacidades.

Na sequência das mudanças sociopolíticas decorrentes da integração de Portugal na União Europeia, o sistema foi dando resposta também às necessidades dos indivíduos saídos do mercado de trabalho, construindo mecanismos de antecipação da reforma e aumentando o rendimento das pessoas reformadas com a criação do 14º mês de pensão, correspondente ao subsídio de férias (Decreto-lei nº 470, de 23 de Junho de 1990). Foi também criado um complemento social (Decreto-lei nº 329, de 25 de Setembro de 1993), que apoiava as pessoas idosas do regime não contributivo nos casos em que a pensão fosse inferior ao valor da pensão

⁹¹ Em 1994, o programa PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos – possibilitou não só o levantamento das restrições horárias, mas também o acesso generalizado a pessoas com mais de 65 anos. A partir de 1995, as vendas deste tipo de produto aumentaram significativamente devido igualmente ao número de pessoas idosas e à melhoria dos transportes públicos nas zonas metropolitanas.

⁹² O seu valor era 50% inferior ao preço normal.

social mínima fixada. Este complemento era atribuído tendo em atenção a situação social e económica da pessoa idosa.

Em 1993, foram efectuadas várias alterações no acesso à pensão de velhice do regime contributivo, estabelecendo-se o princípio da igualdade entre homens e mulheres e aumentando-se para quinze anos o prazo de garantia de acesso à mesma. Procedeu-se à reformulação do quadro legal nas pensões de invalidez, velhice e morte e de complemento por cônjuge a cargo. Este regime tem sido objecto de inúmeras reformulações que visaram prolongar os anos de contribuições para o sistema, de forma a garantir a sua sustentabilidade. Foi também reformulado o sistema de verificação de incapacidades, adequado a novas doenças.

Durante este período, verificou-se uma atenção especial aos equipamentos, respostas e projectos destinados às pessoas idosas, tendo sido criada uma Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPI (Resolução do Conselho de Ministros nº 15, de 23 de Abril de 1988)⁹³. No guia elaborado por esta Comissão, podemos verificar a insuficiência e falta de variedade de equipamentos para as pessoas idosas nesta data. Esta carência pode ser explicada pelo maior número de crianças e jovens relativamente aos idosos, o que levou as IPSS a centrarem a sua acção preferencialmente nestas faixas etárias, nas actividades ocupacionais para deficientes, nos ATL e nas creches. Este facto também deve ser visto à luz da política de então que privilegiava como resposta para as pessoas idosas com necessidade de cuidados a institucionalização em lar.

Surgiram também algumas respostas alternativas, designadamente o acolhimento familiar e as colónias de férias, e fez-se o alargamento de outras, como centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário. O acolhimento familiar centrava a sua acção “em integrar, temporariamente ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta” (art. 1 Decreto-lei nº 391, de 10 de Outubro de 1991, posteriormente reformulado com o art. 2 do Decreto-lei nº 190, de 1992). O objectivo desta medida era “garantir um ambiente sociofamiliar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade” (Decreto-lei nº 391, de 10 de Outubro de 1991). Esta lei, na prática, só começou a ter expressão estatística em 1995, quando pela primeira vez 35 pessoas foram objecto dessa medida (Teixeira, 1996), desconhecendo-se se pertenciam à categoria de deficientes, idosos ou ambas.

⁹³ Na sequência do trabalho desta Comissão, foi criado em 1989 o primeiro guia do idoso, que abordava a protecção na área da segurança social, saúde, habitação, transportes e protecção social. Este guia, de 19 páginas, era o resultado da política para as pessoas idosas neste período sociopolítico.

Além destes recursos sociais, começou a aumentar o número de pessoas idosas que participava em colónias de férias⁹⁴.

Foram também regulamentadas as condições de exercício da profissão de ajudante familiar no Decreto-lei nº 141, de 28 de Abril de 1989. Este reconhece a necessidade de instituir “uma nova profissão” na área da prestação de cuidados. No preâmbulo desta lei, é justificada a regulamentação pelo Estado da actividade de prestar cuidados domiciliários⁹⁵. Esta profissão tem o propósito de manter os idosos, inválidos e deficientes no seu contexto sociofamiliar. A lei assume, contudo, que esta é uma actividade “relativamente recente entre nós” (Decreto-lei nº 141).

Os equipamentos sociais para as pessoas idosas consolidaram-se e inscreveram-se no contexto das políticas de velhice como acções colectivas. Entre 1991 e 1995, o número de equipamentos e serviços para as pessoas idosas teve uma evolução positiva destacando-se os centros de dia e o apoio domiciliário – Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Equipamentos e serviços para pessoas idosas de 1991 a 1995

Equipamentos e Serviços	1991	1992	1993	1994	1995
Lar	566	572	591	600	657
Residência	22	25	32	51	56
Apoio Domiciliário	575	607	671	784	921
Centro de Dia	811	852	941	951	1054
Centro de Convívio	171	180	185	203	222
Acolhimento Familiar	0	0	0	0	35 (idosos)
Colónia de férias (Programa saúde e termalismo sénior)	0	0	0	0	330 (participantes)

Fonte: MTS, 2000 e * Estatísticas do PAII, 2003

⁹⁴ Este período ficou também conhecido pela generalização dos programas de luta contra a pobreza em Portugal (Resolução do Conselho de Ministros nº 8, de 20 de Março de 1990 e Despacho nº 122/MSSS/96, de 19 de Setembro). Estes programas foram desenvolvidos em territórios de exclusão e incluíam também acções destinadas ao combate ao isolamento dos idosos. Neste contexto, surgiram centros de dia e de convívio, assim como a promoção de férias.

⁹⁵ O decreto-lei considera “ajudantes familiares todas as pessoas que, em articulação com instituições de suporte, prestam serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família nos casos em que os mesmos serviços não possam ser prestados pelos seus elementos” (art. 2).

A evolução das respostas sociais esteve associada em parte à normalização da relação entre o Estado e as IPSS no que diz respeito ao financiamento. Um dos primeiros protocolos que definiram a comparticipação financeira do Estado para as IPSS foi assinado em 1992 (Despacho Normativo nº 75, publicado no Diário da República, I-Série B, de 20 de Maio de 1992) e a regulamentação da tutela no âmbito do acompanhamento da segurança social às IPSS foi efectuada em 1993 (Decreto-lei nº 217, de 16 de Junho de 1993). Estes diplomas permitiam a celebração de acordos⁹⁶ de cooperação⁹⁷ e de gestão⁹⁸ (Luís, 1997: 131) e consideravam que o Estado devia coordenar e apoiar a acção das IPSS a realizar estudos e dar parecer sobre os estatutos.

A organização dos serviços e o acesso aos mesmos era efectuado mediante os critérios do acordo. Estes podiam ser típicos, com financiamento baseado no número de utentes, ou atípicos, com financiamento em função da gestão de equipamentos e ou de determinado projecto a desenvolver. O acordo implicava a definição de determinadas normas de acesso e de prestação do serviço e, conseqüentemente, o financiamento de uma percentagem do custo do mesmo por parte do Estado. Contudo, os acordos celebrados privilegiavam a prestação de uma série de valências com serviços standardizados, como lares, centros de dia e apoio domiciliário. Estas eram financiadas pelo número de pessoas apoiadas e não pelo tipo de serviços prestados, inovação ou diversificação nesta área.

Na sequência do estabelecimento e da melhoria de normas de acção entre o Estado e as IPSS, surgiu uma das primeiras medidas de atenção à dependência e à continuidade de cuidados, a saber, o Despacho Conjunto do Ministério da Segurança Social e do Trabalho e do Ministério da Saúde com o nº 259, publicado em 20 Julho de 1994. Neste despacho é assumida a responsabilidade do Estado pelos cuidados aos idosos com a criação de um Programa de Apoio Integrado a Idosos, denominado PAII⁹⁹. Este programa tinha como objectivos: apoiar as pessoas com 65 ou mais anos e promover a sua autonomia prioritariamente no domicílio; estabelecer medidas para melhorar a mobilidade e a acessibilidade a serviços; implantar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência; formar os

⁹⁶ Estes acordos aplicam-se com as adaptações necessárias aos acordos a celebrar com as casas do povo e cooperativas de educação e de ensino (Luís, 1997: 131).

⁹⁷ Os acordos de cooperação visam a prossecução de acções de acção social por parte das instituições que apoiam crianças, jovens, deficientes, idosos e famílias, bem como a prevenção de situações de carência, de disfunção e marginalização social e o desenvolvimento e promoção social.

⁹⁸ Os acordos de gestão visam confiar às instituições a gestão de instalações, serviços e estabelecimentos que devam manter-se afectos ao exercício das actividades no âmbito da sua acção, quando daí resultem benefícios para o atendimento de utentes, interesse para a comunidade e atendimento, aproveitando os recursos disponíveis.

⁹⁹ Este programa só foi regulamentado em 1997 com o Despacho nº 259, de 21 de Agosto, e iniciado em 1998 de forma experimental em instituições que a ele se candidataram.

prestadores de cuidados informais e formais; desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão. Todavia, verificou-se algum atraso na sua implementação (Quaresma, et al., 1996: 16) e também uma fraca e descontínua implementação nos anos subsequentes.

Em 1990, foi reformulado o Serviço Nacional de Saúde (nova Lei de Bases nº 48, de 24 de Agosto de 1990). Esta nova reestruturação considerava tanto o pagamento de taxas moderadoras (Decreto-lei nº 54, de 11 de Abril de 1992), como a isenção dessa taxa para uma série de grupos em situação de risco, inclusive pessoas idosas, sobretudo as “que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes” (art. 2). Este artigo previa igualmente a isenção de taxas para pessoas com doenças profissionais incapacitantes e determinadas doenças crónicas¹⁰⁰. Para além disso, as pessoas idosas beneficiavam de comparticipação nos medicamentos: 15 % de isenção em relação ao regime geral para titulares de pensão igual ou inferior ao salário mínimo nacional e isenção total nalgumas situações de doença¹⁰¹.

Consolidação do sistema de segurança social: as políticas activas

Após 1996, assistiu-se a uma mudança nas orientações da política em Portugal, associada a um relativo crescimento económico em articulação com políticas de distribuição de rendimento (AA.VV, 2002: 2-3). Esta alteração implicou uma reconfiguração da responsabilização do Estado e das organizações da sociedade civil na prossecução de fins de segurança social. Para esta mudança contribuiu, no âmbito da política, a passagem de competências de âmbito nacional social para o âmbito europeu¹⁰² (Barreto, 2003: 177). Concretizou-se na introdução da ideia de “políticas activas”, que consistem “na abordagem dos desafios da nova economia e dos novos problemas sociais através da ‘recalibragem’ das estruturas do modelo social europeu” e possibilitam uma “performance macroeconómica”, de flexissegurança, de “equilíbrio e coordenação articulada do desempenho económico com a qualidade das respostas” (AA.VV, 2002: 8).

¹⁰⁰ Insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsonicos, tuberculosos, doentes com SIDA e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes de paramiloidose e com doenças de Hensen, com espondilite anquilosante e esclerose múltipla (art. 2, alínea i).

¹⁰¹ As doenças incluídas são: esofagite de refluxo, paramiloidose, lúpus, hemofilia, hemoglobinopatia, fibroses quísticas, esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica, VIH, deficiência da hormona do crescimento e síndrome de Turner (Decreto-lei nº 118, de 25 de Junho de 1992).

¹⁰² Uma das medidas de política activa introduzidas foi o rendimento mínimo garantido, actualmente denominado rendimento social de inserção. Também foi reconfigurado o sistema de segurança social, tornando-o mais sustentável, e criada a lei dos cuidados continuados. Estas medidas de política foram implementadas em Portugal decorrentes de orientações europeias.

Na prática, o que é que isto significou? Significou tanto a defesa do “primado das políticas públicas”, em que o Estado assume um papel fundamental na regulação e também na prestação de serviços (sob a forma de transferências financeiras e serviços), como a introdução nesse processo da “responsabilidade de todos os agentes” públicos e privados, formais e informais numa perspectiva de *welfare mix*. As políticas activas adquiriram um “duplo sentido”, pois visaram capacitar simultaneamente os indivíduos e as instituições (Capucha, et al., 2005: 205), numa relação positiva entre os que prestam e os que recebem, que compatibiliza a responsabilidade social com a efectiva participação, numa nova perspectiva de “cidadania”. Significou tanto uma política de “diferenciação positiva” adequada às necessidades específicas de promoção da igualdade de oportunidades para todos, como a necessidade de ter em conta a “territorialidade” (AA.VV, 2002: 9-11)¹⁰³, isto é as potencialidades e as fragilidades dos contextos territoriais, de forma a potenciar a equidade social.

As transferências financeiras

Durante esta fase, o sistema de protecção social público foi reconfigurado, com a definição dos serviços de administração directa e organismos de segurança social (Lei Orgânica do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-lei nº 35, de 2 de Maio de 1996). Em 2000, uma nova lei definiu as bases gerais de um novo sistema de solidariedade e de segurança social (Decreto-lei nº 17, de 8 de Agosto de 2000). Contudo, esta foi revogada no governo de Durão Barroso e substituída pelo Decreto-lei nº 32, de 20 de Dezembro de 2002 e, actualmente, pelo Decreto-lei nº 4, de 16 de Janeiro de 2007.

Esta última lei não modifica substancialmente a estrutura anterior, mas define algumas regras de organização cujos objectivos prioritários são garantir a concretização do direito à segurança social, promover a melhoria sustentada das condições e dos níveis de protecção social e o reforço da respectiva equidade e promover a eficácia do sistema e a eficiência da sua gestão. Actualmente, a segurança social tem três sistemas: a) o previdencial; b) o de protecção social de cidadania, onde estão incluídos o subsistema de solidariedade, o subsistema de protecção familiar e o subsistema de acção social; e c) o complementar, sistema privado de

¹⁰³ O exercício destes princípios no âmbito da política pública teve mais expressão durante o governo socialista de António Guterres, entre 1996 e 2000, período que foi denominado de “quinquénio de grandes mudanças” (AA.VV, 2000) no sistema protector relativamente às transferências financeiras e nos equipamentos e serviços. Entre 2000 e 2005, período em que estiveram em vigor os governos sociais-democratas de Durão Barroso e Santana Lopes, estes princípios foram secundarizados no que respeitou ao investimento do Estado na área social.

responsabilidade individual¹⁰⁴. Incluiu igualmente, como na lei de 2002, a responsabilização de entidades públicas, autarquias e entidades sem fins lucrativos na protecção social sob a forma de serviços a grupos vulneráveis como idosos, crianças, deficientes e outros associados à exclusão social – Figura 2.1.

Figura 2.1 – Configuração do sistema de Segurança Social

Sistemas	Subsistemas	Características
Previdencial ¹⁰⁵	Não tem	<p>Visa garantir prestações pecuniárias substitutas de rendimentos de trabalho, perdido em consequência de eventualidades legalmente definidas, e abrange trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes dos regimes especiais ou de inscrição facultativa.</p> <p>Abrange o risco na doença, maternidade, paternidade, adopção, desemprego, acidentes de trabalho, doenças profissionais, invalidez, velhice e morte. Este sistema baseia-se na solidariedade profissional e é auto-financiado, sendo obrigatória a contribuição.</p>
Protecção social de cidadania	Solidariedade	<p>Assegura direitos essenciais relativamente à prevenção e erradicação de situações de pobreza e garante prestações em situações de comprovada necessidade pessoal ou familiar não incluídas no subsistema de previdência, abrangendo cidadãos nacionais do regime não contributivo, assim como o regime dos trabalhadores agrícolas ou outros regimes transitórios e formalmente equiparados a não contributivos.</p> <p>Só pode ser accionado quando existe prova de falta ou insuficiência de recursos, protegendo na eventualidade de risco decorrente da invalidez, velhice, morte e insuficiência de prestações substitutas dos rendimentos do trabalho face a mínimos nacionais. Inclui prestações como o rendimento social de inserção, pensões e complementos sociais, complemento solidário para idosos, vales sociais, renda, assim como a frequência de equipamentos, programas e projectos. Este subsistema é financiado pelo Orçamento do Estado e organiza-se segundo os princípios da solidariedade, da equidade social e da diferenciação positiva.</p>
	Protecção familiar	<p>Visa compensar encargos familiares acrescidos com a deficiência e encargos com a dependência relativos, por exemplo, ao complemento por dependência, abrangendo a generalidade das pessoas nessas condições que residam no território nacional.</p> <p>É neste sistema que é atribuído o complemento de dependência para as pessoas idosas dependentes e para as pessoas deficientes. Este subsistema é financiado, em igual percentagem, pelos contribuintes do subsistema previdencial e pelo Orçamento do Estado.</p>
	Acção social	<p>Apoio da tutela a acções no âmbito da pobreza e exclusão e financiamento das acções das organizações de solidariedade e das autarquias relativamente aos serviços sociais que prestam apoio a grupos vulneráveis, crianças, jovens, idosos, deficientes e outros, e financiamento de projectos de combate à pobreza e exclusão.</p>
Complementar	Não tem	<p>Possibilita efectuar por iniciativa própria a segurança do risco na velhice ou outros riscos através de planos de poupança-reforma, seguros de saúde e seguros de vida.</p>

Fonte: Decreto-lei nº 4 de 2007

¹⁰⁴ A Lei da Segurança Social prevê, desde 2002, um sistema complementar.

¹⁰⁵ Para aceder a este sistema, além da obrigatoriedade de ser contribuinte, é necessário ter o prazo de garantia, que corresponda a um mínimo de 15 anos de descontos, assim como, no caso da invalidez, encontrar-se incapaz para o trabalho, estado que é determinado pelo Sistema Nacional de Verificação de Incapacidades da Segurança Social. Relativamente à pensão de velhice, o critério de acesso é ser contribuinte e observar-se o prazo de garantia, ou seja, uma carreira contributiva de 40 anos e 65 anos de idade, para homens e mulheres.

Em 2005 existiam no sistema previdencial 2.146.516 pensionistas de velhice, invalidez e sobrevivência (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2006). Predominavam pensões com valor inferior ao salário mínimo nacional em todas as modalidades do regime geral ou previdencial – velhice, invalidez e sobrevivência (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2006) –, correspondendo a 80% do total dos pensionistas deste subsistema. Verificava-se igualmente que o número de pensionistas diminuía com o aumento do valor da reforma, tendo como referência o salário mínimo.

Actualmente, para aceder ao subsistema de solidariedade, no caso da pensão social, é necessário ter 65 anos de idade e encontrar-se em situação de carência económica, a qual não pode exceder um rendimento igual ou superior a 30% do salário mínimo nacional, para solteiros, e a 50 %, para casados. O valor desta prestação serve de referência também para a atribuição do rendimento social de inserção, apesar de as regras de acesso serem diferentes e definidas em legislação própria¹⁰⁶. Em 2004, foram aprovadas as normas que estabelecem os critérios de atribuição do subsídio de sobrevivência, do subsídio mensal complementar e dos apoios sociais de natureza eventual (Despacho Normativo nº 41, de 25 de Outubro de 2004, pp. 6397-6399). Dentro deste sistema de solidariedade, existe igualmente a possibilidade de as pessoas deficientes terem acesso à pensão de invalidez. Para isso, são necessários vários requisitos, tais como ter 18 anos, encontrar-se incapaz para o trabalho, nos casos de deficiência congénita ou adquirida, e ser sujeito à determinação dessa incapacidade pelo Sistema Nacional de Verificação de Incapacidades.

No subsistema de protecção familiar, é atribuído o complemento de dependência no caso das pessoas idosas dependentes. Este subsídio denominava-se inicialmente “assistência à terceira pessoa” e destinava-se a idosos dependentes com necessidade efectiva de, pelo menos, 6 horas diárias de assistência de terceira pessoa para assegurar os cuidados básicos¹⁰⁷. Esta

¹⁰⁶ O rendimento social de inserção foi uma das medidas inovadoras em Portugal durante este período. Tinha como objectivo a diminuição da pobreza através da inserção dos beneficiários na sociedade: (Decreto-lei nº 19-A, de 29 de Junho de 1996) projecto-piloto e o consequente regulamento (Decreto-lei nº 196, de 31 de Julho de 1997 e Decreto-lei nº 164-A de 1997). Este programa foi posteriormente denominado rendimento social de inserção (Decreto-lei nº 13, de 21 de Maio de 2003, que revoga o RMG, a Declaração de Rectificação nº 7, de 29 de Maio de 2003, e o Decreto-lei nº 283, de 8 de Novembro de 2003, que regula o RSI e instituiu o programa). Recentemente, foi efectuada nova alteração aos critérios de acesso (Decreto-lei nº 45, de 29 de Agosto de 2005). Este programa tem beneficiado também o grupo de pessoas idosas mais pobres.

¹⁰⁷ Este subsídio não era atribuído se a assistência fosse prestada em estabelecimento de saúde ou de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos financiado pelo Estado. Esta prestação visava compensar o acréscimo de encargos familiares resultantes da situação de dependência dos descendentes, ou em situações individuais que exigiam o acompanhamento de terceira pessoa, assim como melhorar as condições de vida do idoso: medidas de incentivo à manutenção do idoso na família que envolvessem um tratamento mais favorável em sede de Imposto sobre o Rendimento Singular, para as famílias com descendentes a cargo que vivessem em economia comum com o sujeito passivo.

modalidade de protecção na dependência foi reconfigurada em 1999. Passou a ser denominada “complemento por dependência” e atribuído segundo o grau de incapacidade abrangendo indivíduos deficientes e idosos dependentes (Decreto-lei nº 265, de 14 de Julho de 1999). Na prática, o que vem alterar? Em vez de se reger pela necessidade de alguém para cuidar, o subsídio centra-se no sujeito e no seu nível de dependência. O seu âmbito é pessoal, extensivo a pensionistas por invalidez, velhice e sobrevivência do regime geral de segurança social, do regime não contributivo e de regimes equiparados.

A atribuição deste complemento depende dos dois graus de dependência considerados no artigo 4º do referido Decreto-lei nº 265. O primeiro “corresponde a indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente, actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; o segundo corresponde a indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o primeiro grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave”. A prestação é diferente nestes dois níveis, variando consoante a análise efectuada pelo sistema de verificação de incapacidades e o valor a atribuir pela Segurança Social.

Na sequência deste diploma, foi aperfeiçoado o regime jurídico para as situações de dependência, aumentado o valor do subsídio e definido o valor para o segundo grau, que corresponde a 90% da pensão social do regime não contributivo (Decreto-lei nº 250, de 21 de Setembro de 2001). Neste contexto de aumento ligeiro das prestações de dependência, foi criado o complemento extraordinário de solidariedade, para pensionistas cuja pensão fosse inferior à pensão social e se encontrassem em situação de carência social (Decreto-lei nº 208, de 27 de Julho de 2001).

Nesta fase, a protecção social consolidou-se e reforçou-se em áreas específicas, como a criação da pensão por invalidez para pessoas com HIV/SIDA integradas no regime previdencial (contributivo) (Decreto-lei nº 216, de 16 de Julho de 1998) e da “pensão social especial” para os doentes oncológicos ou com esclerose múltipla (Decreto-lei nº 92, de 19 de Maio de 2000 e Decreto-lei nº 327, de 22 de Dezembro de 2000). Neste dois últimos casos, a protecção podia ser atribuída tanto pelo regime contributivo (previdencial) como pelo não contributivo (solidário).

A idade de acesso à pensão por velhice foi flexibilizada (Decreto-lei nº 9, de 8 de Janeiro de 1999), ao se admitir o direito a ela antes dos 65 anos se o beneficiário tivesse cumprido o prazo de garantia, ou seja, trinta anos de descontos, e se tivesse, pelo menos, 55

anos de idade (art. 23). Contudo, o mesmo artigo também considerava que as pessoas deviam requerer a pensão após idade igual ou superior a 65 anos. Foram igualmente definidas nesta fase novas regras para o cálculo das pensões, incidindo na actualização extraordinária do Regime Especial de Segurança Social Agrícola – RESSA (Decreto-lei nº 3-B de 2000, Portaria nº 403, de 14 de Julho de 2000 e Decreto-lei nº 32, de 19 de Fevereiro de 2002). No sentido de aumentar também o rendimento dos pensionistas que prestaram serviço militar, foi estabelecida uma bonificação das pensões, por períodos de prestação de serviço militar, para ex-combatentes (Decreto-lei nº 9, de 11 de Dezembro de 2002).

A protecção social centrou-se nos idosos carenciados, aumentando o seu rendimento com o complemento solidário para idosos, uma prestação destinada a crescer até ao limite de 300,00 euros o rendimento do pensionista. Esta medida teve como objectivo atenuar a pobreza monetária dos idosos, sobretudo dos que se encontravam em situação de maior carência (Decreto-lei nº 232, de 29 de Dezembro de 2005). É também durante 2005 que o governo desenvolve medidas para a convergência do regime de protecção (Decreto-lei nº 60, de 29 de Dezembro de 2005, regulamentado pelo Decreto-lei nº 55, de 15 de Março de 2006). Significa isto, a junção dos regimes da função pública e do regime geral da segurança social num único sistema a partir de 1 de Janeiro desse mesmo ano.

Qualquer trabalhador admitido na função pública era inscrito no regime geral da segurança social. Ainda em 2005, foi suspenso o regime de flexibilização da idade de acesso à pensão de reforma por antecipação (Decreto-lei nº 125, de 3 de Agosto de 2005), o que representa, na prática, que tanto homens como mulheres só podem aceder à reforma com 65 e mais anos e que, se optarem por fazê-lo antes dessa idade, podem ver substancialmente reduzido o valor da pensão de reforma.

3 – As respostas sociais

No que diz respeito às respostas sociais para as pessoas idosas identificamos lares, centros de dia e de convívio, apoios domiciliários, acolhimento familiar e centros de férias. Durante o período entre 1996 e 2006, é assumido que os equipamentos sociais de suporte aos indivíduos na condição de velhice têm uma função protectora e integradora. Estes são definidos como todas as “estruturas físicas onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se

desenvolvem directamente junto dos utentes” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

As respostas aumentaram substantivamente, com especial destaque para os centros de convívio e do apoio domiciliário, resultado de uma maior atenção da política à questão da dependência, solidão e isolamento das pessoas idosas, mas também do aumento de pessoas nessas circunstâncias. Uma das medidas tomadas para fazer face a esta questão foi o pacto de cooperação entre o Estado e as IPSS, elaborado em 1996. Tinha como objectivo criar uma parceria entre Estado a sociedade civil e as autarquias (União das IPSS, União das Misericórdias, União das Mutualidades, Associação de Municípios e Associação Nacional de Freguesias) e pressupunha o comprometimento social por todas essas entidades e uma política social cada vez mais orientada pelo *welfare mix*.

O Estado procedeu a melhorias na qualidade das respostas, publicando guiões técnicos com algumas normas e regras para as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços e equipamentos para idosos, tais como apoio domiciliário, residências e centros de dia. Até aí, salvo o definido no âmbito dos acordos de cooperação entre o Estado e as IPSS, não existiam quaisquer orientações normativas para o funcionamento destes equipamentos.

Em 1998, o funcionamento dos lares foi objecto de especial atenção. Vários despachos¹⁰⁸ atribuíram a responsabilidade pelo seu funcionamento ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade e às IPSS. Estas resoluções consideravam os lares como equipamentos que atendem e acolhem pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e de saúde não permite respostas alternativas e pessoas idosas em situação de risco de perda da independência ou autonomia, mas também ponderavam apoiar as famílias dos idosos no fortalecimento dos laços familiares. Os lares deveriam prestar serviços de acolhimento, alojamento e satisfação das necessidades básicas. Depois de definidas estas normas, procedeu-se ao estabelecimento de um regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social privados no âmbito da Segurança Social (Decreto-lei nº 133-A, de 30 de Maio de 1997).

Foi igualmente reformulado o acolhimento familiar de pessoas idosas e adultas com deficiência no que diz respeito ao valor a pagar a cada família (Despacho Conjunto nº 727, de 23 de Agosto de 1999). A distribuição espacial das famílias de acolhimento de idosos

¹⁰⁸ Outros despachos substituíram o guião técnico de 1996: Despacho Normativo nº 12, de 25 de Fevereiro de 1998, e Despacho nº 7837, de 1 de Fevereiro de 2002).

concentra-se essencialmente na região Norte. Em 2000, existiam cerca de 110 destas famílias, pelo que a taxa de cobertura era limitada.

Quadro 2.2 – Equipamentos e serviços para as pessoas idosas de 1996 a 2006

Equipamentos e serviços	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 **	2006
Lar	895	726	848	—	805	857	1085	1152	1101	—	1062
Lar residência	56	55	56	—	39	—	—	—	—	—	187
Apoio domiciliário	1069	1192	1329	—	1288	1470	1970	2070	2139	2232	2261
Centro de dia	1148	1213	1314	—	1341	1460	1327	1759	1777	—	1885
Centro de convívio	237	282	287	—	405	457	324	366	362	—	—
Acolhimento familiar (pessoas)	29	27	52	—	110	—	—	—	—	—	—
Colónia de férias (programa saúde e termalismo sénior)*	332	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Fonte: MTS, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e * relatório do PAII, 2003 – ** dados da carta social só indicam a % de crescimento da valência SAD (em relação ao número da valência em 1998)

Segundo a Direcção-Geral da Segurança Social (2005), os equipamentos do tipo lar¹⁰⁹ e as residências têm evoluído positivamente. Em 2001, viviam nos lares 50.607 pessoas com 65 e mais anos, na sua maioria mulheres e, em 2004, existiam 1101 lares legais onde residiam 56.535 pessoas idosas. A distribuição espacial dos lares é mais intensa na região Centro, seguindo-se a região de Lisboa e a região Norte. Lisboa é o distrito que apresenta maior capacidade de resposta e, em contraste, o Algarve e o Alentejo são as regiões com menor número de lares.

Até 2004, os equipamentos do tipo lar e residência eram quase exclusivos da rede não lucrativa. Esta rede gere cerca de 85% dos lares de idosos não lucrativos, verificando-se que a maioria das pessoas que aí permanece é autónoma e parcialmente dependente (Sousa e Figueiredo, 2004). A maioria destas instituições tem privilegiado o acesso a pessoas não dependentes ou acamadas (Sousa e Figueiredo, 2004), assim como as pessoas sem doenças infecto-contagiosas. As pessoas infectadas com HIV/SIDA, hepatites ou outras doenças dessa natureza são excluídas desses suportes. O acesso a esses recursos ainda não é muito claro. Para aceder aos mesmos, era necessário que a pessoa idosa se encontrasse numa situação de dependência parcial ou total, ter recursos financeiros insuficientes, não ter família ou não ter

¹⁰⁹ Um lar é um “estabelecimento 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 e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação e a ocupação dos tempos livres dos utentes” (Despacho nº 7837, de 2002; Despacho Normativo nº 12, de 1998).

família disponível que cuidasse dela e a apoiasse. Por vezes, estas instituições também dão preferência aos beneméritos, sócios ou “irmãos de misericórdia” e aos doadores de património. Além destas respostas existem também e em crescimento lares privados lucrativos. A regra de acesso aos mesmos é a do mercado (oferta/procura).

Pode deduzir-se que a maioria destas instituições tem normas de acesso que não favorecem a participação da pessoa idosa na gestão nem na definição do plano de cuidados pessoais, nem dos seus familiares. Por exemplo, para estes é definido um horário estrito de visitas e, na maior parte das vezes, só são chamados a participar na dinâmica da instituição nas férias e dias festivos (Sousa e Figueiredo, 2004). As residências¹¹⁰ têm os mesmos objectivos que os lares. A taxa de implantação em Portugal aponta para uma predominância no distrito de Lisboa, associada aos “recolhimentos da capital”¹¹¹. As alterações políticas e o aumento e diversidade de necessidades neste grupo populacional que se verificaram nestes últimos anos conduziram à introdução em Portugal de um novo conceito de equipamento denominado “residência sénior” ou “residência assistida”, desenvolvido no âmbito do sector lucrativo por e para determinados grupos económicos.

Os centros de dia e de convívio são respostas “desenvolvidas em equipamentos, que consistem na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). A distribuição espacial dos centros de dia é maior na região Centro, seguindo-se a região Norte e a região de Lisboa. Por outro lado, as regiões que apresentam menor número de centros de dia são o Algarve e o Alentejo. Em 2005, os centros de dia existentes tinham capacidade para cerca de 59.469 pessoas idosas (Direcção-Geral da Segurança Social, 2005). Lisboa é o distrito com maior capacidade de resposta neste tipo de valência.

Os serviços de apoio no domicílio foram definidos como uma resposta social que previne a dependência e promove a autonomia, atenuando e agindo em situações concretas de risco social que se colocam às pessoas no seu dia-a-dia, quer sejam actividades como tomar banho, vestir, comer ou andar, quer sejam as actividades instrumentais como sair de casa, usar o telefone ou limpar a casa (Bonfim e Veiga, 1996; Despacho Normativo nº 62, de 1999). Os cuidados deste tipo de resposta são prestados ao nível comunitário, essencialmente no contexto da economia solidária, pelas instituições de solidariedade social, e compreendem alimentação, higiene pessoal, limpeza do domicílio, tratamento de roupas e outros serviços como transporte,

¹¹⁰ As residências “são pequenos apartamentos, com alguns serviços comuns, inseridos ou não em edifícios habitacionais” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

¹¹¹ Actualmente, existem cinco estabelecimentos em Lisboa com esta denominação.

compras, cabeleireiro, suporte voluntário para companhia, ajudas técnicas, adaptações no domicílio. Este suporte é articulado com os outros serviços existentes em valências como os centros de dia e de noite ou os lares, entre outros (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000).

A distribuição espacial dos serviços de apoio domiciliário é maior na região Centro, seguindo-se a região Norte e a região de Lisboa. Os distritos da Guarda, Braga e Lisboa são os que têm maior número destes serviços. O distrito com maior capacidade de atendimento domiciliário é Lisboa, seguido do Porto, e as regiões que apresentam o menor número são o Algarve e o Alentejo (Direcção-Geral da Segurança Social, 2005). Em 2004, existia um total de 2139 serviços de apoio domiciliário em Portugal Continental, com capacidade para prestar apoio a 68.092 pessoas idosas.

Orientações para a qualidade

A partir de 2005, assistiu-se a um processo de melhoria das respostas sociais. Para isso contribuiu a celebração de um novo pacto de cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social (Diário da República, II-Série, nº 163, de 2008, pp. 12334-12336). Este pacto, sob a forma de protocolo, tinha como objectivo fixar os valores da comparticipação financeira da Segurança Social relativamente ao custo das respostas sociais, de harmonia com o estabelecido na Norma XXII, nº 2 e nº 4 (Despacho Normativo nº 75, de 23 de Abril de 1992) e estendeu-se a outras entidades representativas de instituições de solidariedade social¹¹². Pretendia também alargar e inovar as respostas sociais existentes, assim como as responsabilidades do Estado e dessas entidades na organização e concretização dos cuidados.

Desta forma, o serviço de apoio domiciliário foi definido como “uma resposta social organizada a que as pessoas em situação de dependência podiam ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades recreativas. Tal conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento” (Manual da Qualidade da Resposta SAD, 2005: 1). Esta definição orienta

¹¹² Protocolo de cooperação de 2005 celebrado entre o MTSS e a União das Misericórdias, Protocolo 116/2005 (Diário da República II – Série, nº 163, de 2008, pp. 12339-12341); protocolo de cooperação de 2005 celebrado entre o MTSS e a União das Mutualidades, publicado no Protocolo 117 de 2005 (Diário da República, II-Série, nº 163, de 2008, pp. 12339-12341).

a resposta às pessoas em situação de dependência, para a satisfação das suas necessidades básicas e também recreativas.

A qualidade é uma noção difícil de definir, pois remete para uma complexidade de situações quase impossível de aferir em conjunto. Deve ter em conta a perspectiva dos utilizadores sobre os serviços que usufruem (clientes), ou seja, o modo como as pessoas percebem os serviços e como estes melhoram a sua vida – a qualidade subjectiva –, mas também o modo como aqueles estão estruturados e respondem à satisfação dos clientes – a qualidade objectiva (Capucha (Ed.), 2004; Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento, DGEEP, 2006b). Avaliar os serviços e determinar como estes contribuem para que as pessoas idosas tenham uma vida com qualidade implica questionar a organização e gestão dos equipamentos, os recursos, a satisfação com o acesso e concretização dos cuidados assim como o impacto que têm na vida dos utilizadores¹¹³.

Ao contrário do que acontece na área da deficiência (Lei de Bases nº 38, de 2004) a área dos idosos é desprovida de uma norma jurídica que enuncie o direito destes à qualidade das respostas sociais. Contudo, a ideia de qualidade tem vindo a assumir um impacto cada vez maior no âmbito da política. Em Dezembro de 2005, a Segurança Social elaborou um documento normativo da qualidade¹¹⁴ para as respostas sociais dos serviços de apoio domiciliário denominado “Modelo de Avaliação da Qualidade do SAD”. Este integra um manual de processo chave (onde é explicado como se processa Plano Individual de Cuidados - PDI) e um questionário de avaliação do grau de satisfação dos clientes.

A ideia principal do modelo de avaliação da qualidade de resposta do SAD é a qualificação da resposta. A segurança social propõe que o mesmo seja implementado em todas as instituições que prestam estes cuidados, privadas lucrativas, não lucrativas ou públicas. Este modelo tem como finalidade “garantir aos cidadãos o acesso a serviços sociais de qualidade adequados à satisfação das necessidades de forma co-responsável” (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2005).

¹¹³ Actualmente, são cada vez mais frequentes os estudos sobre a qualidade das respostas na área das pessoas idosas dependentes. Um dos exemplos é o projecto Eurofamcare, realizado em 2005. Este estudo chegou à conclusão de que o nível de qualidade mais elevado dos serviços prestados e percebidos pelos utilizadores se verifica no Reino Unido, com 67% de pessoas satisfeitas, seguido da Suécia, com 65%, e mais atrás nos países mediterrâneos estudados, com cerca de 51% na Grécia e 50% em Itália (Mesthenes e Triantafillou, 2005: 9).

¹¹⁴ A proposta surgiu em resultado de orientações do XVII Governo Constitucional relativamente ao primado das políticas públicas e sociais. Estas orientações pretendiam: diferenciar as respostas de acordo com as condições particulares dos seus destinatários, tendo em conta os distintos territórios; contratualizar as soluções, assegurando que todos os intervenientes, cidadãos, famílias e instituições públicas e privadas se mobilizassem; e, por último, desenvolver capacidades pessoais, familiares, grupais e territoriais (cf. MTSS, 2005).

Este modelo de Avaliação da Qualidade tem os seguintes objectivos: melhorar os serviços prestados; permitir a auto-avaliação das respostas sociais integrando o desempenho da organização; melhorar o funcionamento da organização quanto à eficiência e eficácia dos processos de participação dos clientes e dos familiares, ao aumento da satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, parceiros, colaboradores, fornecedores; e por último, harmonizar a nível nacional as regras de funcionamento para todos os serviços de SAD.

O referencial para as instituições efectuarem a auto-avaliação dos seus procedimentos está organizado por itens, a saber: análise do processo de liderança, planeamento e estratégia; gestão das pessoas; recursos e parcerias. Estas dimensões constituem um meio para atingir a satisfação dos clientes, a satisfação das pessoas, o impacto positivo na sociedade e resultados de desempenho-chave – em resumo, a qualidade objectiva e subjectiva do SAD. A diferente aplicação destes itens e subitens origina níveis de qualidade: nível C, que corresponde a suficiente, nível B, que corresponde a bom, e nível A, que corresponde a muito bom. Este conjunto de normas imposto às instituições com acordos com a segurança social é da responsabilidade das mesmas e a continuidade dos acordos está condicionada ao cumprimento mínimo do nível C.

A qualidade é um processo que tem de ser constantemente aferido e alimentado. Por isso a segurança social tem valorizado, em termos de acordos, as instituições que desenvolvem continuamente estes processos. No que diz respeito ao SAD, o apoio traduz-se num financiamento mais substancial tendo em conta a diferenciação dos recursos humanos e dos cuidados prestados, que devem incluir, para além dos instrumentais, também os complementares e especializados¹¹⁵.

4 – As respostas integradas: de saúde e sociais

Programa de Apoio Integrado a Idosos

A partir de 1996, foram criadas e regulamentadas algumas respostas consideradas inovadoras, que integravam e articulavam a área social com a área da saúde, como foi o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos – PAII (Despachos Conjuntos nº 259, de 21 de Agosto de 1997, nº 407, de 18 de Junho de 1998, e nº 726, de 16 de Outubro de 1998). Esta medida qualificou os SAD existentes e a criação de novos SAD agora integrados – SADI.

¹¹⁵ Os novos acordos estabelecidos entre a segurança social e as IPSS em 2009 relativamente ao financiamento da valência incluem a prestação de, pelo menos, quatro tipos de cuidados.

Estes oferecem: cuidados urgentes e permanentes destinados a manter a autonomia do idoso no domicílio; meios para assegurar a sua mobilidade e a acessibilidade a benefícios e serviços; serviços de apoio às famílias cuidadoras; formação dos intervenientes tendo em vista melhorar os serviços (Despacho Conjunto nº 259, 1997).

O programa tem como finalidade aumentar o número de respostas e a sua qualidade, apostando na criação de novos serviços e na melhoria dos já existentes. Esta melhoria pressupunha a criação de respostas complementares, assim como a sua potenciação através da articulação de recursos. Os projectos a desenvolver incluíam os passes para a terceira idade, o serviço TeleAlarme – STA, o serviço de apoio domiciliário – SAD¹¹⁶, o centro de apoio a dependentes – CAD, a formação de recursos humanos – FORHUM e a saúde e termalismo. O programa era financiado pelas verbas do jogo *Joker*, gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Nos relatórios de avaliação desta medida de política, verifica-se descontinuidade no número de projectos apoiados entre 1997 e 2003. A média dos projectos de SAD foi de 23 por ano, apesar de ter existido maior adesão das instituições nos primeiros anos. Em 2001 e 2002, ou seja, nos anos seguintes, verificou-se uma diminuição. Os projectos foram desenvolvidos predominantemente na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Centro do país. O número de utentes abrangidos pelo SAD foi heterogéneo ao longo dos anos em que houve avaliação do projecto, variando entre 572 em 2001 e 3867 em 2000. Os cuidados domiciliários foram efectuados predominantemente a pessoas com alguma dependência.

Além dos SAD, o programa financiava igualmente os CAD. Estes são espaços e equipamentos sociais pluridisciplinares que prestam serviços de carácter temporário, apoiando não só os idosos, mas todos aqueles que se encontram dependentes e necessitem de reabilitação e reinserção social, podendo desenvolver-se a partir de estruturas já existentes (Despacho Conjunto nº 259, de 1997). Desde 1997 até 2003, a implantação deste tipo de suporte foi fraca, variando entre o máximo de 12 projectos financiados em 1997 e o mínimo de 1 projecto em 2001. Em 2003, surgiu pela primeira vez um recurso específico de suporte em ajudas técnicas. Até essa data, todos os CAD se centravam no internamento e reabilitação, tendo em vista o encaminhamento para o domicílio. Relativamente à implantação, verifica-se que a região de

¹¹⁶ Este SAD visava a manutenção do idoso no seu ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. O projecto pretendia alargar a cobertura dos SAD existentes, relativamente à duração do apoio, o qual deve estar disponível 24 horas por dia, assim como melhorar a qualidade dos serviços prestados, adequando-os às necessidades das pessoas (Despacho Conjunto nº 259, 1997). O SAD desenvolvia serviços na área alimentar, higiene da habitação, conforto pessoal e cuidados de enfermagem.

Lisboa e Vale do Tejo e a região Centro foram as zonas onde mais projectos deste tipo receberam financiamento, seguindo-se a zona Norte, os Açores e o Alentejo.

Os serviços prestados pelo CAD são múltiplos e privilegiam a articulação com o SAD: apoio social, informação sobre serviços, reaprendizagem das AVD, promoção do retorno ao domicílio, ajudas técnicas, seguindo-se ainda os serviços prestados pelas unidades de reabilitação e terapia ocupacional, a promoção da solidariedade intergeracional e, por último, os cuidados de reabilitação no domicílio.

Além do SAD e do CAD, o PAII previa ainda a formação de recursos humanos com o FORHUM, que visa habilitar a rede informal de suporte às pessoas idosas e dependentes, na qual estão incluídos familiares cuidadores, vizinhos e voluntários, assim como a rede formal dos profissionais e entidades cuidadoras (Despacho Conjunto nº 259, de 1997). Entre 2001 e 2003, foram desenvolvidos 17 projectos de formação, predominantemente dirigidos aos cuidadores informais. Os temas abordados incidiram em questões gerais relacionadas com a prestação de cuidados, as questões éticas e o exercício de práticas de intervenção. Abordaram-se igualmente temas relacionados com a saúde, psicologia, lazer, integração na comunidade e reabilitação, embora com menor expressão.

Os formandos informais são em geral pessoas pertencentes às famílias dos idosos dependentes que necessitam de cuidados, seguindo-se os voluntários, os vizinhos e outro tipo de pessoas. Os formandos familiares são predominantemente os cônjuges do sexo masculino, seguindo-se as filhas e as irmãs. O segundo tipo de formandos informais inclui, como já referimos, os voluntários, outros familiares, vizinhos, netos e sobrinhos. A idade dos cuidadores masculinos varia, em média, entre os 40 e os 49 anos e a idade das cuidadoras femininas, mais alargada, pode ir dos 30 aos 59 anos. O grau de escolaridade é variável, prevalecendo, contudo, os 4º, 6º e 9º anos de escolaridade. Relativamente à condição perante o trabalho, os relatórios de avaliação revelam que a maioria das cuidadoras familiares é doméstica, seguindo-se os trabalhadores no activo e os reformados. Os formandos formais são normalmente ajudantes de apoio domiciliário e ajudantes de lar em centros de dia, seguindo-se os técnicos com outras formações. Predomina o sexo feminino e os graus de escolaridade mais frequentes são o 4º, 6º e 9º anos de escolaridade, por esta ordem de importância.

Outro tipo de suporte incluído neste programa de apoio aos idosos é o serviço TeleAlarme. Através de um dispositivo electrónico ligado à linha telefónica, o TeleAlarme visa apoiar no domicílio prioritariamente pessoas idosas em situação de dependência física, mental ou social e atenuar o seu isolamento, contribuindo para a promoção da sua autonomia, dentro

de uma linha de suporte familiar integrado. O dispositivo tem um sensor de alarme que permite, em caso de acidente ou outra emergência, contactar a rede familiar ou social e responder eficazmente à situação. A pessoa idosa, ao accionar o botão de alarme, mobiliza a rede de suporte formal e informal. A responsabilidade pela sua gestão é da Cruz Vermelha¹¹⁷, assim como das operadoras de telecomunicações¹¹⁸ (Implementação do Serviço TeleAlarme, 1997).

No âmbito deste serviço, entre 2000 e 2003 foram instalados 1594 dispositivos de TeleAlarme, sobretudo na zona de Lisboa, seguindo-se Setúbal e Faro. A instalação contemplou igualmente distritos como Viana do Castelo, Santarém, Vila Real, Porto, Portalegre, Leiria, Évora Coimbra, Castelo Branco, Braga, Beja, Aveiro e as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Os utilizadores são maioritariamente femininos, com idades compreendidas entre os 76 e os 85 anos, seguindo-se os grupos com mais de 85 anos e entre 65 e 75 anos. O estado civil predominante é de viúvo(a), seguindo-se os casados, os solteiros e, por último, os divorciados. O rendimento varia segundo três escalões: o primeiro inclui o rendimento acima do salário mínimo, o segundo varia entre o salário mínimo e a pensão mínima do regime geral e o terceiro rendimento é inferior à pensão mínima do regime geral, predominando os utilizadores do primeiro e segundo escalões.

Além do TeleAlarme, o PAII integra também o financiamento dos passes sociais para a terceira idade, com o intuito de promover a mobilidade através da redução das tarifas e da eliminação das restrições dos horários de acesso aos transportes públicos urbanos e suburbanos de Lisboa e Porto. Nesta época ainda são escassos os serviços de transportes adaptados e acessíveis para as pessoas idosas dependentes. Nestes últimos anos alguns têm sido desenvolvidos pela acção social das autarquias e pelas instituições de solidariedade pois é obrigatório este tipo de transportes para as pessoas idosas.

Por último, o suporte relativo à saúde e termalismo sénior¹¹⁹, que promove o acesso das pessoas com menos recursos financeiros a tratamentos termais e serviços disponibilizados e geridos pela actual fundação INATEL. O objectivo é “permitir à pessoa idosa com mais de 60 anos e de menos recursos financeiros o acesso a tratamentos termais, assim como contactar

¹¹⁷ Nesta sequência de implementação e funcionamento do TeleAlarme, em Novembro de 1997 foi efectuado um Protocolo de Colaboração entre a Comissão de Gestão do Programa de Apoio integrado a Idosos (PAII), a Cruz Vermelha Portuguesa e a Portugal Telecom, SA.

¹¹⁸ Actualmente a SCML está a desenvolver para os clientes do SAD um serviço idêntico – denominado *call center*.

¹¹⁹ Ainda em 1998, para a realização do programa Saúde e Termalismo Sénior, foi publicado o Despacho Conjunto n.º 272, de 24 de Março (Diário da República n.º 88, de 15 de Abril de 1998, II-Série). Atribui ao INATEL a gestão do programa Saúde e Termalismo Sénior, incluso no PAII.

com um meio social diferente e prevenir o isolamento social” (Instituto da Segurança Social, 2005). Contudo, verifica-se que nem todos os participantes¹²⁰ realizam tratamentos termais. Os que as fizeram escolheram preferencialmente as termas da Beira Baixa, seguindo-se as da zona Norte e de Lisboa e Vale do Tejo.

Os cuidados continuados

Ao mesmo tempo que surgiu o PAII, foi assumida em 1996 a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados de saúde, da responsabilidade do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho e do Ministério da Saúde (Despacho nº 204, de 3 de Setembro de 1996). Todavia, só em 1998 foram regulamentados pelos mesmos Ministérios os cuidados continuados em saúde e apoio social (Despacho Conjunto nº 407).

Estas respostas dirigem-se às situações de dependência na área dos cuidados prolongados de saúde e social. O programa criou duas respostas inovadoras, o Apoio Domiciliário Integrado – ADI e a Unidade de Apoio Integrado – UAI, destinados a pessoas mais idosas, pessoas com deficiência e pessoas com diagnóstico de perturbação/doença mental¹²¹.

O Apoio Domiciliário Integrado – ADI, visa pessoas dependentes e pretende promover a sua autonomia, prestando apoio no domicílio através de um conjunto de acções multidisciplinares, flexíveis, abrangentes e acessíveis. Estas incluem apoio social, satisfação das necessidades básicas e cuidados de saúde, promovendo a “autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo do recurso ao internamento em unidades residenciais” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000), para as quais existe a Unidade de Apoio Integrado.

A Unidade de Apoio Integrado – UAI, visa prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas dependentes que não podem, de acordo com a avaliação de cuidados da equipa de cuidados integrados (saúde/social), manter-se apoiadas no domicílio, mas que

¹²⁰ Os participantes deste programa têm maioritariamente um rendimento de escalão I, inferior a 200 euros. O escalão II corresponde a um rendimento entre 200 e 346 euros, o escalão III situa-se entre 346 e 522 euros e o escalão IV equivale a um rendimento superior a 522 euros.

¹²¹ O Despacho Conjunto nº 407 definiu os procedimentos que devem reger os cuidados dirigidos às pessoas idosas em situação de dependência, no sentido de aliar as intervenções de apoio social prestadas por entidades sociais não lucrativas e pela segurança social às intervenções de saúde prestadas pelo Estado, potenciadas pelos centros de saúde. Esta articulação introduziu “novas respostas integradas” de apoio a pessoas em situação de dependência (idosos e pessoas com deficiência) que privilegiavam os cuidados no domicílio.

carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar. Esta unidade providencia também alojamento, apoio social, satisfação das necessidades básicas e cuidados de saúde.

Este tipo de resposta dirigido às situações de dependência abrange sobretudo pessoas com diagnóstico de perturbação mental nas modalidades de unidade de vida apoiada, unidade de vida protegida, unidade de vida autónoma e fórum sócio-ocupacional. Estas respostas proporcionavam cuidados continuados de reabilitação e tratamento a pessoas dependentes com alta hospitalar, como é o caso de pessoas com doenças crónicas ou agudas. Eram acções limitadas no tempo, porque concedidas durante o período de reabilitação e podiam ser prestadas no domicílio ou nos centros de saúde e em equipamentos sociais.

Em 2001, no sentido de promover novas parcerias e novos actores na saúde, este tipo de programa passou a integrar também instituições que prestam cuidados de saúde a pessoas com necessidades especiais, a toxicodependentes e a idosos (Decreto-lei nº 15, de 27 de Janeiro de 2001, Portarias nº 380 e nº 381, de 11 de Abril, e Despacho nº 20321, de 17 de Setembro de 2002).

A concretização do programa deu origem ao Decreto-lei nº 281, de 2003, que determinou a primeira lei da rede de cuidados continuados. Esta lei considerava que a rede deveria ser constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde e destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos.

O diploma define os cuidados continuados de saúde como os cuidados “prestados aos cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, independentemente da idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológicas ou fisiológicas, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessitem de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração” (art. 5). Os actos de saúde e sociais são prestados em unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis prestadoras de cuidados no domicílio do cliente – Figura 2.2

Figura 2.2 – Características das unidades prestadoras de cuidados

Unidades/ Tipos	Descrição	Objectivos e tipo de cuidados
Unidades de Internamento	Destina-se ao “utilizador da rede de cuidados de saúde continuados a quem sejam prescritos cuidados em regime de internamento”. Esta unidade funciona em articulação com uma Unidade de Recuperação Global e com as Unidades Móveis Domiciliárias.	Destina-se aos cidadãos que, na sequência de internamento hospitalar ou por situação de doença, não careçam de elevada tecnologia ou terapêutica hospitalar, se encontrem em situação de perda de funcionalidade ou de dependência e necessitem da prestação de cuidados de recuperação em regime de internamento. Os cuidados prestados são de natureza curativa, paliativa e de reabilitação global.
Unidades de Recuperação Global	Trata-se de “um serviço que presta cuidados de saúde, visando a recuperação e a reabilitação global de saúde do utilizador da rede em regime de dia”.	Presta cuidados a pessoas em situações de perdas funcionais ou de dependência, que necessitam dos cuidados referidos, que não exijam internamento ou cuidados domiciliários e que reúnam condições que permitam deslocarem-se, ou serem deslocadas, à unidade de dia. Esta unidade fornece os seguintes cuidados: treino cognitivo e de reabilitação global, desenvolvimento de actividades terapêuticas e ocupacionais, apoio de natureza informativa e educativa para o auto-cuidado, ensino e formação dos familiares e outros conviventes directos do utilizador na prestação de cuidados informais.
Unidades Móveis Domiciliárias	Presta cuidados de saúde multidisciplinares no domicílio do utilizador da rede.	Os utilizadores deste serviço encontram-se em situação de perda de funcionalidade ou dependência, necessitam da prestação de cuidados no domicílio e reúnem condições para permanecer no domicílio, em lar ou residência colectiva. De acordo com a lei, a unidade móvel domiciliária presta cuidados de reabilitação global, cuidados de natureza curativa e paliativa. Informação e educação para o auto-cuidado, ensino e formação dos directos conviventes do utilizador na prestação de cuidados formais.

Fonte: Decreto-lei nº 281, de 2003

O acesso a esta rede de cuidados era determinado pelo hospital onde o “utilizador”¹²² se encontrava internado ou pelo centro de saúde da sua área geográfica (Decreto-lei nº 281, de 2003, art. 8). Cada unidade contratualizava o serviço com a Administração Regional de Saúde. Esta rede de cuidados era maioritariamente desenvolvida pelos centros de saúde consoante a população abrangida e o tipo de população. No estudo efectuado pela Gesaworld (2005), são apresentados alguns dados relativos à capacidade de prestação de cuidados desta rede.

Para elaborar o estudo, foi realizado um pequeno inquérito à organização e implementação desta rede de cuidados, com o intuito de verificar a tipologia de cuidados continuados prestados. Em Portugal Continental, existiam cerca de 363 centros de saúde, dos quais 271 tinham atendimento permanente e 55 possuíam unidades de internamento. Catorze destes centros de saúde tinham cuidados organizados de acordo com as normas legislativas que orientam a prestação de cuidados identificados como nível I. O nível II correspondia à quase

¹²² Esta lei não emprega a noção de cliente mas sim de utilizador.

globalidade dos requisitos e o nível III englobava os centros de saúde que cumpriam apenas alguns requisitos.

Os cuidados de nível I, prestados por uma equipa especializada multiprofissional exclusiva requeria um registo e plano de cuidados específicos e individualizados que integrava as dimensões de saúde a nível médico, de enfermagem, de reabilitação motora e funcional e a dimensão social de apoio e integração social. Abrangiam 5,2 % da população afectada ao centro de saúde e 5,72 % dos cuidados eram prestados a pessoas com 65 e mais anos.

Dos centros de saúde que desenvolviam serviços de nível I, a maioria situava-se nas regiões de Lisboa e Algarve, seguindo-se o Alentejo, o Centro e por último o Norte. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresentava a maior taxa de cobertura de cuidados de nível I e II, sendo que este último apresentava um valor idêntico à região do Algarve. Verificava-se também a existência de taxas elevadas de utentes não cobertos pelos cuidados, fossem eles do nível I, II ou III. A região Centro era a que detinha cobertura inferior dos níveis I, II e III, seguindo-se a região Norte, o Alentejo e o Algarve.

Existe, contudo, outro nível de cuidados que tem sido objecto de atenção nestes últimos anos, os cuidados paliativos. A atenção decorre de preocupações supranacionais, da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da Europa. Estas entidades priorizam a necessidade dos países desenvolverem este tipo de cuidados e de estabelecem metas no sentido de organizarem respostas para situações de doenças crónicas em fase terminal. O objectivo é atenuar o sofrimento global e promover a dignidade e qualidade de vida.

Portugal, atento a esta nova realidade, criou em 2004 um Programa Nacional de Cuidados Paliativos para defesa e protecção dos direitos dos doentes em fase final de vida, de modo a assegurar-lhes e às suas famílias a melhor qualidade de vida possível. Estes cuidados têm como componentes essenciais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Despacho do Ministro da Saúde, 2004).

Nesta data, existiam em Portugal oito unidades de cuidados paliativos da responsabilidade de entidades hospitalares, centros de saúde, lares e equipas domiciliárias. As unidades hospitalares com cuidados paliativos encontram-se no IPO do Porto e Coimbra, Hospital do Fundão e Hospital de S. João do Porto. As equipas domiciliárias pertencem ao IPO do Porto, ao Centro de Saúde de Odivelas e à Misericórdia de Azeitão. A Misericórdia da Amadora também desenvolvia cuidados paliativos em contexto de lar.

A nova lei de cuidados continuados

A necessidade de responder de forma eficaz ao problema das pessoas dependentes levou à criação de respostas integradas do Serviço Nacional de Saúde. Estas foram consolidadas pelas orientações europeias na Resolução do Conselho de Ministros nº 84, de 7 de Abril de 2005, onde se estruturam os mecanismos de prestação de cuidados para as pessoas em situação de dependência e se definem os princípios dos cuidados de saúde a prestar às pessoas idosas e dependentes. A resolução defende a articulação da Saúde e da Segurança Social através de uma política de cuidados continuados, e foi na sua sequência que surgiu o Decreto-lei nº 101, de 2006, que organiza os cuidados continuados integrados actualmente em vigor¹²³.

Apesar de a lei não se dirigir explicitamente às pessoas idosas dependentes, foi sobretudo o crescimento do consumo de bens de saúde por esta população que suscitou o surgimento do referido diploma. Sabe-se que é o envelhecimento da população que tem mais impacto nos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais. Em 2003, as pessoas com mais de 65 anos representavam cerca de 49,3% nos internamentos superiores a 30 dias e 53% dos internamentos superiores a 20 dias; de 10 reinternamentos, 5 eram de pessoas idosas e só 3 em 10 altas eram de pessoas idosas (Campos, 2008: 115).

Face a este problema, a rede de cuidados continuados integrados propõe a criação não de camas de retaguarda (Campos, 2008: 107), mas de serviços de proximidade sob a forma de parcerias entre os centros de saúde e as instituições de apoio social, visando promover a reabilitação imediata do paciente crónico e do idoso nos hospitais e a reinserção na família, melhorar o planeamento dos equipamentos e cuidados continuados e incentivar o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reactivar os cuidados no domicílio e reforçar o apoio à família através de internamento temporário (PNAI, 2006a).

O objectivo principal do Decreto-lei nº 101 é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, assim como proporcionar melhores condições de vida, através da prestação de cuidados integrados a nível social e da saúde, da manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, do apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados às situações, do apoio aos prestadores informais, da articulação dos cuidados e prevenção de lacunas dos serviços e equipamentos (art. 4).

¹²³ Revoga o Decreto-lei nº 281, de 2003, assim como algumas medidas do Despacho Conjunto nº 407, de 15 de Maio de 1998, mantendo as respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico.

A rede focaliza-se no acompanhamento e reabilitação de indivíduos em situação de dependência física e cognitiva e dirige-se aos que se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou em situação de dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade e com incapacidade grave ou com forte incapacidade psicossocial e a pessoas com doença severa e ou em fase avançada ou terminal (art. 31).

Integra a ideia de descentralização e de articulação entre a Saúde e a Segurança Social, com um coordenador nacional e coordenadores regionais, a distribuição pelas regiões de saúde já constituídas – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve –, em articulação com os Centros Distritais de Solidariedade e Segurança Social e igualmente, a nível local, com a rede solidária e autarquias. Os cuidados são da responsabilidade dos hospitais, centros de saúde, serviços da segurança social, organizações solidárias (instituições particulares de solidariedade social ou outras) e das autarquias, formando uma rede integrada de cuidados composta por unidades – Figura 2.3. As unidades incluem internamento e ambulatório. O internamento é composto por unidades de convalescença, unidades de longa duração, unidades de média duração, unidades de cuidados paliativos e unidades de dia. As equipas dividem-se em dois níveis, hospitalares e domiciliárias – Figura 2.4. As primeiras são compostas por equipas de gestão das altas e equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos e as segundas por equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

No relatório de monitorização da implementação dos cuidados continuados (MS, 2008), considerava-se que a aplicação em território nacional tinha atingido uma cobertura considerável¹²⁴. Em 2007, foram celebrados 106 acordos com entidades de solidariedade, de saúde e privadas de saúde equivalentes a 1902 camas. As IPSS reuniam o maior número de acordos, com 84%, dos quais 65% correspondiam às irmandades da misericórdia, seguidas de longe pelo Serviço Nacional de Saúde, com 9%, e pelas instituições privadas, com 5%.

Cerca de 64 % das propostas para integração na rede diziam respeito a necessidade de cuidados continuados e 52% a fragilidades da pessoa idosa. Foram atendidos nas Unidades de Convalescença 2966 utentes, correspondendo a 50% do total dos utentes atendidos na rede. Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, foram atendidos 1569 utentes, correspondendo a 26,4% do total de utentes atendidos. Nas Unidades de Longa Duração e

¹²⁴ Em 2008, a rede estava implementada em quase todo o país. Em Lisboa ainda decorriam contratualizações com as entidades responsáveis por estas áreas na cidade.

Manutenção foram atendidos 1129 utentes, correspondendo a 19% dos utentes atendidos na rede. Finalmente, nas Unidades de Cuidados Paliativos foram atendidos 53 utentes.

Figura 2.3 – Características das unidades da rede de cuidados integrados

Unidades	Tipos	Descrição	Objectivos
Internamento	Convalescença	A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição do tipo “clínica de retaguarda”, onde são prestados tratamentos e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda.	Destina-se a internamentos com duração de 30 dias. Assegura durante esse período cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, farmácia, fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e convívio e lazer.
	Longa Duração	A Unidade de Longa Duração e Manutenção é igualmente de internamento, com carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, que presta apoio social e cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem tratadas no domicílio.	O internamento deve ser superior a 90 dias, com possibilidade de, em situações temporárias, prestar suporte aos familiares cuidadores quer por indisponibilidade, quer por necessidade de descanso. Assegura cuidados de manutenção, de estimulação, de enfermagem, médicos, farmácia, apoio psicossocial, controlo fisiátrico, animação sociocultural, higiene, conforto, apoio nas actividades da vida diárias e instrumentais da vida diária.
	Média Duração	A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos, com suporte clínico, de reabilitação e de apoio psicossocial, dirigido a pessoas com perda transitória de autonomia e potencialmente recuperável, cuja finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a sua reabilitação integral.	Destina-se a internamentos entre 30 e 90 dias. Assegura, durante esse período, cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, farmácia, apoio psicossocial, higiene, conforto e lazer.
	Cuidados Paliativos	A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação complexa e de sofrimento decorrente de doença severa ou avançada, incurável e progressiva. Nesta unidade não há limite de internamento.	Presta cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, prescrição e administração de fármacos e fisioterapia, consulta e acompanhamento psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, higiene, conforto. Alimentação, convívio e lazer.
Ambulatório	Unidades de Dia	A Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia presta cuidados de suporte na promoção da autonomia e apoio social em regime ambulatório a pessoas que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio, em articulação com os suportes já existentes na rede, funcionando 8 horas por dia e, no mínimo, 2 dias úteis.	Presta cuidados na promoção da autonomia, actividades de manutenção e estimulação, médicos, de enfermagem, fisioterapia, psicossociais, animação, alimentação e higiene pessoal.

Fonte: Decreto-lei nº 101, de 2006

Figura 2.4 – Características das equipas da rede de cuidados integrados

Equipas	Tipos	Descrição	Composição e objectivos
Hospitalares	Gestão das Altas	Equipa multidisciplinar de preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais quer no domicílio, quer em articulação com as unidades de convalescença.	Esta equipa está sediada no hospital e integra um médico, um enfermeiro e um assistente social, devendo articular-se com as equipas terapêuticas para a programação das altas e com as equipas coordenadoras distritais e locais e dos cuidados continuados.
	Intra-hospitalares e de Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar do hospital com formação em cuidados paliativos, devendo dispor de espaço físico próprio para a coordenação das actividades.	Integra um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Presta aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, orientação e intervenção em doentes internados em estado avançado
Domiciliárias	Cuidados Continuados Integrados	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados primários e das entidades de apoio social para prestação de serviços domiciliários decorrente de avaliação integral, cuidados médicos, de enfermagem, reabilitação e apoio social.	Assegura cuidados médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, acções paliativas, cuidados de fisioterapia e apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde, apoio nas AVD e AIVD.
	Comunitária e de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos.	Integra um médico e um enfermeiro e presta apoio e aconselhamento em cuidados paliativos, assegurando a formação, a avaliação integral do doente, o tratamento, a gestão e controlo dos procedimentos.

Fonte: Decreto-Lei nº 101, de 2006

Nestes últimos anos, foi dada especial atenção aos cuidados sociais e de saúde denominados integrados, à qualidade dos cuidados e ao combate à pobreza. Desde 2006 que é evidente esta preocupação, com a criação de um modelo de avaliação da qualidade de respostas sociais, isto é, um manual de procedimentos para os serviços, na área dos idosos, relativos ao apoio domiciliário e centro de dia, e também com a reconfiguração da Rede Social (Decreto-lei nº 115, de 14 de Junho de 2006).

Também o PNAI (2006b) considera o grupo das pessoas idosas um dos eixos prioritários de intervenção. Os objectivos na área das pessoas idosas são: a continuidade do complemento solidário para idosos com 65 e mais anos com baixos recursos; o projecto-piloto de requalificação habitacional da população idosa – financiamento de 570 intervenções em habitações de pessoas idosas com apoio domiciliário em 3 distritos do interior do país; o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais – PARES. Para além disso, pretende promover a oferta de serviços da Rede de Cuidados Continuados Integrados (internamento de curta duração, longo prazo e cuidados de dia) e criar a Rede Nacional de Voluntariado através de programas de promoção local na área do apoio às pessoas idosas.

Além destas medidas conducentes a qualificar as respostas e potenciar os recursos, foi criado o programa PARES, apresentado em 11 de Março de 2006, cujo objectivo era reforçar o

alargamento, desenvolvimento e consolidação da rede de equipamentos sociais em Portugal Continental, pela criação de 5.750 vagas em lares para idosos e SAD até 2008 e 19.000 até 2009. Este programa veio fortalecer o combate à pobreza e a protecção da família (parcerias com IPSS e incentivo ao investimento privado). A meta do PARES até 2009 era aumentar as creches em 50%, os centros de actividades ocupacionais em 10%, os lares residenciais para deficientes em 17,5%, os SAD para deficientes em 30%, os CD em 10%, os lares para idosos em 10% e os SAD para idosos em 10%. Estas medidas permitiram colocar os cuidados sociais e de saúde como prioridade da política social.

5 – As respostas complementares

É também importante enunciar outras respostas complementares que contribuíram e contribuem para a qualidade das respostas sociais e de saúde. Podemos enunciar os incentivos à criação de novos serviços e equipamentos sociais destinados a idosos do sector privado não lucrativo e do sector lucrativo. O Regime de Incentivo às Micro-Empresas – RIME (Decreto-lei nº 34, de 11 de Fevereiro de 1995, e Resolução do Conselho de Ministros nº 154, de 1996) tem como objectivos criar serviços de base local e de proximidade e melhorar as condições de vida social, ambiental, cultural e recreativa. Em 1995, a Comissão para a Política da Terceira Idade – CNPI – publicou o segundo guia do idoso, que integra uma multiplicidade de descritores como segurança social, habitação, saúde, colónias de férias, lares, apoio domiciliário, acolhimento familiar, família e outras informações gerais.

No ano seguinte foram regulamentadas várias respostas inovadoras para as pessoas idosas. Assim, foi criado o Programa Idoso em Lar, denominado Pilar (Despacho do Secretário de Estado de Inserção Social, de 20 de Fevereiro de 1997). Procurava desenvolver e intensificar a oferta de lares de idosos e outras respostas sociais, tendo como objectivos o realojamento de idosos oriundos de lares lucrativos sem condições de funcionamento, satisfazer as necessidades de resposta de lares nas zonas ainda não cobertas ou com fraca cobertura de serviços e equipamentos sociais e criar e remodelar os lugares destinados a utentes de IPSS.

A Fundação do Cartão do Idoso – cartão 65 (Decreto-lei nº 102, de 28 de Abril de 1997) visava permitir o acesso às pessoas com mais de 65 anos a bens e serviços em condições mais favoráveis. Neste contexto de mudança, o governo procedeu ao reconhecimento público

da “rede social ainda que de uma forma tácita” (Resolução do Conselho de Ministros nº 197, de 18 de Novembro de 1997) com o intuito de potenciar e melhorar as respostas sociais. Em 1999, a ONU declarou o Ano Internacional das Pessoas Idosas e Portugal aderiu à comemoração (Resolução do Conselho de Ministros nº 91, de 14 de Julho de 1998). No mesmo ano foi instituída a lei do trabalho voluntário (Decreto-lei nº 71, de 3 de Novembro de 1998, regulamentada pelo Decreto-lei nº 389, de 30 de Setembro de 1999), que enquadra juridicamente o voluntariado e cujo valor enquanto exercício de cidadania livre e responsável é reconhecido pelo Estado. Em 1999 é criada a linha cidadão idoso na dependência do Provedor de Justiça e, no mesmo ano, a Rede Ajuda (Portaria nº 250, de 8 de Abril de 1999).

Este trabalho legislativo considerou também a possibilidade de os privados desenvolverem programas nesta área social com o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social – PAIPS (Resolução do Conselho de Ministros nº 91, de 12 Agosto de 1999). O objectivo era melhorar os lares de idosos e fazer uma aposta no sector privado, em particular nos lares de pequena dimensão, oferecendo os recursos necessários à aquisição de condições de instalação e funcionamento adequadas, de acordo com as normas reguladoras destes estabelecimentos (Despacho Normativo nº 12, de 25 de Fevereiro de 1998). Visava a construção de lares de raiz, a realização de obras de ampliação, a criação de condições de acolhimento de pessoas em situação de dependência e a formação de recursos humanos no âmbito da iniciativa privada.

No final da década de noventa, foram desenvolvidas respostas de emergência para idosos denominadas Centros de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos – CATEI (Despacho do Secretário de Estado Adjunto do MTS, de 6 de Novembro de 2000), que incluem centros de noite para idosos. Foi também instituído o Plano Avô (Despacho Conjunto do Ministério do Trabalho e Solidariedade e da Economia nº 410, de 16 de Março de 2000). Outra das medidas foi a implementação da norma ISO 9001: 2000, que define os padrões de qualidade para os lares de pessoas idosas (instalações, serviços e certificação) e visa promover a humanização do seu quotidiano.

Em 2001 foi implantada uma linha telefónica de emergência social, o 144 (Resolução do Conselho de Ministros nº 91, de 6 de Agosto de 2001). Esta linha presta apoio a todos os cidadãos em situação de emergência social. No mesmo ano, surgiu o projecto “Recriar o Futuro”, cujo objectivo era promover o envelhecimento bem sucedido. Este projecto incluía um kit para as entidades promotoras com manuais de base para preparar as pessoas para a situação de reforma. As actividades a desenvolver por colaboração entre entidades públicas e

privadas destinavam-se à promoção do bem-estar e à participação social, assim como de hábitos de vida saudável, melhor gestão do tempo e do stress, qualificação da longevidade e viabilização de abordagens preventivas do envelhecimento e não apenas reparadoras ou paliativas. Em 2003 é instituído o Dia Nacional dos Avós (Resolução da Assembleia da República nº 50, de 2003, publicado no Diário da República I-Série A, nº 129 a 2 de Junho de 2003, p. 3352).

Em 2000 foi publicado o primeiro Plano Nacional de Acção para a Inclusão – PNAI, 2000-2003 (Resolução do Conselho de Ministros nº 181, de 6 de Agosto de 2000). Nele incluía-se uma estratégia para a promoção de políticas inclusivas e de combate à pobreza e à exclusão também das pessoas idosas. O segundo PNAI, 2003-2005, previa igualmente determinadas estratégias de intervenção na área dos idosos, visando: modernizar o sistema de protecção social; aumentar a rede de equipamentos sociais para idosos e dependentes, privilegiando o apoio domiciliário integrado; explorar outras soluções que possibilitassem desenvolver o mercado de serviços, como o cheque serviço ou a remuneração de vizinhos para apoio no domicílio; investir na formação dos profissionais e familiares para a prestação desses cuidados; duplicar o número de idosos abrangidos pelo SAD; e criar novos incentivos ao acolhimento de idosos.

Na área da educação, surgiram, por iniciativa de entidades privadas não lucrativas, as Universidades para a Terceira Idade ou Universidades Seniores, que contam actualmente com mais de 50 estabelecimentos. São espaços de formação baseados na interacção cultural, desportiva e recreativa, com actividades diversificadas que pretendem também responder ao problema da solidão e isolamento dos mais velhos. Na área da saúde, reabilitação e promoção do bem-estar, existe um suporte de ajudas técnicas que se destinam também a pessoas idosas em situação de dependência e pessoas deficientes, embora não exclusivas delas.

A preocupação com a segurança dos idosos levou à criação do Programa de Apoio 65 – Idoso em Segurança. Este é da responsabilidade do Ministério da Administração Interna, Polícia de Segurança Pública e visa “garantir condições de segurança e tranquilidade das pessoas idosas, ajudando a prevenir e a evitar situações de risco através do reforço do policiamento de lugares públicos mais frequentados por idosos e igualmente prevê a criação de uma rede de contactos directos e imediatos entre os idosos e a Guarda Nacional Republicana – GNR, por exemplo, através de instalação de telefones nas residências” (Instituto da Segurança Social, 2005). Outra medida complementar de prevenção e promoção deste grupo social é a Linha do Cidadão Idoso, da responsabilidade da Provedoria de Justiça. Esta linha,

essencialmente informativa, pretende potenciar os direitos destes cidadãos e dos seus familiares, assim como efectuar contactos e articulações com outras entidades, desde que a pessoa se encontre impossibilitada de resolver a situação ou problema colocado.

Na área do lazer, existem os centros de férias para as pessoas idosas, descritos como “respostas sociais destinadas à satisfação de necessidades de lazer e de quebra de rotinas, essenciais ao equilíbrio físico, psicológico e social dos idosos (...) proporcionando-lhes uma estadia temporária, fora do seu domicílio, para gozo de férias” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). Segundo a mesma fonte existem 12 centros de férias em Portugal Continental pertencentes a organizações não lucrativas. Existe ainda o programa Praia Sénior, promovido por algumas autarquias, que proporciona férias na praia com alimentação e transporte.

É de referir ainda a rede de bancos alimentares, destinados a “optimizar e potenciar, através da atribuição de uma dotação mensal de produtos alimentares, o trabalho desenvolvido pelas IPSS junto da população carenciada” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). É uma organização implantada pelo país que recolhe alimentos para posterior distribuição às pessoas mais carenciadas. Esta é efectuada através de instituições de solidariedade seleccionadas pelo banco alimentar. Existem actualmente cerca de uma dezena destas instituições.

Dois dos suportes complementares mais importantes surgidos nos últimos anos e que pretenderam revitalizar, inovar e melhorar as práticas de acção social foram o Programa Rede Social e o Programa de Prevenção da Violência Doméstica. Neles estão incluídos alguns indicadores preventivos relativamente às pessoas idosas. Também é importante mencionar a questão dos benefícios fiscais e isenção de taxas nesta área, uma vez que, em 2003, foi efectuada a aproximação da dedução em sede de IRS para as famílias que optassem por manter e acolher os descendentes em vez de os colocar em instituições. Neste período, o Decreto-lei nº 129, de 11 de Agosto de 2005, alterou o regime de comparticipação nos medicamentos e estabeleceu o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, extinguindo a bonificação de 10% na comparticipação dos medicamentos genéricos. Também foi revisto o escalão A de comparticipação de medicamentos, com a passagem de 100% para 95%, e efectuada a revisão em baixa dos preços de medicamentos comparticipados. Durante este período, o crescimento das respostas foi acompanhado do crescimento da despesa social¹²⁵.

¹²⁵ As despesas representavam 21% do PIB (Barreto, 2003: 227).

6 – Considerações sobre os cuidados no âmbito da política de apoio domiciliário

As respostas de protecção social e de saúde para as pessoas idosas evoluíram substantivamente nestes últimos trinta anos, e com mais frequência nos últimos dez anos no que se refere às transferências financeiras e à prestação de cuidados institucionais e domiciliários. Esta área da política teve os seus primeiros desenvolvimentos após a reestruturação jurídica da relação entre o Estado e as instituições privadas de solidariedade social em 1979 e posteriormente, com a publicação dos estatutos das IPSS. Esta reforma legislativa favoreceu o surgimento de novas instituições, laicas e religiosas, mas também o alargamento e a reconfiguração das actividades, com especial destaque para as instituições seculares, até aí dirigidas exclusivamente à área da saúde, como era o caso das Misericórdias. A maioria destas instituições enveredou pelo desenvolvimento de actividades de acção social, com claro predomínio nas áreas da infância e das pessoas idosas.

Foi neste contexto sociopolítico que surgiram os primeiros serviços de apoio domiciliário das IPSS. Estes serviços tiveram um relativo desenvolvimento na década de oitenta, mas foi a partir do final da década de noventa que cresceram exponencialmente, fruto de profundas mudanças na política de cuidados domiciliários a nível internacional e nacional.

A intervenção do Estado nesta área materializou-se em reformas nestes dois sistemas, no sentido de adequar a Segurança Social e o Serviço Nacional de Saúde ao envelhecimento da população e, sobretudo, às necessidades de cuidados da população mais idosa. Estas intervenções exigiram um maior investimento financeiro do Estado nestas áreas, em particular no financiamento das entidades prestadoras dos cuidados sociais ou de saúde, mas também numa maior regulamentação consubstanciada em decretos-leis, despachos e normativos que orientam o funcionamento dos serviços, o acesso e o tipo de prestação, tendo em vista a qualidade. Nesta linha de acção, as entidades não lucrativas de solidariedade assumiram uma maior responsabilização, especializando-se em cuidados de saúde e cuidados sociais.

Para este alargamento contribuíram várias medidas políticas, denominadas activas, que pressupunham uma nova relação entre as instituições e o Estado: mais financiamento, mais transparência, mais iniciativa, mais inovação e implicação de outros actores sociais, tendo em vista o aumento da quantidade e da qualidade do serviço. Entre estas medidas, podemos enunciar o projecto PAII e a lei dos cuidados continuados integrados. Ambos possibilitaram novos serviços de apoio domiciliário, integrando a área social e a saúde, assim como o alargamento e a qualificação dos serviços existentes. Na década de noventa do século xx e nos primeiros anos deste século, o SAD foi a resposta que mais cresceu para o grupo de pessoas

idosas e dependentes comparativamente com outras como lares, centros de dia e de convívio, e consequentemente é neste momento a resposta que mais pessoas idosas apoia.

Actualmente, a política de cuidados tem duas vertentes e ambas com duplo desenvolvimento: por um lado, a rede de cuidados continuados integrados, na qual são valorizados os cuidados de saúde e os cuidados sociais; por outro, a política de cuidados sociais propriamente dita. Estas duas vertentes são o reflexo da renovação operada no país no âmbito das políticas, mas também da manutenção de formas “tradicionais” anteriores à revolução de 1974 (Barreto, 2003: 23).

Os cuidados de saúde focam-se na continuidade de cuidados de saúde e sociais após a alta hospitalar. São desenvolvidos pelos centros de saúde e hospitais, em articulação com o sistema de segurança social, através de equipas especializadas. Depois de efectuada a avaliação, os doentes podem ser encaminhados para o domicílio ou para unidades, onde é efectuada a reabilitação, tratamento ou, se for o caso, os cuidados paliativos. Para a prossecução deste projecto e para potenciar os recursos existentes, foram efectuados protocolos entre os Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Saúde e as IPSS.

Os cuidados sociais estão associadas à solidariedade, apoio e ajuda, valores implícitos aos ideais judaico-cristãos, à doutrina social da Igreja católica e aos direitos humanos. Estes cuidados são tutelados e financiados pelo Estado, mas têm também a regulação das entidades religiosas quando as instituições têm esse cariz. Estas desenvolvem valências altamente estruturadas e com regras estritas no que respeita os acesso e prestação dos cuidados.

Estas valências são desenvolvidos em centros comunitários, misericórdias e outras organizações laicas, que desenvolvem suportes de dia e de noite em lares e domicílios, e cujo número e taxa de cobertura varia conforme as regiões. Apesar de existirem normas e regras de funcionamento destes serviços, cada instituição tem autonomia para os desenvolver consoante as necessidades do meio e o tipo de gestão e organização prosseguida. No âmbito da solidariedade, verifica-se que ainda não existe coordenação local nem regional. Estas organizações têm uma gestão autónoma e pouca permeabilidade à mudança. Prestam sobretudo cuidados sociais às pessoas idosas em equipamentos do tipo lar ou no domicílio, que englobam cuidados básicos, tais como higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupa ou compras, mas também apoio emocional e social, entre outros.

Em síntese, a política de cuidados às pessoas idosas foi desenvolvida nesta última década com ênfase nos serviços de apoio domiciliário ou serviços de apoio domiciliário integrado (Walker, 2001). Os suportes com cuidados às pessoas idosas e dependentes são da

responsabilidade do Estado, do mercado, da sociedade civil e, predominantemente, da família. Ao Estado cabe o financiamento e a criação de normas legislativas, regras de acesso e fiscalização, à sociedade civil e à família cabem o co-financiamento e a prestação do suporte.

Foram identificados alguns problemas na política de cuidados domiciliários em Portugal, que se prendem com a forte “ideologia de compromisso familiar” que leva o Estado a prosseguir uma política de baixo nível de provisão (Sousa e Figueiredo, 2004). Como o Estado e as instituições de solidariedade não respondem à totalidade das necessidades das pessoas idosas dependentes e das famílias, estas foram construindo estratégias de apoio às pessoas idosas e dependentes face às necessidades diagnosticadas.

Apesar destas estratégias, a família pode não conseguir prestar um apoio com qualidade, não só pela multiplicidade de tarefas que envolve todos os seus elementos, mas sobretudo porque os cuidados exigem uma maior especialização. Não basta cuidar da alimentação e higiene, há que ter em conta os cuidados com as escaras, a alimentação com sonda, os cuidados específicos para doentes com Alzheimer, entre muitos outros aspectos. Como já se disse, Portugal tem das mais altas taxas de trabalho feminino integral na Europa o que suscita a pergunta: quem cuida dos idosos enquanto as mulheres trabalham?

Existem outros défices igualmente gravosos, sobretudo na área da reabilitação física e cognitiva, das ajudas técnicas e dos transportes adequados a este tipo de população idosa e dependente (Sousa e Figueiredo, 2004). Se somarmos a isso os níveis de pobreza absoluta e relativa das pessoas idosas, pode-se deduzir – uma vez que não existem dados que nos permitam demonstrar – que muitas pessoas idosas e dependentes não têm cuidados adequados à sua situação, nem as mínimas condições de velhice com qualidade. Por isso, espera-se que as pessoas nessas circunstâncias, assim como as famílias, ganhem consciência das dificuldades e se constituam, depois de informadas e organizadas, como grupo de pressão para modificar as suas condições de vida, agindo em seu favor nas orientações da política social no que diz respeito ao suporte de cuidados.

Como refere Giddens (2007), os direitos sociais não são um dado adquirido. Actualmente, dadas as transformações sociais, nomeadamente no que diz respeito à globalização, à crise financeira e às implicações que as mesmas têm nos estados, tais direitos têm de ser mais uma vez e permanentemente reivindicados. Os direitos “adquiridos” são postos em causa quando há crise, pois o desemprego diminui as contribuições e aumenta o custo com os beneficiários (Barreto, 2003: 230). Para estes dois autores, o desafio do Estado-providência actual é, por um lado, encontrar alternativas de financiamento, por outro lado, favorecer o

desenvolvimento de mecanismos económicos inovadores que gerem riqueza e diminuam as perdas. Este desafio obriga, em grande medida, a uma boa gestão de recursos quando estes são escassos e uma atenção especial a grupos associados à pobreza e à exclusão. Vejamos de seguida o resultado da pesquisa no que diz respeito à capacidade de acção estratégica das instituições com SAD promoverem os princípios do envelhecimento bem sucedido.