



BOLETIM #5

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS
QUE RESPOSTAS E QUE FUTURO?

NOVEMBRO 2020



UMA INICIATIVA EAPN PORTUGAL

OBSERVATÓRIO
NACIONAL
luta contra a pobreza



ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS EM PORTUGAL

QUE RESPOSTAS E QUE FUTURO?

Com o virar do século, o crescente envelhecimento populacional trouxe novos desafios às sociedades modernas. À semelhança de outros países pelo mundo, prevê-se que nas próximas décadas se assista em Portugal a uma inversão demográfica da população, podendo mesmo a população com 65 anos ou mais aumentar para os 37% até 2065. Se aliarmos estas transformações ao facto de Portugal poder perder cerca de 14% da sua população até esta data, torna-se por demais evidente que estas mudanças implicarão efeitos importantes a vários níveis, desde saúde e segurança social, ao crescimento económico e distribuição de rendimentos.

No Boletim #5 procuramos discutir os principais desafios e riscos inerentes ao crescente envelhecimento populacional em Portugal. Em particular, procuramos analisar de forma sucinta algumas das políticas e instrumentos de proteção social desenhados para dar resposta a esta realidade, discutir as suas fragilidades e apresentar alguns exemplos de respostas inovadoras e diferenciadoras na área do envelhecimento.

PORTUGAL XXI – RETRATO DE UM PAÍS À BEIRA DO INVERNO DEMOGRÁFICO

Com o virar do século, o envelhecimento populacional trouxe novos desafios. Em Portugal, na Europa e no mundo, a população está cada vez mais envelhecida. Se em 2019 cerca de **22% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos**¹, até 2065 prevê-se

que este valor **auente para os 37%**² e que nas próximas décadas ocorra mesmo uma **inversão da pirâmide demográfica** (Figura 1), com o número de idosos a ultrapassar a população mais jovem².

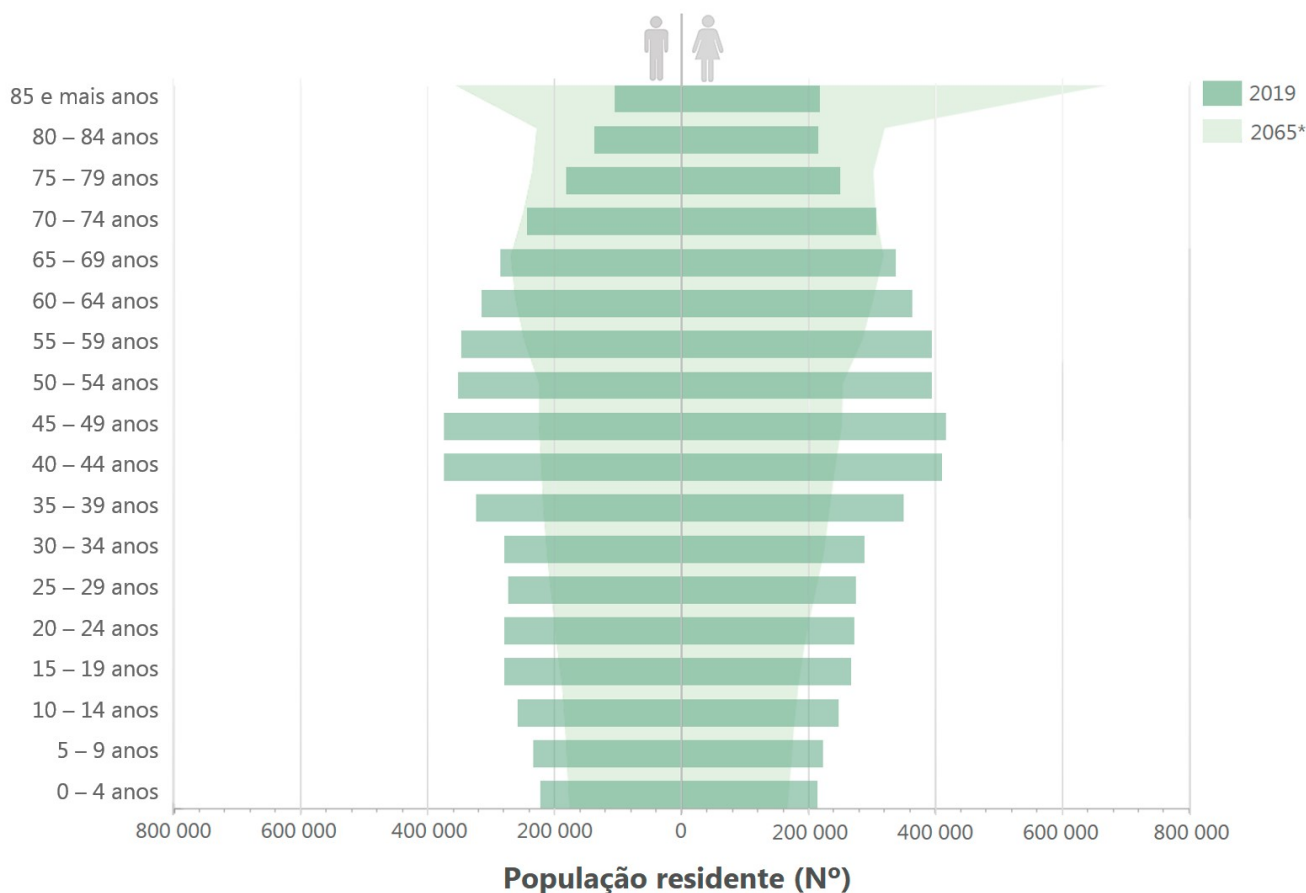


Figura 1. População residente em Portugal e projeção populacional até 2065 (cenário: central). Fonte: INE^{1,2}

Em Portugal e por todo mundo, este envelhecimento tem sido principalmente impulsionado pelo aumento da esperança média de vida e pelo declínio da fertilidade. De 1970 até 2018, a **esperança média de vida à nascença em Portugal aumentou dos 67,1 para os 80,9 anos³**, um aumento de cerca de 14 anos em menos de meio século, fruto em grande parte das melhorias nos cuidados saúde e de mudanças sociais e económicas profundas. Já a **natalidade seguiu uma tendência inversa, diminuído acentuadamente de 20,8 ‰ em 1970 para os 8,4‰ em 2019⁴**, resultado de fatores como a inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento da escolaridade média e a

melhoria generalizada das condições de vida.

Se é verdade que o envelhecimento populacional constitui por si uma vitória do desenvolvimento científico, socioeconómico e da saúde pública, não é menos verdade que este fenómeno introduz novos riscos cujo impacto será condicionado à natureza das políticas e instrumentos de proteção social desenhados para dar resposta a esta nova realidade. Com o **aumento do envelhecimento e inversão demográfica projetada, será inevitável também uma inversão do rácio entre a população idosa (65 anos ou mais) e a população ativa (15-64 anos)**, o que introduzirá desafios à sustentabilidade dos atuais sistemas de saúde e de pensões.

O aumento do índice de dependência dos idososⁱ é um bom indicador deste risco. Se em 2019 o **índice de dependência dos idosos era de 34,5** (rácio do nº de pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa), as **projeções do INE apontam para que este indicador aumente entre 66-76 até 2065**^{5,6}. Significa isto, portanto, que até 2065 por cada 100 pessoas em idade ativa existirão entre 66 a 76 idosos, o que representa uma quebra acentuada do índice de sustentabilidade potencial de 285, em 2020, para 141 até 2065⁷ (Figura 2).

Se aliarmos a estas transformações ao facto se estimar que **até 2065 Portugal possa perder 14% da população**², torna-se evidente que estas mudanças trarão consequências a vários níveis da nossa sociedade, desde a saúde e proteção social, à educação, distribuição de rendimentos e mesmo ao nível do crescimento económico.

Este **“inverno demográfico” avança rapidamente**, trazendo consigo o que muitos temem como **uma “japanificação” da sociedade e da economia, termo usado para**

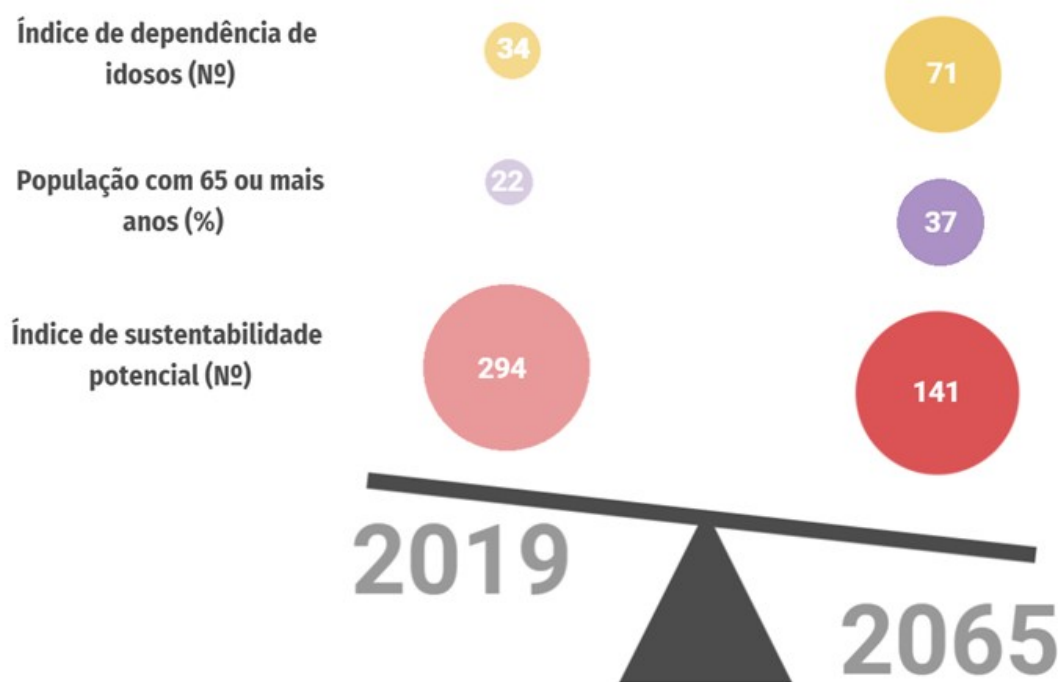


Figura 2. Estimativa atual e projeção para 2065 da variação da população residente com 65 ou mais anos e dos índices de dependência de idosos e sustentabilidade potencial. (Cenário: médio). Fonte: INE^{1,2,5-8}.

ⁱ **Índice de dependência dos idosos:** Indicador que mede a relação entre a população idosa e a população em idade ativa. É calculado como o quociente entre o número de pessoas idosas (65 ou mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (compreendida entre os 15 e 64 anos), sendo expresso pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 15-64 anos.

descrever a batalha de mais de duas décadas do Japão para contrariar a deflaçãoⁱⁱ e o baixo crescimento económico, em muito agravado pelo envelhecimento populacional do país. **É fundamental, por isso, que estas transformações sejam acompanhadas pelo desenvolvimento de novas políticas sociais e económicas capazes de adaptar a nossa**

sociedade a estes novos desafios. Neste Boletim #5 iremos abordar alguns dos principais desafios do envelhecimento demográfico ao nível da proteção social, saúde em Portugal.

ENVELHECIMENTO E A POLÍTICA SOCIAL EM PORTUGAL: DAS POLÍTICAS MONETARISTAS ÀS RESPOSTAS SOCIAIS

Como anteriormente referido, o envelhecimento populacional levanta desafios socioeconómicos transversais a vários setores da sociedade. Embora o aumento da longevidade seja uma transformação na sua generalidade positiva, a qualidade de vida dos anos ganhos continua a ser um potencial para melhorar⁹.

O envelhecimento não só traz riscos para as pessoas no que respeita ao seu estado de saúde e vulnerabilidade financeira, como acentua níveis de dependência física e mental, isolamento e estigmatiza-

-ção social, e que condicionam a qualidade de vida dos idosos¹⁰.

O desenvolvimento de instrumentos e políticas sociais que salvaguardem o cuidado aos idosos e promovam a sua participação na vida social são, por isso, ferramentas centrais na resposta a estas mudanças demográficas. O sistema de proteção social português dispõe de várias medidas desenvolvidas para minimizar os riscos associados ao envelhecimento. Estas podem ser divididas em duas grandes áreas de intervenção: as prestações sociais e as respostas sociais.

ⁱⁱ **Deflação** – termo em economia utilizado para referir a queda dos preços ao longo do tempo, por oposição a uma subida dos preços (inflação). Apesar de poder ter efeitos positivos ao nível do poder de compra caso os salários sejam conservados, a deflação pode levar, no entanto, a uma redução da receita das empresas obrigando-as a reduzir a custos, nomeadamente salariais. Se não for contida, a inflação pode rapidamente causar uma espiral negativa e recessão económica, com efeitos nefastos ao nível do desemprego e pobreza. A Grande Depressão de 1929 é um bom exemplo deste efeito.

O PAPEL DAS PRESTAÇÕES SOCIAIS NO COMBATE À POBREZA

As **prestações sociais**, onde se incluem a Pensão de Velhice ou o Complemento Solidário para o idoso (Tabela 1), **são políticas monetaristas que visam compensar a perda**

das remunerações de trabalho após a aposentação, assim como **assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza**¹¹.

PRESTAÇÃO	DESCRIÇÃO
Pensão de velhice	Prestação mensal de natureza contributiva destinada a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.
Pensão social de velhice	Prestação mensal, atribuída a partir da idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral, destinada a pessoas que não se encontrem abrangidas por qualquer regime de proteção social obrigatório ou não satisfaçam os períodos de garantia definidos para acesso à pensão de velhice.
Complemento por cônjuge a cargo	Prestação mensal atribuída aos pensionistas de velhice e de invalidez do regime geral da segurança social com cônjuge a cargo sem rendimentos. Valor mensal é de 38,67 €. Caso o cônjuge tenha rendimentos e estes sejam inferiores a este valor, apenas tem direito à diferença.
Complemento solidário para idosos (CSI)	Apoio mensal pago aos idosos de baixos recursos, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice. Recursos do requerente têm de ser inferiores a 5 258,63 €/ano. Se casado e/ou em união de facto, recursos do casal têm de ser inferiores a 9 202,60€/ano
Acréscimo vitalício de pensão	Prestação atribuída a antigos combatentes que pagaram contribuições à Segurança Social para que lhes fosse contado, para efeitos de pensão, o tempo de serviço militar bonificado. Não pode ser acumulada com o Suplemento especial de pensão ou o complemento especial de pensão. É paga uma vez por ano, inclui 12 mensalidades.
Complemento especial de pensão	Prestação anual atribuída aos antigos combatentes que recebam uma pensão rural, social, ou prestação social para a inclusão. Corresponde a uma percentagem do valor da pensão social a qual varia em função do tempo de serviço militar. É paga uma vez por ano e inclui 14 mensalidades. Não pode ser acumulada com o acréscimo vitalício de pensão ou o suplemento especial de pensão.
Suplemento especial de pensão	Prestação anual paga aos antigos combatentes beneficiários da pensão de velhice ou de invalidez do regime geral da Segurança Social. Varia entre 75-150€, consoante o n.º de meses de bonificação do tempo de serviço. Não pode ser acumulada com o Complemento especial de pensão ou Acréscimo vitalício de pensão

Tabela 1: Prestações sociais da Segurança Social por situação de reforma. Fonte: DGSS¹¹.

De entre as prestações sociais atribuídas após a reforma, a Pensão de Velhice constitui o principal tipo de prestação concedida. **Em 2019 existiam em Portugal 2 049 696 beneficiários da pensão de velhice**, a grande maioria concentrada nos distritos de Lisboa (406 918) e do Porto (327 647) (Figura 3), **correspondente a 69% do total de pensões atribuídas pela Segurança Social**¹². Muito embora o valor das pensões de velhice tenha vindo a aumentar nos últimos anos, é de

salientar que em muitos casos o valor desta prestação nem sempre é suficiente para salvaguardar um rendimento adequado após a saída do mercado de trabalho. Com efeito, se olharmos aos valores da despesa da Segurança Social com a Pensão de Velhice em função do número de beneficiários desta prestação, é possível concluir que em média o valor da pensão de velhice tem-se mantido sistematicamente abaixo do limiar do risco de pobreza (Figura 4).

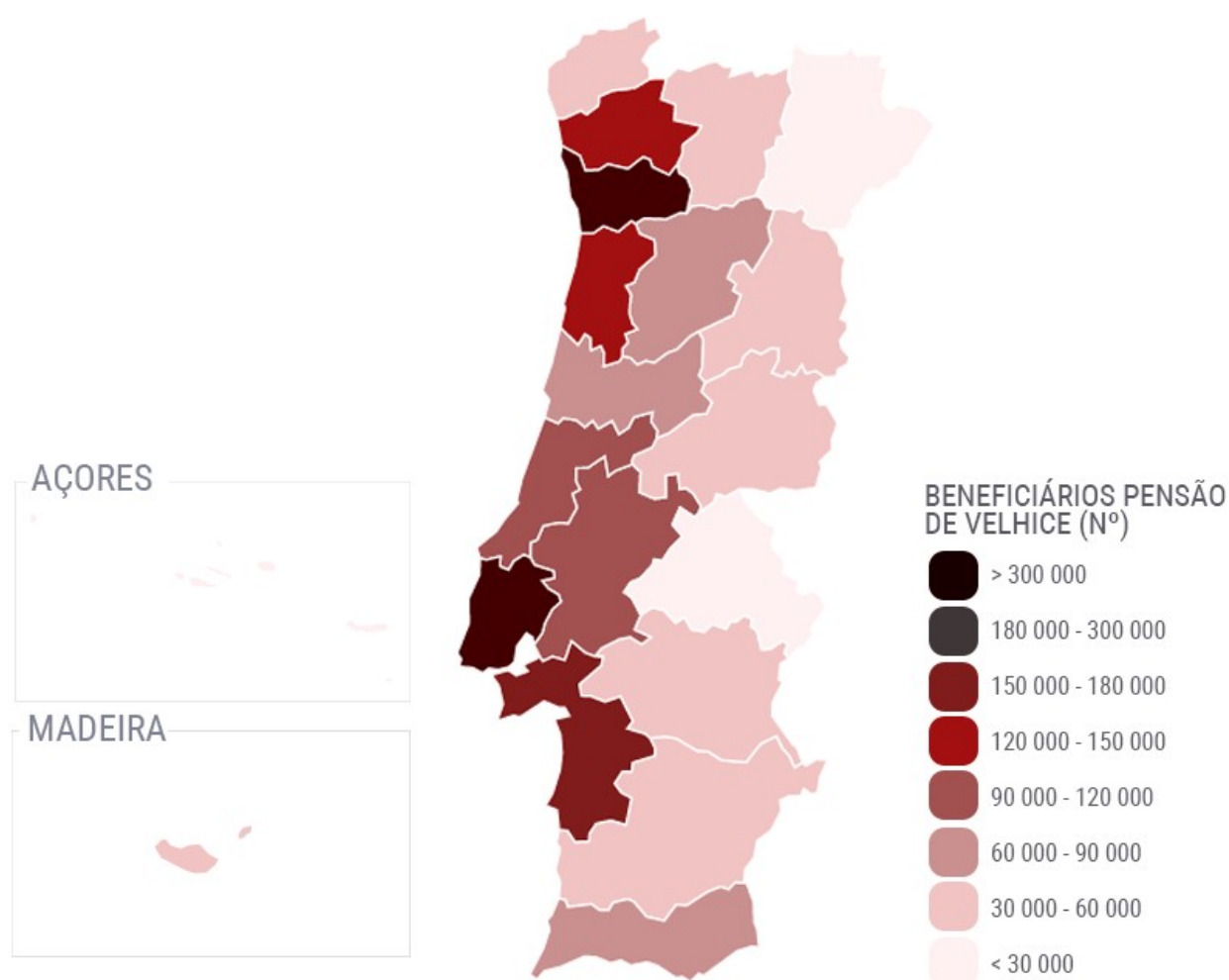


Figura 3. Número de beneficiários da pensão de velhice em 2019 por localização geográfica. Fonte: DGSS¹³.

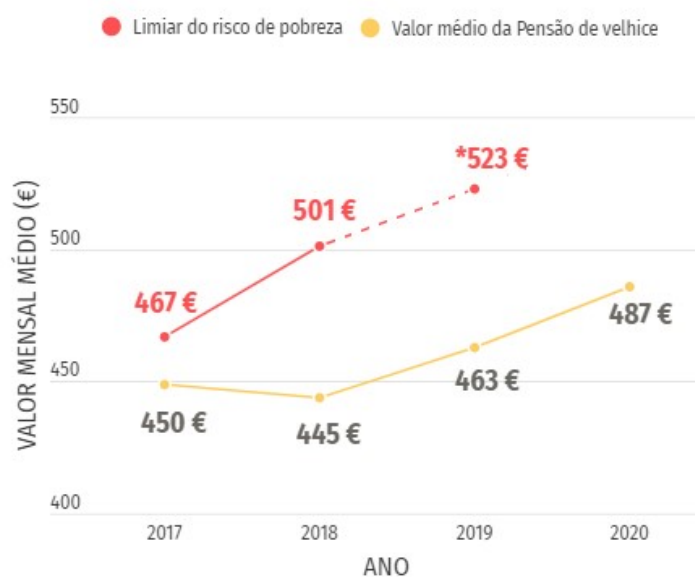


Figura 4. Evolução do valor médio da Pensão de Velhice da Segurança Social e do limiar de pobreza. Nota: todos os dados apresentados foram calculadosⁱⁱⁱ pelo Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza (ONLCP), tendo como base a informação disponível no site da DGSS¹⁵⁻¹⁸ e do INE¹⁹; o valor assinalados com (*) corresponde a uma projeção^c não-oficiais do limiar do risco de pobreza, calculada pelo ONLCP.

A par da pensão de velhice, a **Segurança Social dispõe por isso de um conjunto de prestações de natureza não-contributivas tais como o Complemento Solidário para Idosos (CSI), idealizadas para proteger beneficiários com baixos rendimentos do risco de pobreza na velhice**¹⁴. Estas prestações constituem uma ferramenta indispensável na proteção dos pensionistas deste risco. Efetivamente, quando contabilizado a totalidade das transferências sociais

no rendimento mensal dos pensionistas, em 2019 estes complementos contribuíam em média para um aumento cerca de 71,9€ no rendimento mensal dos pensionistas (Figura 5), ficando assim acima do limiar do risco de pobreza em 2018 e acima do limiar do risco de pobreza projetado^{iv} para 2019, calculado pelo Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza (ONLCP).

ⁱⁱⁱ Os valores médios da Pensão de Velhice correspondem à média ponderada da despesa (referente à pensão de velhice) pelo nº de beneficiários, tendo como referência os dados da execução orçamental referentes a janeiro de cada ano disponíveis em <http://www.seg-social.pt/publicacoes>. O valor do limiar do risco de pobreza¹⁹ de 2019 apresentado corresponde a uma projeção não-oficial calculada pelo ONLCP^c.

^{iv} **Projeção do limiar de pobreza para 2019 = 523€.** O valor desta projeção do limiar do risco de pobreza¹⁹ apresentado corresponde a uma projeção não-oficial calculada pelo ONLCP usando como referência um aumento de médio de 4,4 pp/ano do limiar de pobreza (crescimento médio observado nos últimos 5 anos). Nesta análise não foram considerados indicadores macroeconómicos para Portugal. Tendo em conta o impacto económico da pandemia e a previsível redução de rendimentos da população, não foi projetado qualquer valor para 2020.

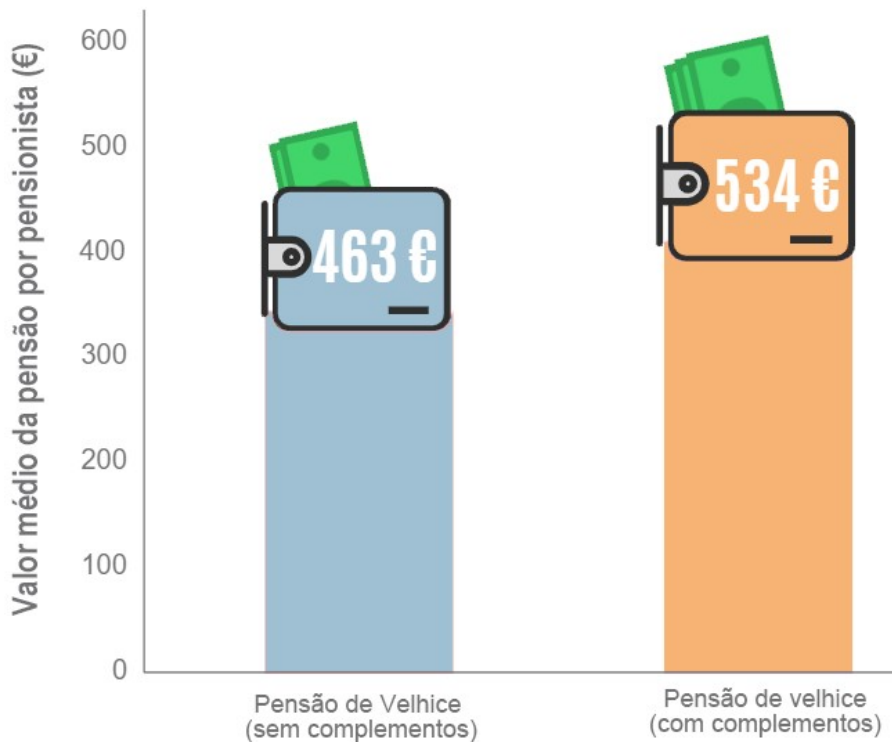


Figura 5. Valor médio da pensão de velhice da Segurança Social por pensionista antes e após contabilizados os complementos que o/a pensionista auferir. Fonte: DGSS¹⁷ e do INE²⁰.

Segundo os dados mais recentes do Inquérito às Condições de Vida e Rendimentos (ICOR) de 2019, o risco de pobreza monetária entre as pessoas com 65 ou mais anos desce de 88,8% para 17,3% após contabilizados os rendimentos correspondentes às pensões e outras transferências sociais^{21,22}. Por outras palavras, **a existência da pensão de velhice e os outros apoios de natureza não-contributiva da Segurança Social contribuem para uma redução de mais de 71,5% do risco de pobreza monetária entre a população idosa.**

De entre o conjunto de prestações sociais atribuídas para minimizar este risco, destaca-se o **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**. Introduzido em 2006, o CSI tem sido apontado

por vários investigadores na área das políticas sociais como uma das principais medidas que tem contribuindo para a diminuição da taxa de risco de pobreza ou exclusão social em pessoas com mais de 65 anos²³. Em 2019, existiam em Portugal 176 272 beneficiários do CSI, a maioria concentrada nos distritos do Porto (30 973), Lisboa (25 145), Braga (13 240), Aveiro (12 357) e Setúbal (12 328) (Figura 6). O CSI prevê, ainda, um conjunto de benefícios adicionais de saúde que visam salvaguardar a capacidade financeira para adquirir bens considerados prioritários para a população idosa, tais como a participação financeira no preço de medicamentos não comparticipados pelo Estado, a aquisição de óculos ou próteses dentárias^{11,24}.

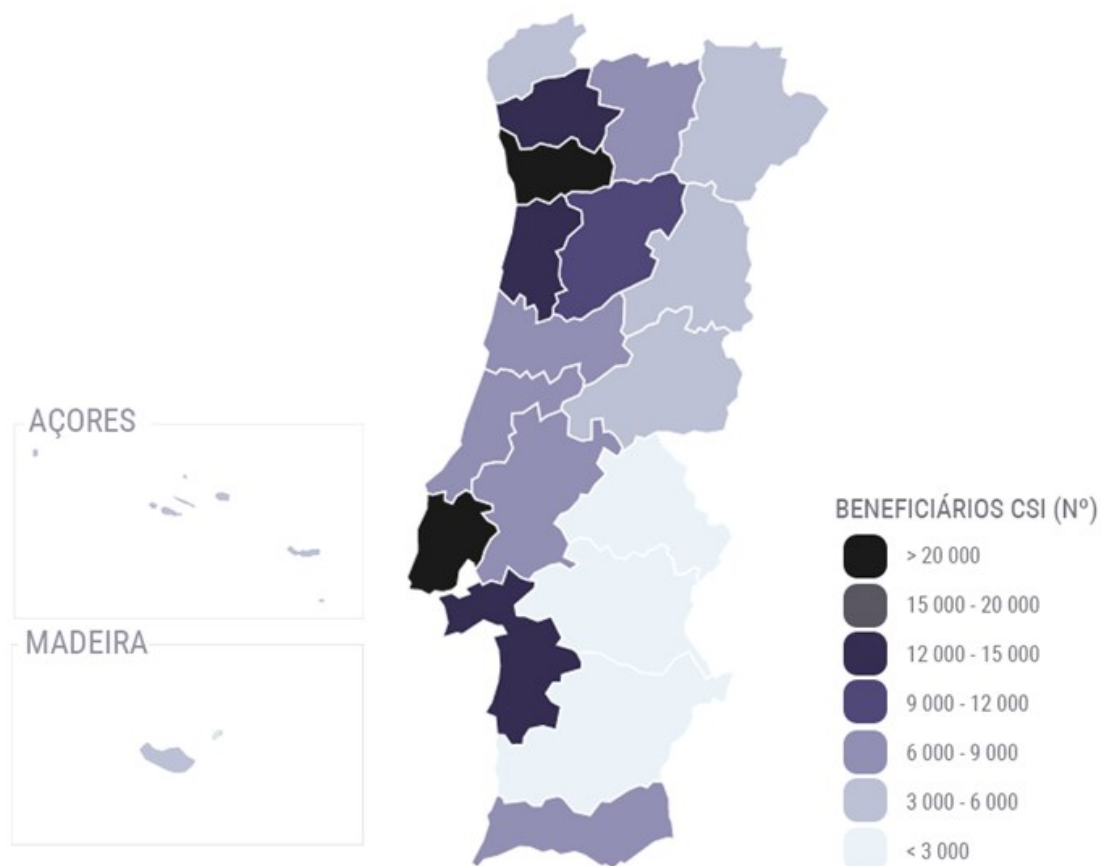


Figura 6. Número de beneficiários do Complemento Solidário para o Idoso (CSI) em 2019 por localização geográfica. Fonte: DGSS²⁵.

Apesar da importância destas prestações na redução do risco de pobreza entre os pensionistas, estas por si só são insuficientes para garantir o bem-estar das pessoas após a sua aposentação. Note-se por exemplo que, contabilizadas todas as prestações sociais em

2019, o rendimento médio dos pensionistas situava-se nos 534 €, um valor ainda assim muito próximo do limiar do risco de pobreza em 2018 (501 €) ou do valor para 2019 considerando um aumento de 4% (523€).

DAS POLÍTICAS MONETARISTAS ÀS RESPOSTAS SOCIAIS

Se por um lado se pode argumentar que as prestações sociais apenas afastam marginalmente os pensionistas do limiar do risco de pobreza, é também um facto que as **prestações sociais carecem de eficácia na resolução de outros riscos associados** ao envelhecimento, **tais como reparação de**

situações de dependência e carência financeira e/ou social das pessoas idosas.

As **respostas sociais** (Tabela 2), onde se incluem as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) ou os serviços de apoio domiciliário (SAD), **visam solucionar estes riscos**¹¹.

RESPOSTA SOCIAL	DESCRIÇÃO
Acolhimento familiar	Resposta social que visa integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.
Centro de convívio	Equipamento social que visa apoiar as atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.
Centro de dia	Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 ou mais anos, e que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.
Centro de noite	Equipamento de acolhimento noturno dirigido a pessoas idosas com autonomia que, embora durante o dia permaneçam no seu domicílio, por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança necessitam de acompanhamento durante a noite.
Centro de férias e lazer	Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores
Serviço de apoio domiciliário (SAD)	Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços personalizados no domicílio a indivíduos e/ou famílias que, por motivo de doença, situação de dependência física e /ou psíquica ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária.
Estrutura residencial para idosos (ERPI)	Equipamento destinado ao alojamento de idosos, de forma temporária ou permanente, em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia ou cuja situação social, familiar e económica não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida.

Tabela 2: Respostas sociais de apoio ao envelhecimento. Fonte: DGSS¹¹.

Em conjunto com iniciativas particulares do setor privado não lucrativo como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e as Misericórdias, a **Segurança Social tem** ao seu dispor várias respostas sociais que integram a **Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e visam responder às necessidades da população idosa**. A par destas respostas, existe ainda a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

(RNCCI). Criada em 2016, a RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS) e surge com o **objetivo de disponibilizar a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas em situação de dependência**, independentemente da sua idade, cuidados esses centrados na recuperação global da pessoa e **com vista à sua reintegração socio-**

Muito embora o número de respostas sociais da RSES direcionadas aos idosos e respetiva capacidade tenha vindo a registar um desenvolvimento francamente positivo nas últimas duas décadas (um incremento de 89% e 89,3%, respetivamente)²⁶, a cobertura territorial destas respostas continua a ser um potencial para melhorar.

desenvolvimento francamente positivo nas últimas duas décadas (um incremento de 89% e 89,3%, respetivamente)²⁶, a cobertura territorial destas respostas continua a ser um potencial para melhorar. Em 2018 a taxa de cobertura média das principais respostas sociais direcionadas aos idosos no território continental correspondia a 12,6%, sendo no entanto esta cobertura particularmente heterogénea ao longo do território²⁶.

Em termos territoriais, 66% dos concelhos do território continental apresentavam em 2018 uma taxa de cobertura acima da média (12,6%), com a maioria dos concelhos do interior a apresentar taxas de cobertura superiores a 20%. Já nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, assim como a região algarvia, a maioria dos concelhos apresentava taxas abaixo da média (Figura 7)²⁶.

De entre as respostas sociais existentes, o **SAD** (34,7%; 2 687 equipamentos), a **ERPI** (32,4%; 2 507 equipamentos) e o **centro de dia** (27,2%; 2 105 equipamentos) **constituem as respostas sociais com maior representatividade na RSES** (Figura 7)²⁷.

Já no que remete à lotação destes equipamentos em 2020^v, a **ERPI** (92%) **destacava-se como sendo a resposta com maior percentagem de ocupação, enquanto que as respostas SAD (69%) e Centro de dia (64%) apresentavam uma taxa de ocupação média** (Figura 8).

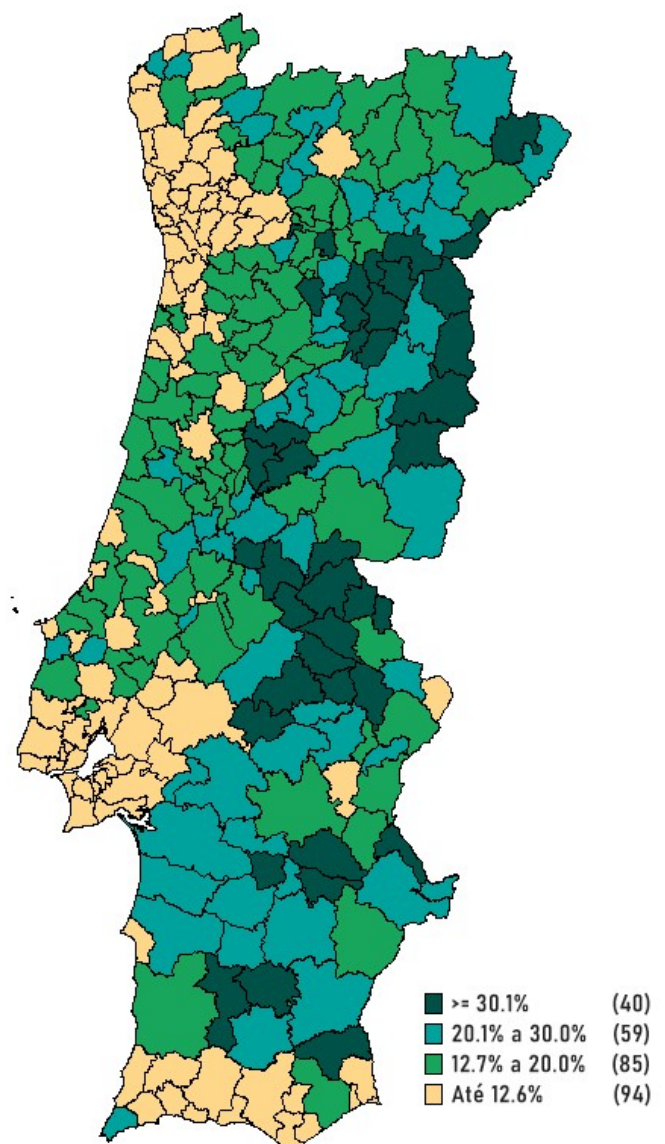


Figura 7. Taxa de cobertura das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho (2018). Adaptado de: Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos- Relatório 2018²⁶.

^v Data de consulta de dados: Setembro de 2020

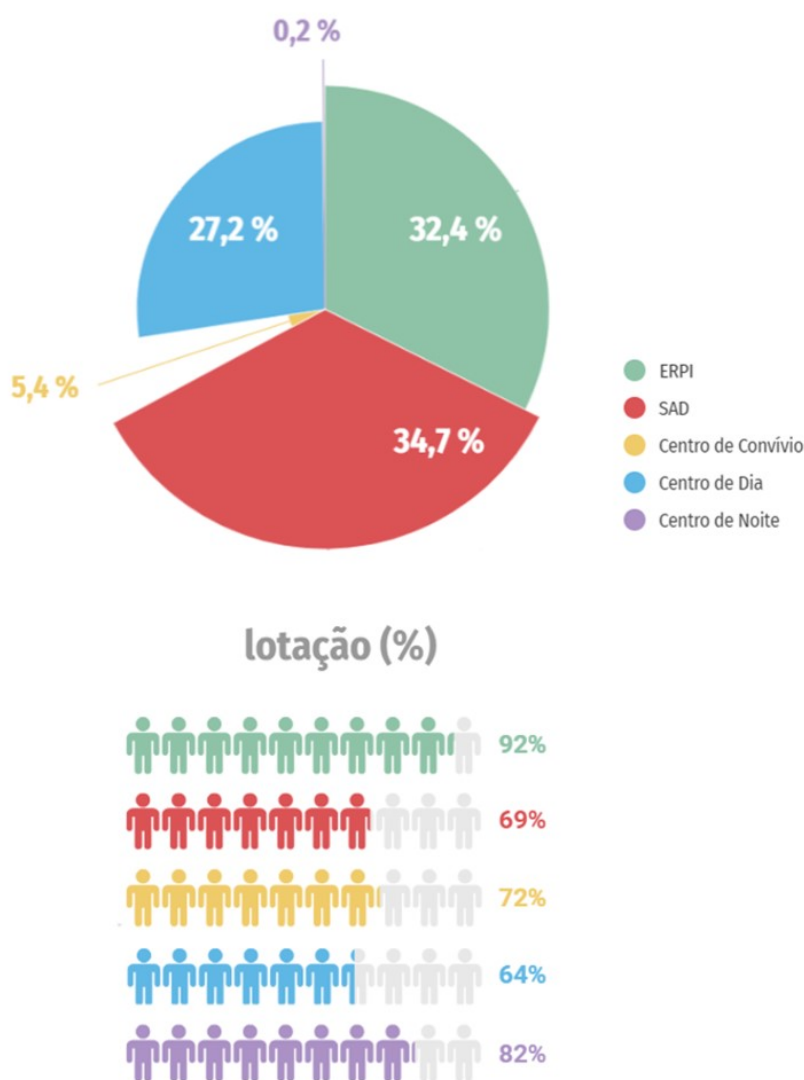


Figura 8. Principais tipos de resposta social e respetiva lotação. Fonte: Carta Social²⁷.

A utilização das respostas SAD e Centro de Dia tem vindo, aliás, a decrescer desde 2000, tendência que não se tem verificado na resposta ERPI, cuja a taxa de ocupação se tem mantido acima dos 90%²⁶. Uma explicação possível para estas diferenças acentuadas entre estas respostas sociais poderá estar relacionada com o aumento do número de utentes com maiores níveis de dependência e, por conseguinte, com maior necessidade de institucionalização em ERPI ou em equipamentos da Rede de Cuidados

Continuados Integrados²⁶.

Com o aumento do número de patologias e transformações psicológicas ocorridas no decurso do processo de envelhecimento, a **saúde física e mental tende a deteriorar-se e o idoso a perder os seus níveis de autonomia motora e cognitiva**. Esta **perda de autonomia**, como evidenciado pelo Inquérito Europeu sobre a Saúde (EHIS), **tende a acentuar-se a partir dos 75 anos, com mais de metade das pessoas a reportar limitações moderadas (18%) ou severas**

(46%) na manutenção dos seus cuidados pessoais ou na execução de tarefas domésticas (Figura 9)²⁸.

Olhando ainda aos dados do Inquérito Europeu sobre a Saúde do Eurostat, o **aumento da dificuldade entre os idosos na execução de tarefas domésticas e dos seus cuidados pessoais tende a agravar-se em áreas menos urbanizadas**²⁸. Enquanto que nas cidades a maioria dos inquiridos afirma não encontrar dificuldades na execução de atividades e/ou de cuidado pessoal, a tendência inverte-se nas zonas suburbanas e rurais, sendo maior entre os idosos inquiridos a incidência de limitações moderadas (respetivamente, 18% e 21%,) e severas

(respetivamente, 38% e 36%) na execução destas tarefas (Figura 10)²⁸.

A **incapacidade do idoso ser autossuficiente na execução de tarefas domésticas** (ex. cozinhar, ir às compras, gerir a medicação, usar o telefone etc.) ou **na gestão dos seus cuidados pessoais** (ex. cuidar da higiene pessoal, vestirem-se e/ou despirem-se, levantarem-se da cama ou cadeira, etc.) **coloca desafios complexos às redes de apoio familiar**. Estas assumem frequentemente o papel de cuidadores sem que, em muitos casos, disponham dos recursos ou das competências técnicas necessárias à manutenção da qualidade de vida do idoso.

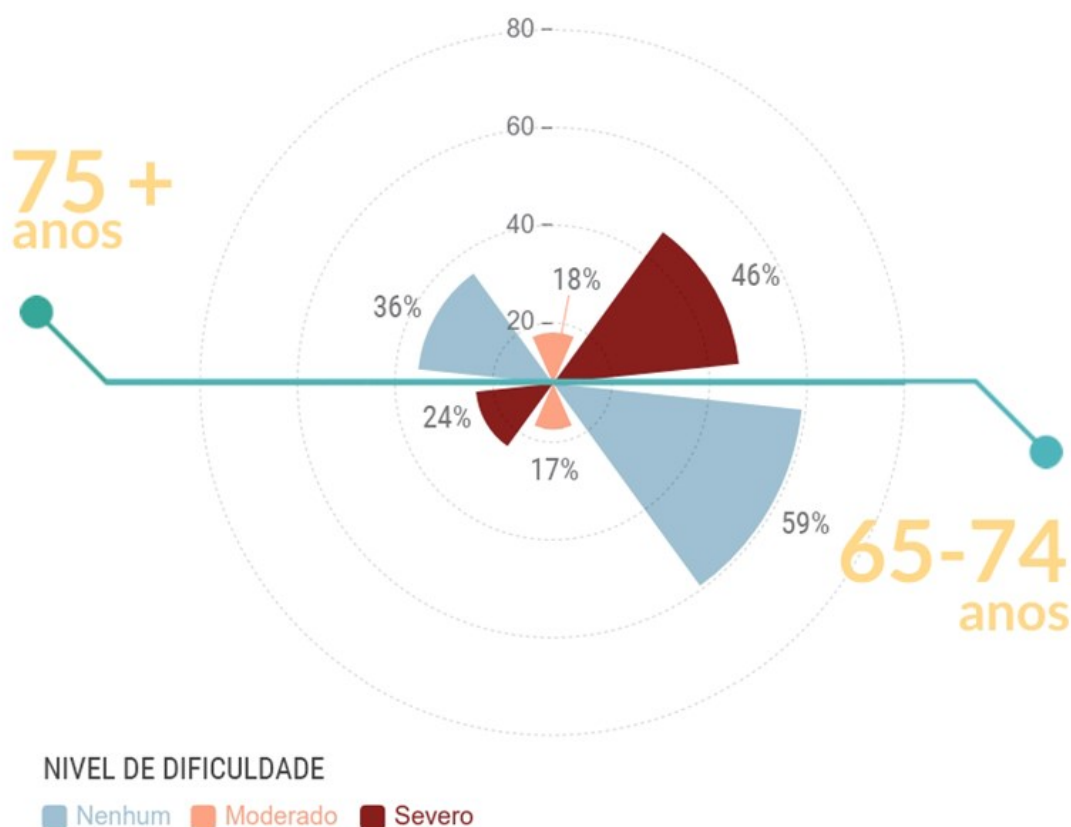


Figura 9. Dificuldade em executar atividades domésticas e/ou de cuidados pessoais realizar atividades de cuidados pessoais for faixa etária. Fonte: Eurostat²⁸.

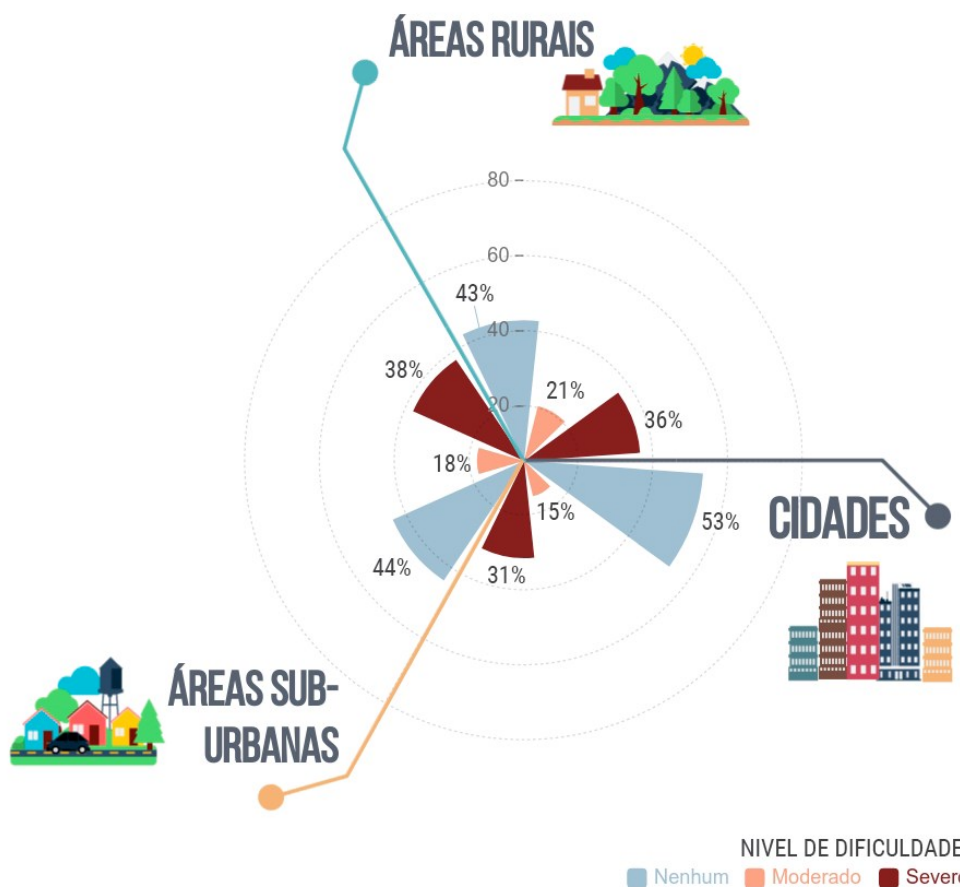


Figura 10. Dificuldade em executar atividades domésticas e/ou de cuidados pessoais em pessoas com 65 ou mais anos de idade por grau de urbanização da área de residência. Fonte: Eurostat²⁸.

Se por um lado as exigências colocadas às famílias no que toca ao cuidado do idoso são cada vez mais complexas, acresce o facto de que este modelo “família-cuidadora” se tem revelado cada vez mais desajustado das estruturas e dinâmicas familiares modernas. Desde a inserção da mulher no mercado de trabalho ao crescente peso das correntes migratórias para fora da área de residência ou mesmo do território nacional, **as famílias modernas tem sofrido violentos abalos na sua estrutura e que limitam a sua**

capacidade de satisfazer as necessidades físicas (ex. alimentação, cuidados globais), **psíquicas** (ex. autoestima, afeto) **e sociais** (ex. comunicação, sensação de pertença a um grupo) **do idoso**^{23,29}. Esta incapacidade de a família conciliar estas mudanças estruturais e suprir as necessidades dos elementos mais velhos, leva conseqüentemente a uma maior necessidade de recorrer à institucionalização do idoso em ERPI, o que por outro lado gera todo um outro conjunto de desafios.

Uma dimensão que importa analisar é a adaptação do idoso à institucionalização em lar. **A institucionalização do idoso**, seja por incapacidade da rede familiar de lhe conceder o suporte necessário à manutenção do seu bem-estar e segurança, seja pelos seus elevados níveis de dependência, **é potenciadora de stress e propicia inúmeras alterações a nível psicossocial**³⁰. Muito embora o ambiente institucional procure oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais do idoso, nem sempre há espaço para que este processo seja individualizado e para que, a par das tarefas de rotina e do cuidado do idoso, haja uma estimulação cognitiva, emocional ou dos vínculos afetivos³⁰. Como consequência, **a institucionalização pode acelerar e acentuar o declínio das funções físicas e cognitivas dos idosos com dependência**. Já **no caso dos idosos sem dependência, este processo pode igualmente levar ao desenvolvimento de diferentes graus de dependência devido à dificuldade do idoso em aceitar e adaptar-se ao ambiente institucional**.

A escassez de vagas em estruturas residenciais destinadas a acolher idosos é outro desafio que importa analisar. Embora nos últimos anos se tenha assistido a um aumento do número de respostas no setor social não-lucrativo direcionadas ao acolhimento e residência de idosos (nomeadamente, ERPI), na maioria dos casos

estes equipamentos encontram-se no limite da sua lotação. Se por um lado **a oferta ERPI no setor não-lucrativo se mantém insuficiente, os preços praticados no setor privado lucrativo são na sua generalidade inacessíveis às famílias e utentes com menores rendimentos, empurrando os idosos para lares ilegais**.

Só recentemente, à luz da pressão causada pela pandemia de COVID-19, foi possível compreender melhor a dimensão deste fenómeno. Segundo números avançados pelo JN em Abril deste ano, **estima-se que haja em Portugal mais de 35 mil idosos a viver em 3 500 lares ilegais ou clandestinos**³¹. Já segundo os dados da Carta Social, em setembro deste ano existiam cerca de 92 877 idosos a viver em estruturas residências da rede de serviços e equipamentos sociais²⁷. Isto significa que, atendendo aos dados da Carta Social, **não só existem mais lares ilegais do que equipamentos legalizados, como se estima que cerca de 27% dos idosos institucionalizados estejam atualmente a viver em lares ilegais ou clandestinos e, por isso, em condições de vulnerabilidade acrescida**.

Embora seja importante ressaltar que muitos destes lares reúnem condições para acolher os idosos e apenas se encontram em situação ilegal por não conseguirem cumprir algumas das exigências da Segurança Social e/ou estarem em processo de legalização,

uma **parte significativa dos casos estas estruturas não reúnem as condições mínimas necessárias ao acolhimento dos idosos**. A par da ausência de condições, acresce o facto que, **perante a ilegalidade, a assistência aos idosos em caso de doença – particularmente as idas às urgências e aos hospitais – poderá ser adiada ou ocultada**, levando ao agravamento do seu estado de saúde. **É urgente por isso unir esforços** entre os diferentes agentes políticos, institucionais e parceiros sociais no sentido de mobilizar os meios necessários **de forma a alterar as condições em que estes idosos vivem**. Este esforço deve passar, não só por um papel mais ativo do Estado na fiscalização e identificação destes equipamentos, mas igualmente por um reenquadramento do quadro legislativo que facilite e apoie a legalização de estruturas com condições muito próximas das exigidas.

A par destas respostas sociais na RSES, destaca-se também a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que permitiu integrar uma maior diversidade de respostas direcionadas ao cuidado continuado integrado de acordo com os níveis de dependência, de necessidade de internamento e cuidados médicos²³. Criada em 2016, a RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS) e surge com o objetivo de

disponibilizar a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas em situação de dependência, cuidados esses centrados na recuperação global da pessoa e com vista à sua reintegração sociofamiliar. Apesar de uma ferramenta importante e com elevado potencial, a RNCCI carece igualmente de fragilidades. Deixaremos a análise das potencialidades e fragilidades da RNCCI, bem como a cobertura desta resposta, para futuros documentos.

DA TECNOLOGIA À INOVAÇÃO SOCIAL: RESPOSTAS INOVADORAS NA ÁREA DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Atualmente, nos países economicamente mais desenvolvidos, quando os idosos começam a perder a sua autonomia física e psíquica, a opção é frequentemente a institucionalização. No entanto, como anteriormente referido, não só o processo de institucionalização pode acelerar o processo de perda de autonomia dos idosos, como a cobertura e disponibilidade destas respostas é limitada. Esta limitação empurra frequentemente o idoso para situações de maior vulnerabilidade, nomeadamente propiciando situações de abandono, exclusão social ou institucionalização em equipamentos não legalizados. Neste sentido, nos últimos anos tem-se assistido a uma **mudança do paradigma do cuidado do idoso focada no princípio de “envelhecimento ativo e saudável”** e que procura **potenciar a qualidade de vida e saúde durante o processo de envelhecimento de forma a conservar a autonomia e capacidade funcional da pessoa idosa, adiando ou mesmo diminuindo a necessidade de institucionalização.**

Introduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de **envelhecimento ativo e saudável** é definido como **o processo**

de desenvolver e otimizar oportunidades para a saúde, segurança e participação na sociedade durante o processo de envelhecimento de forma a manter a capacidade funcional^{vi} e contribuir para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar na velhice³². Embora as condições de saúde individual sejam determinantes neste processo, a promoção do envelhecimento ativo e saudável não se limita apenas à promoção de comportamentos saudáveis⁹. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece, pelo que de forma a promover um envelhecimento ativo e saudável é igualmente necessário que se considerem fatores ambientais e pessoais tais como os determinantes económicos, sociais e culturais, entre outros⁹. Assim, **envelhecer com saúde significa criar ambientes e oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam ao longo da vida,** independentemente da existência ou não de doenças, uma vez que quando bem controladas estas têm pouca influência no seu bem-estar³².

^{vi} Isso inclui a capacidade de uma pessoa para: atender às suas necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; seja móvel; construir e manter relacionamentos; e contribuir para a sociedade.

Das prestações às respostas sociais, na secção anterior abordámos alguns instrumentos de política social na área de envelhecimento que se têm revelado fundamentais para proteger e acautelar a qualidade de vida dos idosos. **A relação particularmente próxima que o Estado mantém com as organizações do setor privado não lucrativo**, peça essencial para a consolidação de alguns desses serviços, **tem-se demonstrado também um espaço particularmente fértil no âmbito da inovação social nesta área do envelhecimento ativo e saudável**. A região centro é um bom exemplo desta mudança de paradigma.

De acordo com um relatório de 2017 da **Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDRC) que identifica boas práticas na área do envelhecimento ativo e saudável, foram identificadas na região cerca de 127 boas práticas, distribuídas** num total de **15 áreas** distintas que abrangem desde a animação e a inclusão social, à investigação e telemedicina (Figura 11)³³. De entre o tipo de **promotores associados destacavam-se as IPSS (32%), autarquias locais (31%) e as instituições de ensino (19%)**³³.

Entre algumas das iniciativas identificadas destacam-se, por exemplo, as **“Idoliadas, a arte da Maior Idade”**, promovida pela Câmara Municipal de Ílhavo. Com o apoio de

diferentes IPSS do município, este projeto utiliza a arte (ex. música, teatro, dança, etc.) como ferramenta para aproximar e desmistificar os estereótipos em torno da pessoa idosa. Em curso desde 2013, a **dinamização deste projeto tem contribuído para a socialização da população idosa, recorrendo para isso a atividades baseadas em diferentes técnicas** (ex. terapia pelas artes, estimulação cognitiva e multissensorial, etc.) e **promovendo melhoria do seu estado físico e emocional**³³. Outro exemplo é o projeto **“FisioCar — Fisioterapia ao Domicílio”**, promovido desde 2017 pela Santa Casa da Misericórdia de Pombal. Este projeto **visa melhorar a funcionalidade e a independência dos idosos nas suas atividades da vida diária disponibilizando para isso serviços de fisioterapia ao domicílio** numa viatura equipada e transformada em unidade móvel de fisioterapia³³.

A existência de iniciativas inovadoras neste domínio não se limita à zona centro. O **projeto “Aldeias Pedagógicas”** na zona norte é outro bom exemplo de inovação social na área do envelhecimento ativo e saudável. Iniciado em 2011 pela associação AZIMUTE, este projeto começou pela aldeia da Portela, no distrito de Bragança, tendo já sido estendido para as aldeias da Pinela, Vale de Frades e Vilar Seco³⁴. Não só este **projeto promove o envelhecimento ativo, como**

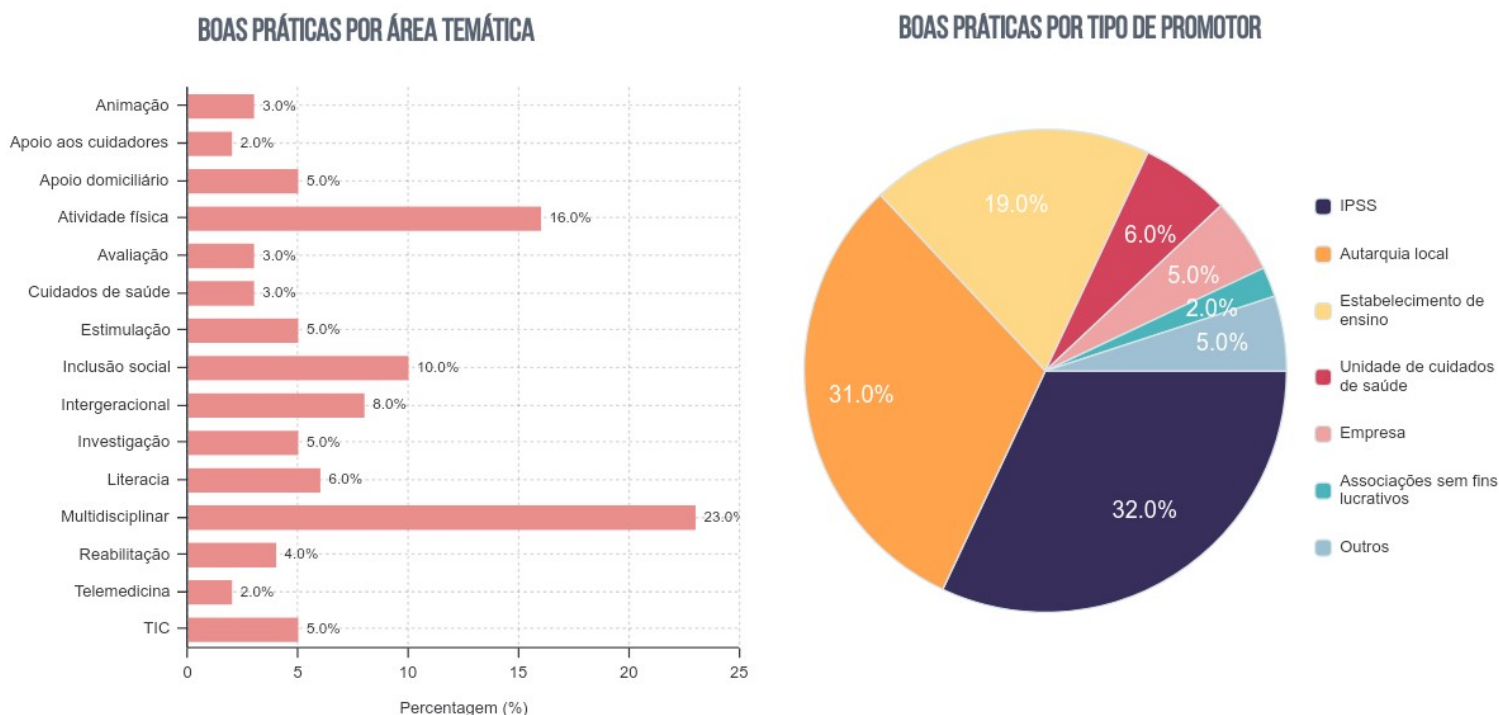


Figura 11. Boas práticas em envelhecimento ativo e saudável por área temática e tipo de promotor na região centro. Fonte: CCDRC³³

fomenta a intergeracionalidade e a valorização do idoso, estimula a participação cívica e familiar e o bem-estar físico e mental do idoso. Pensada para grupos escolares e/outras grupos organizados, este **projeto utiliza os saberes, ofícios e a experiência de vida dos idosos, valorizando assim as suas vivências e a sua ligação ao mundo rural transformando-os em guias e “Mestres” das aldeias**³⁵.

A promoção de iniciativas *“Ageing in place”* é outro tipo de abordagem que promove um envelhecimento ativo e saudável. Em português, “Envelhecer em casa e na comunidade”, *“Ageing in place”* significa a **capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece**³⁶.

Este tipo de abordagem procura disponibilizar serviços diferenciados que possibilitem a permanência dos idosos na sua casa e comunidade durante o envelhecimento, mantendo o máximo possível de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio ambiente envolvente³⁶.

Um exemplo deste tipo de abordagem é o **programa “CAPABLE”**, financiado pelo Center for Medicare e Medicaid Innovation nos Estados Unidos, e que procura **minimizar o impacto da deficiência entre idosos com baixos recursos financeiro, contribuindo para o aumento significativo da sua qualidade de vida e autonomia**³⁷. Com uma equipa multidisciplinar composta por um(a) terapeuta ocupacional, um(a) enfermeiro(a) e

um(a) profissional do restauro e construção, o programa promove a **capacitação individual do participante e a adaptação estrutural do meio envolvente, através de pequenos reparos e /ou modificações na habitação dos participantes que permitam a navegação na sua casa com maior facilidade e segurança.**

Também nesta temática várias iniciativas têm sido desenvolvidas em Portugal. Desenvolvida pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa a publicação **“Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar” destaca 80 exemplos de boas práticas de “Ageing in place”** e que se englobam nas cinco principais áreas de intervenção segundo a OMS: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados e políticas de apoio social³⁶. Entre algumas destacam-se, por exemplo, as iniciativas “Gabinete de Ensinos” ou “Lar da Aldeia”³⁶.

Com mais de 1 465 utentes/ cuidadores informais abrangidos desde 2016, o **“Gabinete de Ensinos”** é promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Águeda e **tem como objetivo informar e formar a pessoa com algum grau de dependência e/ou os respetivos cuidadores informais sobre os cuidados a promover face às mais frequentes situações de limitação funcional.** Já o **“Lar da Aldeia”** é um **projeto de inovação social** promovido pela

Associação Sport Club Operário de Cem Soldos (SCOCS) e **visa criar um sistema de apoio e integração da população mais idosa na vida comunitária de Cem Soldos,** permitindo **manter as pessoas idosas a residir em Cem Soldos** pelo maior tempo de vida que for possível, mantendo a sua individualidade e privacidade, **fornecendo em simultâneo serviços de apoio essenciais que estimulam o seu quotidiano.**

Também na área tecnológica novas respostas inovadoras na área do envelhecimento têm emergido. Um exemplo recente que nos chega da Holanda é o desenvolvimento e implementação de robots sociais em residências para idosos. **Desenvolvido para proporcionar o convívio, cuidado e socialização do idoso,** motivando-o a permanecer ativo, independente e melhorar os seu bem-estar, **este robot é autónomo e tem um design intuitivo que promove e facilita a interação dos idosos, cuidadores e visitantes com o robot social**³⁸.

Se por um lado é importante que a proteção social disponha de respostas sociais alargadas capazes de suprir as principais necessidades da população idosa, é por demais evidente que este processo não pode – nem deve – ser alheio à inovação social. Dada a crescente complexidade dos problemas sociais que o envelhecimento demográfico levanta, mais do que nunca é

essencial que a procura de novas políticas sociais nesta matéria seja um processo dinâmico, multidisciplinar e colaborativo. Mais do que nunca, emerge a necessidade de procurar soluções “frescas” e inovadoras, capazes de solucionar estes novos desafios.

O ENVELHECIMENTO, A SAÚDE O SISTEMA DE PENSÕES: É O ENVELHECIMENTO MESMO UM PESO NA SOCIEDADE?

Nos últimos anos, a velhice e o envelhecimento demográfico têm vindo a ser tratados como um “problema”, uma patologia da sociedade contemporânea que ameaça a sustentabilidade financeira das políticas sociais, dos sistemas de saúde e, por conseguinte, a sustentabilidade financeira do estado e o funcionamento da economia. Esta perspetiva assenta no entanto numa **visão simplista do homem e da sociedade, enviesada pelo mercado de trabalho** entre membros ativos e inativos, e **que fomenta uma representação negativa e discriminatória do idoso como uma pessoa incapaz e dependente**²⁹.

Com efeito o **envelhecimento faz-se acompanhar de uma série de “riscos”**, como a saída do mercado de trabalho ou

diminuição das capacidades cognitivas e físicas, **que aumentam a vulnerabilidade dos idosos a aspetos como o empobrecimento ou a deterioração do nível de bem-estar**, e que simultaneamente **levantam questões relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras**^{29,39}. Da pressão causada pela sustentabilidade financeira dos sistemas de pensões e do sistema de saúde ao aumento da despesa com equipamentos e serviços sociais, é indiscutível que envelhecimento populacional representa desafios ao desenvolvimento económico e sustentabilidade financeira do Estado⁴⁰. Não obstante, estes problemas pode ser solucionados a vários níveis, sem que tal envolva um recuo na qualidade e cobertura geral dos sistemas⁴⁰.

NEM SEMPRE A SAÚDE É UMA QUESTÃO DE IDADE

À medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades em cuidados de saúde tendem a aumentar devido à complexidade de patologias crónicas, mentais e outras comorbidades acumuladas. Por essa razão, **é comum observar-se a associação entre o crescente envelhecimento demográfico e o aumento da despesa com a saúde**⁴¹. A investigação epidemiológica tem vindo a demonstrar que a relação entre a idade cronológica e o estado de saúde é, porém, bastante elástica²³. Efetivamente, **vários estudos têm demonstrado que não é a idade em si mas os últimos 1-2 anos de vida – ocorram aos 50 ou aos 80 anos- o período associado aos maiores gastos em saúde**⁴¹. A incidência de comorbidades e deterioração do estado de saúde no fim de vida, ao invés da idade em si, são os principais fatores que determinam os custos associados à prestação de cuidados de saúde.

Hoje em dia existe um número significativo de pessoas que vivem até idades avançadas com total autonomia e níveis de saúde e bem-estar razoáveis⁴⁰. Não obstante, se a longevidade tem vindo a alcançar ganhos significativos nas últimas décadas, o mesmo nem sempre tem sido refletido na saúde da população mais envelhecida. Segundo dados de 2018 do Eurostat, se **a esperança média de vida das mulheres portuguesas aos 65 anos**

era de 22 anos, entre as mais altas da União Europeia, em média apenas 6,9 desses anos eram vividos com qualidade **sendo a maior fatia dessa longevidade (15,1 anos) vivida com uma diminuição acentuada dos níveis de saúde** (Figura 1). De igual forma, também **o aumento da longevidade nos homens (mais 18,2 anos) tem sido acompanhado por um aumento do número de anos vividos com pouca saúde (em média, 10,4 anos)**^{42,43}.

Vivemos mais, mas nem por isso vivemos com melhor saúde e a tendência é que este fenómeno venha a acentuar-se cada vez mais cedo. Quando olhamos a este mesmo indicador mas focamo-nos na projeção do número de anos de vida com saúde à nascença, este valor desce para os 57,5 anos nas mulheres e 59,8 anos nos homens⁴³. Ou seja, **nas próximas décadas o número de pessoas cada vez mais jovens com problemas de saúde associados será maior**. Efetivamente, **prevê-se que a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo entre os jovens e adultos na atualidade venha a aumentar a incidência de diabetes do tipo 2 e morbilidades associadas**, com o consequente impacto na despesa da saúde⁴¹. À luz destas mudanças epidemiológicas e demográficas, como poderemos então acautelar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde?

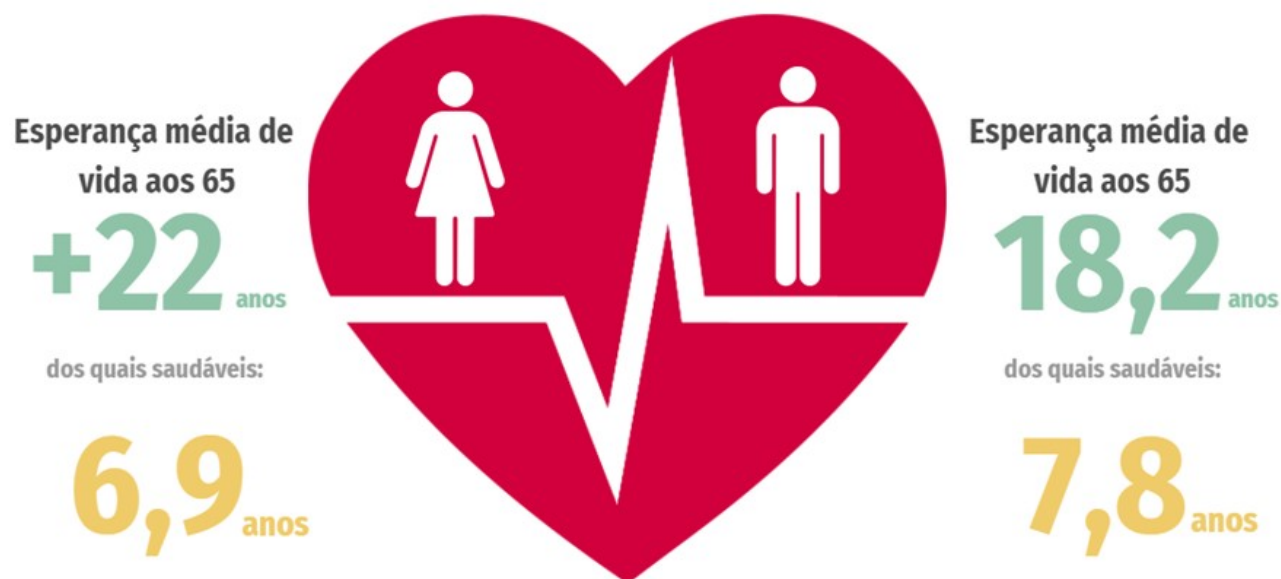


Figura 12. Relação entre a esperança média de vida aos 65 anos e o número de anos com saúde em Portugal. Fonte: Eurostat^{42,43}.

Se parte das despesas em saúde são passíveis de serem modificadas por meio da melhoria de eficiência organizacional do sistema nacional de saúde (SNS), por exemplo através da digitalização do SNS, parte da despesa pode ser reduzida mantendo relativamente conservado o “*status de saúde*” e investindo em políticas que priorizem a modificação dos estilos de vida, a educação e autonomia dos utentes. Doentes “emancipados” - ou seja, **doentes educados e capacitados na gestão dos seus próprios cuidados de saúde** - são um recurso importante na otimização dos serviços de saúde na medida em que **permitem melhorias em determinantes como o estado geral de saúde do idoso, diminuição do número de episódios agudos e internamentos, ou mesmo do seu nível de**

dependência⁴¹. Um exemplo deste tipo de abordagens é o “**Expert Patients Programme**” da **Stanford Medical School** (Reino Unido), um programa direcionado a apoiar a autogestão da saúde de pessoas com doenças crónicas de longa duração e **com resultados positivos na redução da gravidade dos sintomas, diminuição da dor e decréscimo do número de consultas e internamentos**⁴¹.

Este modelo demonstra ainda benefícios ao nível da redução da despesa pública em saúde. Num estudo feito nos EUA, **a implementação deste tipo de programa demonstrou uma redução significativa do número de idas às urgências (5%) e de hospitalizações (3%), transformação equivalente a uma redução da despesa da saúde de cerca de 310,80 € por participante e a uma poupança prevista de**

mais de 2,8 bilhões de euros se abrangendo pelo menos 5% dos adultos com uma ou mais doenças crônicas⁴⁴.

A adoção de políticas na área da saúde que priorizem a adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis, quer entre os idosos quer

entre os jovens e adultos no presente, são outro exemplo de medidas podem contribuir para reduzir significativamente as despesas com a saúde associadas à incidência de comorbidades na população mais envelhecida no presente e futuro.

O ENVELHECIMENTO É MESMO UMA AMEAÇA À SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE PENSÕES?

A par de uma maior incidência de limitações físicas e cognitivas, **o envelhecimento determina uma quase exclusão do mercado de trabalho e, conseqüentemente, perda da capacidade dos indivíduos manterem uma fonte de rendimento estável que lhes permita garantir a sua subsistência.** Os sistemas de pensões como o português justificam-se precisamente pela necessidade de proteger as pessoas desse risco¹⁴.

À semelhança de grande parte dos países da OCDE, o sistema de pensões português é de acesso público e é financiado através de um regime de repartição composto pelas contribuições dos trabalhadores no ativo. No caso português este agrega dois subsistemas distintos: a **caixa geral de aposentações (CGA), que incorpora os trabalhadores que entraram para a função pública até 2006, e o regime Previdencial da Segurança Social,**

que cobre os trabalhadores do sector privado e os trabalhadores que entraram para a função pública após 2006. A par do sistema contributivo, Portugal dispõe ainda de um sistema não-contributivo sobre o qual falaremos posteriormente.

Completando a idade normal de acesso à reforma^{vii}, uma pessoa pode pedir a Pensão de Velhice do sistema Previdencial da Segurança Social se tiver acumulado no mínimo 15 anos de contribuições, **sendo o valor da pensão dependente da duração da carreira contributiva, montante das remunerações registadas e da idade**¹⁴. A pensão de velhice é ainda atualizada anualmente tendo em

^{vii} Atualmente, 66 anos e 5 meses, a partir de 2021 passará a ser 66 anos e 6 meses. Caso o beneficiário tenha idade inferior, a antecipação da pensão é possível através do regime de flexibilização da idade, exercício de atividade em determinadas profissões, em caso de desemprego de longa duração ou no caso de carreiras muito longas.

consideração a inflação e o crescimento da economia. Assim, **quanto maior a carreira contributiva e a remuneração média de referência do indivíduo, maior será o valor da pensão**. Em contrapartida, **pessoas com uma carreira contributiva menor e/ou uma remuneração média de referência mais baixa terão acesso a pensões mais reduzidas** (Figura 13).

Apesar destas pequenas atualizações, em muitos casos o valor da pensão de velhice mantém-se claramente insuficiente para acautelar o risco de pobreza entre os pensionistas. Tomemos como exemplo os valores mínimos de referência das pensões de velhice, calculados em função da carreira

contributiva (Figura 12). No caso de **uma pessoa com uma carreira contributiva inferior a 15 anos, o valor atual é da pensão é de 275,30€, valor que sobe para 398,34€ no caso de uma pessoa com uma carreira contributiva superior a 31 anos**⁴⁵. Tendo em conta que, segundo os dados Inquérito às Condições de Vida e Rendimentos (ICOR) de 2019, **o limiar do risco de pobreza se situava nos 501.17 €, é fácil concluir que estes valores são insuficientes para acautelar o risco de pobreza entre os pensionistas**. O mesmo risco se verifica quando analisando o valor médio da pensão de velhice, como anteriormente referido também abaixo deste limiar (Figura 4).

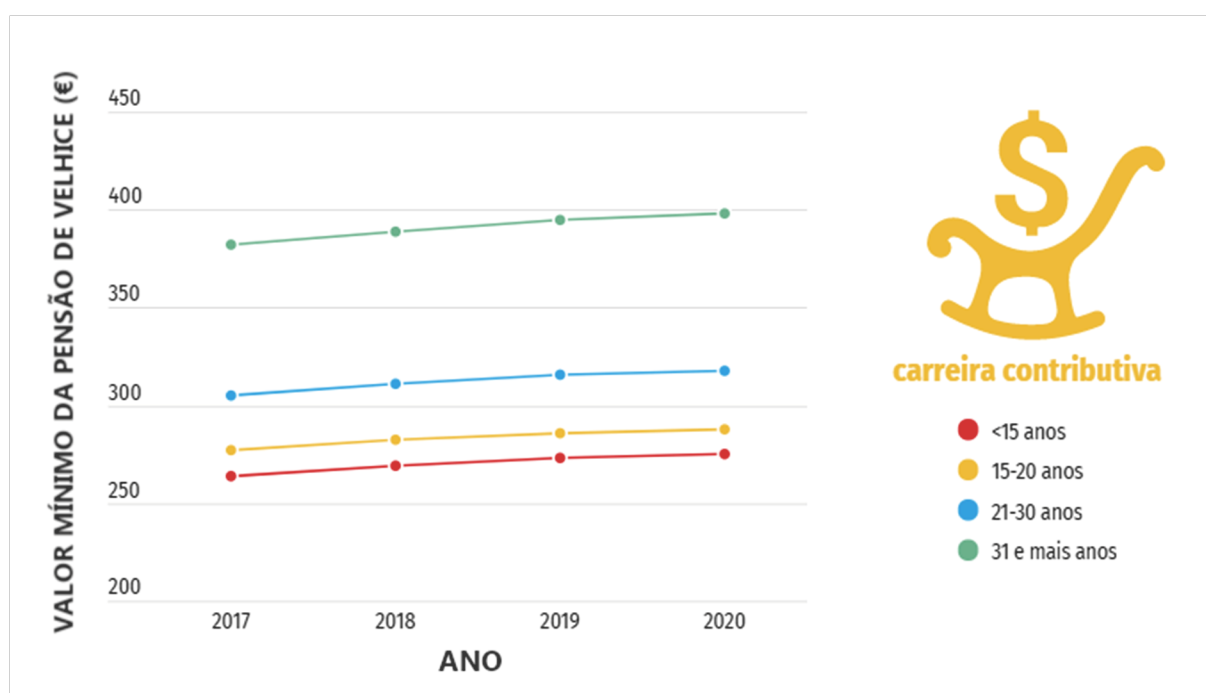


Figura 13. Evolução do valor mínimo da Pensão de Velhice da Segurança Social em função da carreira contributiva. Fonte: DGSS^{45,46} e DRE^{47,48}.

Como anteriormente referido, Portugal dispõe ainda de um conjunto de “pensões” de natureza não-contributiva idealizadas para proteger beneficiários cuja carreira contributiva seja insuficiente para aceder a uma pensão contributiva e/ou cujo valor da pensão seja insuficiente para proteger os indivíduos do risco de pobreza na velhice¹⁴. Incluída neste conjunto de pensões, destaca-se a **Pensão Social de Velhice** (montante mensal: 211.79€), **ao qual acresce o complemento extraordinário de solidariedade (CES) cujo valor é variável consoante a idade** (titulares até aos 70 anos: 18,44€; titulares a partir 70 anos: 36,85€).

Apesar de ser evidente a importância do sistema de pensões português para assegurar o bem-estar das pessoas após a sua saída do mercado de trabalho – note-se, caso este sistema não existisse segundo os dados mais recentes do ICOR 2019 o risco de pobreza

monetária entre as pessoas com 65 ou mais anos situar-se-ia nos 88,8%^{21,22} - muitas questões se têm colocado no que remete à sua sustentabilidade. Do **ponto de vista financeiro, um funcionamento “sustentável” do sistema de pensões assenta na capacidade das contribuições pagas pelos trabalhadores e empregadores serem suficientes para assegurar o pagamento das pensões de natureza contributiva**¹⁴. À luz das transformações demográficas anteriormente discutidas, o peso do envelhecimento demográfico na sustentabilidade financeira deste sistema é um aspeto que tem suscitado debate na esfera pública e política.

Entre 2009 e 2019, o número de pensionistas aumentou cerca de 5,2%: de 3,42 milhões para 3,60 milhões de beneficiários (Figura 14)⁴⁹. Em 2018, o **total das despesas da segurança social gastas em**

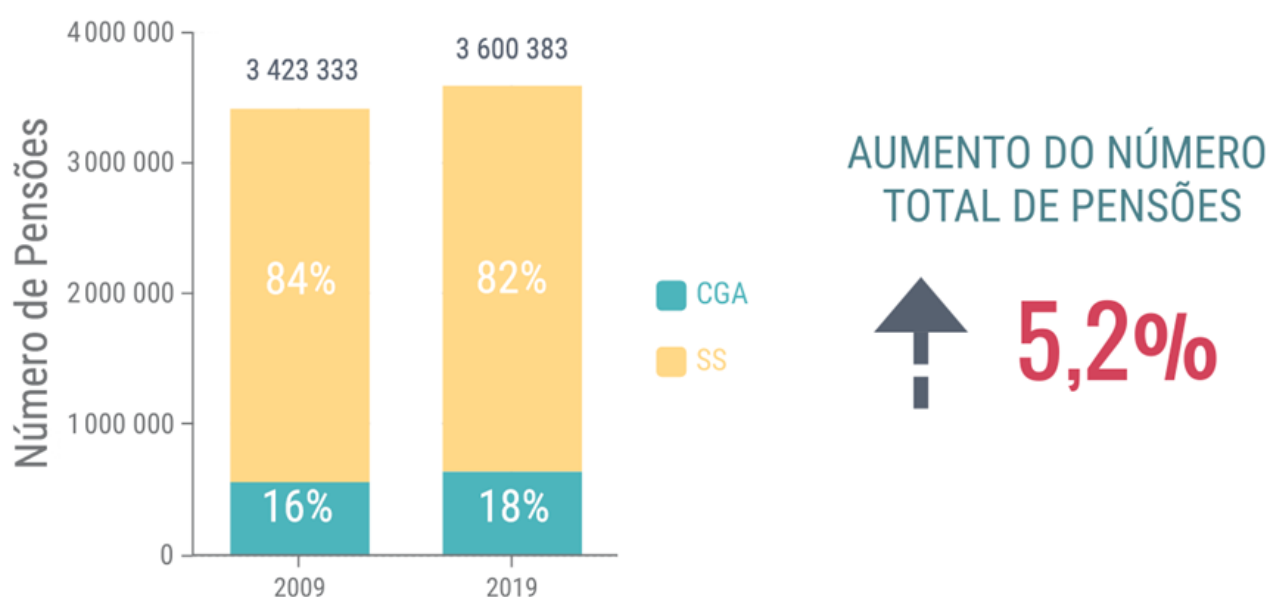


Figura 14. Evolução do número de pensões atribuídas pela Segurança Social (SS) e Caixa geral de aposentações (CGA) em Portugal. Fonte: PORDATA⁴⁹.

em pensões era equivalente a cerca de 13,8 % do PIB da Segurança Social, constituindo a pensão de velhice o tipo de prestação com maior impacto na despesa (10,75% do PIB), um aumento de 1,51 pontos percentuais (pp) quando comparado a 2008 (Figura 15). Prevê-se que **até 2028 a evolução da receita em contribuições para o Sistema Previdencial da Segurança Social seja insuficiente para cobrir a despesa com as pensões**, o que **exigirá uma mobilização dos**

fundos do Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social (FEFSS), podendo estes fundos esgotarem-se até 2040¹⁴. Estas transformações exigirão um papel mais ativo do estado no financiamento do sistema de pensões, com conseqüente aumento da despesa pública, pelo que na agenda política se tem amplamente discutido formas de aumentar a sustentabilidade financeira do sistema de pensões português.

Como referido anteriormente, os sistemas

DESPESA DA PROTEÇÃO SOCIAL EM PENSÕES DE VELHICE EM PERCENTAGEM (%) DO PIB:

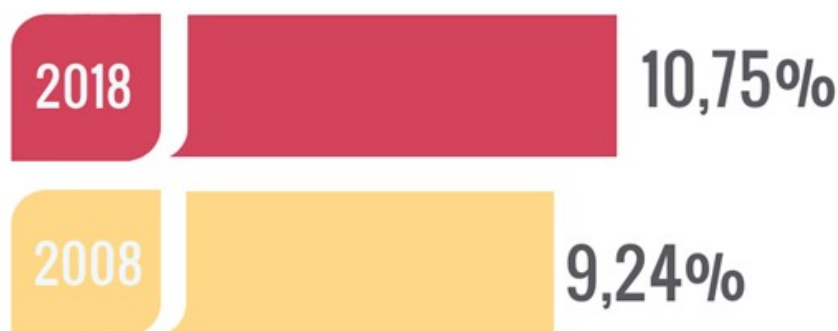


Figura 15. Evolução da despesa da proteção social em pensões de velhice.
Fonte: INE⁵⁰.

de pensões justificam-se principalmente para proteger as pessoas do risco de pobreza na velhice após a sua saída do mercado de trabalho. De **forma a efetivamente cumprir essa função de salvaguardar os pensionistas do risco de pobreza**, o **sistema de pensões necessita de evitar que a passagem à reforma implique uma quebra abrupta de rendimentos e garantir um nível de rendimento adequado na reforma**. Uma

parte significativa do discurso referente à reestruturação do sistema de pensões português tem-se centrado na necessidade de reduzir a sua despesa, quer através de cortes nas pensões, quer pelo adiamento da idade da reforma. Esta linha de diálogo esquece, porém, uma premissa importante: a capacidade de o sistema de pensões garantir a proteção e bem-estar das pessoas, ou seja, de cumprir a sua função. **Reestruturar o sistema de pensões**

português olhando apenas à sustentabilidade financeira, mas comprometendo a sua eficácia social, é sabotar a verdadeira função deste sistema.

De acordo com um estudo de 2019 que analisa a sustentabilidade da reforma do sistema de pensões português em três cenários distintos, embora financeiramente mais sustentável, um **aumento de 3 anos na idade de reforma ou um corte de 0,5% no valor das pensões surgiam como as opções com consequências mais negativas ao nível da adequação das pensões no futuro ou do agravamento da taxa de pobreza entre pensionistas**¹⁴. Já num cenário em que era promovido o **aumento gradual das taxas contributivas para a Segurança Social e a CGA pagas pelos trabalhadores e empregadores**, embora menos eficaz no que se refere na melhoria da sustentabilidade financeira do sistema, esta medida **surgia como a opção com menor impacto na sustentabilidade social**¹⁴. Estes dados, embora insuficientes para propor um modelo ótimo de reforma do sistema de pensões, vinculam a **importância de que este processo tenha em consideração não só a sustentabilidade financeira do sistema, mas também a sua sustentabilidade social, ou seja, a sua eficácia na melhoria do bem-estar das pessoas**¹⁴.

A introdução de incentivos fiscais e/ou contributivos que estimulem ao adiamento da

idade da reforma – e consequentemente a redução da despesa – são uma alternativa à imposição de regras que adiem sucessivamente a idade legal de aposentação e que penalizam substancialmente os desempregados de longa duração mais velhos. Por outro lado, o aumento das taxas contributivas para a Segurança Social e CGA, simultaneamente com a promoção de políticas que garantam o aumento do rendimento líquido dos trabalhadores, poderão ser uma forma socialmente sustentável de aumentar a receita. **A sustentabilidade social destas medidas deve, porém, ser analisada tendo em conta modelos que possam prever o seu efeito ao nível da pobreza e exclusão social, criando para isso um sistema de “poverty-proofing”, capaz de detetar a existência ou não de um risco de pobreza acrescido entre os pensionistas e entre os trabalhadores.**

A otimização da sustentabilidade financeira do sistema de pensões português poderá passar por uma combinação de medidas que favoreçam simultaneamente um aumento das receitas e diminuição da despesa. Mais do que desenvolver medidas que se foquem apenas na alteração no sistema de proteção social, é necessário porém que se promova o desenvolvimento de políticas transversais que intervenham nas causas desta insustentabilidade, de entre as quais se destacam as baixas **contribuições associadas à precariedade laboral e baixos salários** ou a

baixa taxa de natalidade.

Embora seja realmente importante que procurem formas de adaptar o sistema de pensões português às alterações demográficas que se antecipam, **parte essencial deste processo passa pelo desenvolvimento de medidas que promovam o acesso das pessoas a vínculos laborais mais estáveis e salários dignos durante a sua trajetória no mercado de trabalho.** A incapacidade de as pessoas terem acesso a um trajeto laboral qualificado e protegido - e o acesso a um rendimento que as capacite a durante a idade ativa a reunir poupanças e/ou adquirir habitação - são aspetos que aumentam o risco de pobreza após a aposentação⁵¹.

O **desenvolvimento de políticas sociais que promovam uma maior proteção dos indivíduos durante o seu trajeto no mercado de trabalho e o acesso a rendimentos mais adequados** é, por isso, essencial. Não só estes tipos de políticas permitem que os indivíduos tenham a oportunidade de aceder a outros esquemas de poupança que os protejam durante a velhice, como simultaneamente aumentam o volume das suas contribuições para o sistema de pensões, **garantindo assim uma maior adequabilidade da pensão recebida após a aposentação.** Adicionalmente, **o desenvolvimento de políticas** que promovam um mercado de trabalho mais inclusivo para os cidadãos perto da idade de aposentação

poderá, igualmente, ser uma mais-valia **para proteger e fomentar a permanência no mercado de trabalho das pessoas até mais tarde, acautelando assim o risco de uma quebra abrupta de rendimentos aquando a sua aposentação.**

O desenvolvimento de políticas que atraiam imigrantes é outro elemento importante nesta equação. O **aumento do fluxo migratório**, quando criados processos e mecanismos que garantam a integração destas pessoas na sociedade civil e o acesso a um vínculo laboral digno (ex. bom salário, acesso à proteção social, etc.), **constitui um fator importante para aumentar o número de pessoas em idade ativa** e, por isso, **“aptas” a ingressar no mercado de trabalho e aumentar o volume de contribuições para a segurança social.**

Se por um lado aumento do rendimento e da proteção social associada ao trabalho é importante, a par destas medidas deve ser **associada a criação de políticas que favoreçam uma melhor conciliação entre vida familiar e profissional bem como o acesso a serviços de públicos de ensino com qualidade** (ex. cobertura adequada e com qualidade ao nível da creche e jardim de infância, melhoria da qualidade de ensino na rede escolar pública, etc.), **reforçando assim uma melhoria das condições e recursos das famílias e que favoreça de forma efetiva o aumento da natalidade.**

As transformações sociodemográficas que iremos observar nas próximas décadas são complexas. A par desta complexidade, **a estas transformações está associado um elevado grau de imprevisibilidade no que se refere à evolução do crescimento económico ou das dinâmicas demográficas.** A atual situação pandémica é um exemplo claro de como esta incerteza pode modificar de forma drástica a economia num curto espaço de tempo. De forma a **complementar a reforma do sistema**

pensões português e acautelar a sustentabilidade deste sistema às transformações que se antecipam poderá, portanto, ser necessário que o Estado assuma uma ação mais direta neste processo. É por isso fundamental que também se discuta e reenquadre **o papel do Estado no financiamento do sistema de pensões,** nomeadamente através de transferências do Orçamento do Estado, **caso o sistema entre em défices.**

CONCLUSÕES

Da proteção social e saúde, à distribuição de rendimentos e crescimento económico, o envelhecimento populacional trouxe novos desafios às sociedades modernas. Neste **Boletim #5** debruçamo-nos sobre as principais políticas sociais desenvolvidas nos últimos anos na área de envelhecimento, bem como olhámos a alguns exemplos de boas práticas e inovação tecnológica e social que têm emergido neste domínio. A par desta análise, refletimos ainda sobre o peso do crescente envelhecimento na sustentabilidade do sistema nacional de saúde e de pensões.

É inequívoco que as alterações demográficas que se avizinham representam desafios complexos à sociedade em que vivemos e exigirão o desenvolvimento de políticas incisivas e transversais a vários setores da sociedade. Da procura de respostas inovadoras na área do envelhecimento ativo e saudável ao desenvolvimento de políticas sociais que promovam uma maior proteção dos indivíduos durante o seu trajeto no mercado de trabalho e o acesso a rendimentos mais adequados, é essencial que este processo se assuma como um exercício multidisciplinar, envolvendo agentes políticos, sociais e sociedade civil.

REFERÊNCIAS

1. INE. População residente por Local de residência, Sexo e Grupo etário. *Estimativas anuais da população residente* https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&contexto=bd&selTab=tab2 (2019).
2. INE. População residente (projeções 2018-2080) por Local de residência, Sexo, Idade e Cenário. *Projeções da população residente* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010035&contexto=bd&selTab=tab2 (2020).
3. PORDATA & INE. Esperança de vida à nascença: total e por sexo. *INE, Estatísticas de Óbitos* (2020).
4. PORDATA & INE. Taxa bruta de natalidade. *INE, Estimativas anuais da população residente* (2020).
5. INE. Índice de dependência de idosos (projeções 2018-2080) por Local de residência e Cenário. *Projeções da população residente* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010036&contexto=bd&selTab=tab2 (2020).
6. INE. Índice de dependência de idosos por Local de residência (NUTS - 2013); *Projeções da população residente* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008259&contexto=bd&selTab=tab2 (2020).
7. INE. Índice de sustentabilidade potencial (projeções 2018-2080) por Local de residência e Cenário. *Projeções da população residente* https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010031&contexto=bd&selTab=tab2 (2020).
8. INE. Índice de sustentabilidade potencial (projeções 2015-2080) por Local de residência (NUTS - 2013) e Cenário. *Projeções da população residente* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009096&contexto=bd&selTab=tab2 (2017).
9. Costa, A. S. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. (2017).
10. Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. *Processos de Envelhecimento em Portugal*. (2013).
11. DGSS. *Proteção Social - Pessoas Idosas*. (2020).
12. PORDATA. Pensões da Segurança Social: total, de sobrevivência, de invalidez e de velhice. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (2019).
13. DGSS. Pensões de Invalidez, Velhice e Sobrevivência: Dados Anuais. *Estatísticas da Segurança Social* <http://www.seg-social.pt/estatisticas> (2020).
14. Azevedo, A. B., Manso, L. P. & Nicola, R. *Sustentabilidade do Sistema de Pensões Português*. (2019).
15. IGFSS. *Execução Orçamental de Janeiro de 2017*. <http://www.seg-social.pt/documents/10152/15099022/Execução+orçamental+de+janeiro+de+2017/c90de887-031c-41e2-85d0-82b676029626> (2017).
16. IGFSS. *Execução Orçamental de Janeiro de 2018*. <http://www.seg-social.pt/documents/10152/15634704/Execução+orçamental+de+janeiro+de+2018/4e12f464-f96b-481e-87f4-96b8784143e1> (2018).
17. IGFSS. *Execução Orçamental de Janeiro de 2019*. <http://www.seg-social.pt/documents/10152/16148267/Execução+orçamental+de+janeiro+de+2019/9a814304-3738-4926-8de7-f0ba0add229d> (2019).
18. IGFSS. *Execução Orçamental de Janeiro de 2020*. <http://www.seg-social.pt/documents/10152/16801877/Relatório+de+execução+orçamental+-+janeiro+de+2020/9ad9f14b-7ffb-4285-8fb3-45545d446207> (2020).
19. INE. Limiar do Risco de Pobreza (€). *Inquérito às condições de vida e rendimento* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004218&contexto=bd&selTab=tab2 (2018).
20. INE. Valor médio das pensões da segurança social (€/N.º) por tipo de pensão. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004347&contexto=bd&selTab=tab2 (2019).

21. Eurostat. At-risk-of-poverty rate before social transfers (pensions included in social transfers) by poverty threshold, age and sex - EU-SILC and ECHP surveys. *Income and living conditions (ilc)* https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li09&lang=en%0Ahttps://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_li09%0A (2019).
22. Eurostat. At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex - EU-SILC and ECHP surveys. *Income and living conditions (ilc)* https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li02&lang=en (2019).
23. Dias, I. & Lopes, A. Envelhecimento. Perspetivas, Projetos e Práticas Inovadoras. in (eds. Antunes, M. C. & Leandro, M. E.) 76 (Edições Húmos, 2016).
24. Lopes, A. Idosos e riscos de exclusão social: as dimensões monetária e não monetária na discussão sobre instrumentos de política social. *Sociol. LINE* 103–122 (2012).
25. DGSS. Complemento Solidário para Idosos: Dados Anuais. *Estatísticas da Segurança Social* <http://www.seg-social.pt/estatisticas> (2020).
26. GEP-MTSSSS. *CARTA SOCIAL Rede de Serviços e Equipamentos- Relatório 2018*. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf> (2019).
27. GEP-MTSSSS. Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos. <http://www.cartasocial.pt/index.php> (2020).
28. Eurostat. Difficulties in personal care activities or household activities by sex, age and degree of urbanisation. *European Health Interview Survey (EHIS)* https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_tau&lang=en (2014).
29. Martins, R. M. L. Envelhecimento e políticas sociais. *Rev. Millenium* **11**, 126–140 (2006).
30. Neves, H. M. F. Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos. (Universidade da Beira Interior, 2012).
31. Panda, A. Lares ilegais albergam 35 mil idosos e ninguém sabe onde estão. *Jornal de Notícias* (2020).
32. WHO. Ageing: Healthy ageing and functional ability. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-health-ageing-and-functional-ability> (2020).
33. CCDRC. *Boas Práticas em Envelhecimento Ativo e Saudável na Região Centro*. https://26143635-99e9-420a-b640-9ca5f3bbb4e7.filesusr.com/ugd/2f143_20a7f7d50aa342439771d1d895535a17.pdf (2018).
34. AZIMUTE. Aldeia Pedagógica da Portela. <http://www.azimute.net/pt/aldeia.php>.
35. Aldeias Pedagógicas. <https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/aldeias-pedagogicas/>.
36. Fonseca, A. M. *Boas Práticas de Ageing in Place: Divulgar para valorizar. GUIA DE BOAS PRÁTICAS*. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf (2018).
37. Szanton, S. L., Leff, B., Wolff, J. L., Roberts, L. & Gitlin, L. N. Home-Based Care Program Reduces Disability And Promotes Aging In Place. *Health Aff. (Millwood)*. **35**, 1558–1563 (2016).
38. Portugal, D., Alvito, P., Christodoulou, E., Samaras, G. & Dias, J. A Study on the Deployment of a Service Robot in an Elderly Care Center. *Int. J. Soc. Robot.* **11**, 317–341 (2019).
39. Lopes, A. Pobres que envelhecem ou velhos que empobrecem?: alguns apontamentos sobre o tema da pobreza na população idosa. in *Pobreza e exclusão social em Portugal: contextos, transformações e estudos*. (eds. Diogo, F., Castro, A. & Perista, P.) 149–164 (Edições Húmos, 2015).
40. Capucha, L. Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociol. Probl. e Práticas* 113–131 (2014).
41. Nossa, P. N. Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde: uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. *Saúde e Sociedade* vol. 29 (2020).
42. Eurostat. Life expectancy by age and sex. *Statistics on Mortality* (2020).
43. Eurostat. Healthy life years by sex (from 2004 onwards). *Healthy life years* (2020).
44. Ahn, S. *et al.* The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health* **13**, 1141 (2013).
45. DGSS. Montantes 2020: Pensões de Invalidez, Velhice e Morte. 1 http://www.seg-social.pt/documentos/10152/15114734/Folheto_montantes_pensoes/82bcfda2-a1ca-4477-8640-0b5cd0981897 (2020).

46. DGSS. Evolução dos Montantes das Pensões - de 1974 a 2017. http://www.seg-social.pt/documentos/10152/15231251/Evolucao_montantes_Pensoes/865b5402-cedc-4e95-bc6d-b392a87bfd0f (2017).
47. DRE. Portaria n.º 23/2018. *Diário da República n.º 13/2018, Série I de 2018-01-18* 457–461 <https://data.dre.pt/eli/port/23/2018/01/18/p/dre/pt/html> (2018).
48. DRE. Portaria n.º 25/2019. *Diário da República n.º 12/2019, Série I de 2019-01-17* 252–257 <https://data.dre.pt/eli/port/25/2019/01/17/p/dre/pt/html> (2019).
49. PORDATA. Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (2020).
50. INE. Despesas da proteção social em pensões (% do PIBpm - Base 2016) por Categorias de pensões da proteção social. *INE, Estatísticas da proteção social - SEEPROS* https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados (2020).
51. Lopes, A. Pobres que envelhecem ou velhos que empobrecem?: alguns apontamentos sobre o tema da pobreza na população idosa. in *Pobreza e exclusão social em Portugal: contextos, transformações e estudos* 149–164 (2015).



Rua de Costa Cabral nº 2368
4200-218 Porto, Portugal

Tel +351 225 420 806
catia.santos@eapn.pt
elizabeth.santos@eapn.pt

www.on-eapn.pt | www.eapn.pt