

# Proteção Social

---

Paulo Pedroso

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa e CIES-Iscte



## Risco de falta de cuidados para idosos está a agravar-se

As pensões de velhice foram criadas para garantir rendimentos suficientes até ao fim da vida a quem atinge uma idade avançada. O aumento da longevidade foi tornando o período de usufruto destas pensões cada vez mais longo. Em Portugal, entre 1970 e 2019, a população residente que atinge os 65 anos aumentou a sua esperança média de vida em quase 8 anos, no caso das mulheres e em mais de 6 anos, no caso dos homens. Dos 22,3 anos de esperança de vida das mulheres após os 65 anos, cerca de 70% serão de vida não saudável. O mesmo acontece em mais de metade do tempo de vida depois dos 65 anos dos homens<sup>1</sup>. Isto implica a necessidade de equacionar respostas políticas para a dependência de pessoas idosas.

Portugal encontra-se entre o grupo de países onde é mais reduzida a cobertura de idosos por cuidados de longo prazo. É também dos que menos recursos despendem. A despesa total neste domínio foi em 2019 de 0,9% do PIB quando a média da OCDE era de 1,5% e quatro países da UE (Países Baixos, Noruega, Dinamarca e Suécia) ultrapassavam os 3% do PIB.

Este défice não é compensado pelos cuidados em contexto familiar, já que a intensidade de cuidados informais não se diferencia pela positiva dos outros países da UE e da OCDE<sup>2</sup>.

A situação é de grande risco de exposição das pessoas com dependência à falta de cuidados, embora o país possua o quadro institucional em que se organizam as suas várias modalidades, estruturadas em três núcleos de políticas: a organização de cuidados sociais e de saúde em contexto residencial ou de institucionalização, as prestações monetárias a pessoas dependentes e os apoios a cuidadores informais.

Os apoios a cuidadores informais são de criação muito recente, tendo sido alvo de generalização ao território nacional em fevereiro de 2022.

Os apoios a pessoas dependentes – o Complemento por Dependência – tiveram um custo de cerca de 375 milhões de euros em 2019<sup>3</sup>. No âmbito da ação social foram apoiados no mesmo ano<sup>4</sup> cerca de 160 mil utentes, com um financiamento público de cerca de 600 milhões de euros concentrados em três tipos de respostas: as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, que abrangiam cerca de 62 mil utentes e recebiam cerca de 305 milhões de euros; os Serviços de Apoio Domiciliário, abrangendo mais de 64 mil utentes, com comparticipação pública de 232 milhões de euros; e Centros de Dia que acolhiam cerca de 36 mil utentes, custando perto de 53 milhões de euros.

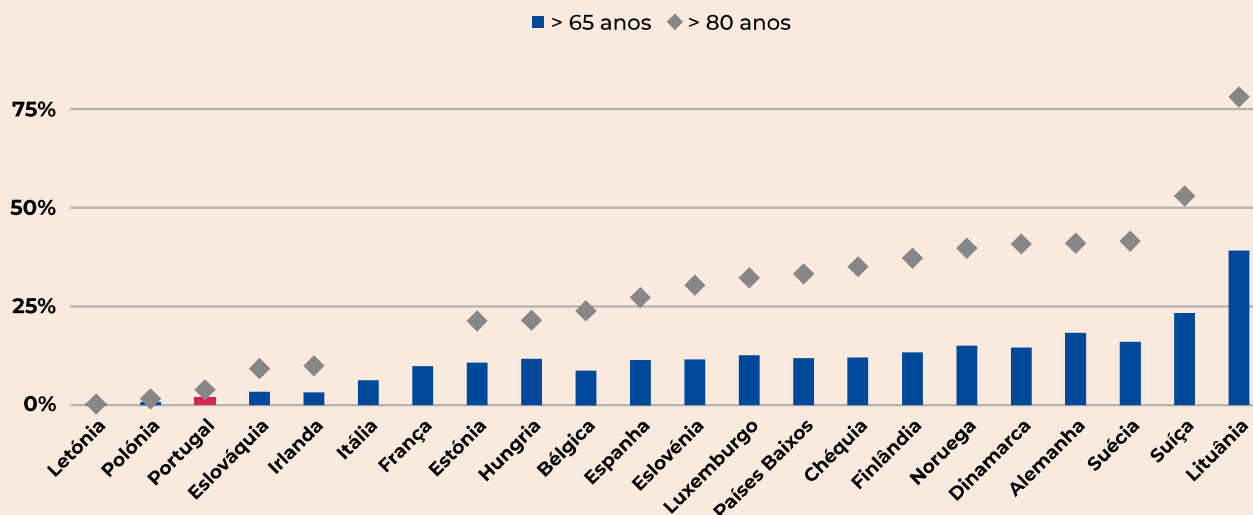
*Portugal é dos países onde é mais reduzida a cobertura de idosos por cuidados de longo prazo, é também dos que menos recursos despendem*

Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foram prestados serviços a cerca de 50 mil utentes, com um financiamento público de mais de 156 milhões de euros<sup>5</sup>. As Unidades de Longa Duração e Manutenção e as Unidades de Média Duração e Reabilitação tiveram cerca de 12 mil utentes cada em 2019. Têm ainda significado em contexto residencial as Unidades de Convalescença, com cerca de 8.700 utentes. Os cuidados no domicílio através de Equipas de Cuidados Continuados Integrados chegavam a cerca de 17 mil utentes.

O risco de carência de cuidados das pessoas em dependência tende a agravar-se. A população com mais de 80 anos,

## Beneficiários de cuidados de longo prazo (% , 2019)

Fonte: OCDE | Health at a Glance, 2021



*Portugal encontra-se entre o grupo de países onde é mais reduzida a cobertura de idosos por cuidados de longo prazo.*

de acordo com a projeção-base disponível no Eurostat, irá quase duplicar nos próximos 40 anos e, no mesmo período, o rácio de dependência de idosos irá subir de cerca de 33 idosos por 100 adultos para cerca do dobro.

O Plano de Recuperação e Resiliência contempla verbas neste domínio, que podem acelerar o ritmo de construção de respostas. Mas são necessárias reformas significativas para que o país possa aproximar-se minimamente da OCDE e caminhar para algo parecido com o *continuum* integrado de cuidados de longo prazo<sup>6</sup>.

Uma das reformas mais urgentes é no domínio do financiamento. Atualmente, os cuidados são prestados, na ação social, por entidades do setor social (as IPSS) com financiamento público e, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo financiamento de contratos-programa com entidades privadas, sociais ou públicas. Em ambos os casos há comparticipações familiares que constituem um copagamento. Há ainda quem aceda a cuidados através da rede privada<sup>7</sup>. Mas não existe qualquer forma de poupança obrigatória ou voluntária para cobrir este custo, em que se incorre numa fase da vida em que a capacidade de consumo de muitos é baixa, quer pelo valor das pensões quer como efeito dos baixos salários dos familiares chamados a participar no copagamento.

A necessidade de expansão dos cuidados de longo prazo exige do Estado, em qualquer cenário, uma forte expansão da despesa pública. Mantendo-se o copagamento das famílias, haveria vantagem em que este deixasse de ser baseado em pagamentos *out-of-the-pocket*. Essa mutualização do risco de dependência, atualmente inexistente, pode permitir uma expansão mais rápida do acesso a cuidados, pela via da segurança social pública ou, se for essa a opção, pelo mutualismo ou pela atividade seguradora e aliviar o peso do financiamento público. É uma reforma urgente, para que se consiga passar do risco da falta de cuidados a cuidados acessíveis a preço comportável pelas famílias, enquanto se aprofunda o debate sobre a natureza do direito ao cuidado. ▶

<sup>1</sup> OCDE. Health at a Glance (2021). Os dados referidos neste texto, com base nesta fonte, estão disponíveis online em <https://tinyurl.com/2a3rxebn>

<sup>2</sup> Ver Ecorys, Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU, 2021 e OCDE. Health at a Glance (2021)

<sup>3</sup> Conta da Segurança Social (2019)

<sup>4</sup> Conta da Segurança Social (2019)

<sup>5</sup> Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2019

<sup>6</sup> WHO (2021) Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care

<sup>7</sup> A faturação das residências lucrativas terá atingido um pico de 330 milhões de euros em 2019. Estudo da DBK Residências para a Terceira Idade. <https://tinyurl.com/52w39unz>

# Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social: reforço da cooperação entre Estado e IPSS num cenário de descentralização de competências

*Há três áreas da ação social em que há hoje grande protagonismo das IPSS: os cuidados continuados na velhice e dependência, os serviços na infância e a reabilitação e inserção de pessoas com deficiências e incapacidades*

O Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social celebrado a 21 de dezembro de 2021 renova, vinte e cinco anos depois, o compromisso entre o Governo, as associações de autarquias locais (Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias) e as confederações de instituições de solidariedade social (Confederação Nacional das Instituições Particulares de Solidariedade Social<sup>1</sup>, União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas) que tinha sido pela primeira vez patrocinado por António Guterres.

O propósito geral do pacto é a formalização da relação de cooperação entre a administração central, a administração local e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) na execução de políticas públicas.

As IPSS são herdeiras de uma longa tradição nacional de entidades de carácter associativo que cooperam com o Estado no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde.

A Constituição da República de 1976 reconheceu esta realidade e consagrou uma incumbência de apoio do Estado às IPSS, nomeadamente no âmbito da segurança social, proteção da família, da infância, da juventude, da deficiência e da terceira idade.

As IPSS tiveram um estatuto legal aprovado no governo Pintasilgo (1979-1980) que as circunscrevia à segurança social. Em 1983, o governo da Aliança Democrática reviu esse estatuto, alargando o seu âmbito de intervenção, nomeadamente à promoção e proteção da saúde, à educação e formação profissional e à habitação.

Há três áreas da ação social onde há hoje grande protagonismo das IPSS: os cuidados continuados na velhice e dependência, os serviços na infância e a reabilitação e inserção de pessoas com deficiências e incapacidades.

Neste quadro, desenvolveu-se desde os anos 80 do século passado uma relação próxima entre o setor e a tutela da segurança social, que não foi imediatamente acompanhada por outras áreas governativas, nomeadamente pelas que privilegiaram a expansão de serviços públicos, como a saúde e a educação. A relação IPSS-autarquias, por outro lado, era antes dos pactos muito variável entre territórios.

O propósito do Pacto de 1996 foi o de dar coerência geral a estas relações. Pretendia-se que este fosse “o instrumento redefinidor das áreas, regras, pressupostos e condições de cooperação, abrindo ainda caminho para a revisão global

<sup>1</sup> A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social sucedeu à União das Instituições Particulares de Solidariedade Social, que subscreveu o primeiro Pacto de Cooperação.

da legislação aplicável às IPSS e para eventuais alterações a introduzir no quadro legal das autarquias locais”<sup>2</sup>.

O Pacto de 2021 parte do balanço de que houve sucesso na aplicação do primeiro Pacto, quer no reforço do papel das IPSS na execução de políticas, quer na sua participação na sua formulação e desenvolvimento.

Uma das peças basilares desse sucesso foi a institucionalização da rede social nele prevista, criada em 1997, que dotou o país de uma estrutura participativa a nível local no planeamento e execução das políticas sociais. A rede social foi desenvolvida experimentalmente num número circunscrito de municípios e depois foi sendo alargada a nível nacional, até que, quando foi generalizada a nível nacional, em 2006, já cobria 275 concelhos. A rede, embora tenha níveis de funcionamento e relevância díspares entre concelhos, criou uma dinâmica participativa no planeamento da ação social e na prestação de serviços sociais, que fez dela o órgão fulcral descentralizado da cooperação entre parceiros nas políticas sociais.

A Lei de Bases da Segurança Social de 2007 consagrou o desenvolvimento da ação social através de parcerias locais. Mas o Pacto não tem uma ambição circunscrita à ação social. Em 1996 era enunciado que a cooperação abrangeria uma “atuação de forma conjugada, em todos os tipos e áreas de intervenção social”. Há uma inequívoca ambição, protagonizada pelas IPSS, de alargar o seu campo de ação para além das áreas consagradas na Constituição de 1976, que o primeiro pacto já reconhecia e o segundo continua alargando.

O primeiro pacto foi subscrito ao mesmo tempo que se alargava a rede de educação pré-escolar e o Estado tinha que gerir nessa expansão a tensão entre a municipalização da oferta e a sustentabilidade da rede de solidariedade pré-existente. As áreas estratégicas de intervenção aí identificadas como carecendo de orientações posteriores sobre as responsabilidades a assumir pelos parceiros eram no domínio da educação (educação pré-escolar e educação especial), da deficiência, do apoio a idosos, em particular dependentes, do apoio a crianças em risco, da toxicod dependência, das pessoas infetadas com HIV, da luta contra a pobreza e participação no Rendimento Mínimo Garantido e da promoção de iniciativas de emprego e desenvolvimento local. Estas áreas eram, pois, sobretudo de interface educação-ação social e ação social-saúde.

Nos últimos 25 anos houve avanços muito significativos na cooperação Estado central-Estado local-IPSS em alguns destes domínios. Consolidou-se a cobertura nacional pela educação pré-escolar baseada em duas sub-redes, uma pública e outra da responsabilidade das IPSS. Lançou-se em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que, não concedendo às IPSS o mesmo monopólio de acesso ao cofinanciamento público que têm na ação social, garantiu a sua participação nos contratos-programa celebrados com o Estado, em pé de igualdade com o setor privado. Houve também neste período uma expansão significativa da colaboração entre o Estado e as IPSS na ação social. Em 2019 os acordos de cooperação entre o Estado e as IPSS para a prossecução de serviços no âmbito da ação social foram superiores a 1.500 milhões de euros, correspondendo a 75% do total da despesa com este subsistema de segurança social<sup>3</sup>.

O novo pacto mantém as áreas estratégicas do primeiro pacto, especificando mais desenvolvidamente algumas delas, e inclui novas áreas. Entram para a lista de prioridades, em consonância com a importância que vêm ganhando no espaço público, os apoios à primeira infância (creches e creches familiares), alarga-se o âmbito da intervenção de ação social a novos públicos e prioridades,

*As IPSS têm a ambição de alargar o seu campo de ação para além das áreas consagradas na Constituição de 1976 (segurança social, proteção da família, da infância, da juventude, da deficiência e da terceira idade)*

<sup>2</sup> Pacto de Cooperação para Solidariedade Social, 1996, p. 2 – <https://tinyurl.com/4wav7eb5>

<sup>3</sup> Cf. Conta da Segurança Social de 2019.



*A dependência mútua entre o Estado (que financia) e a rede de IPSS (que asseguram muitas respostas sociais a que o Estado está obrigado) criou um equilíbrio delicado, que o novo Pacto alarga a outros domínios*

aprofundam-se as referências à colaboração na saúde (introduzindo-se inclusive uma referência ao “apoio às populações em sede de prestação de cuidados de saúde, em todos os pilares do SNS”) e introduz-se novos domínios de participação das IPSS na divulgação do património cultural e, sobretudo, na garantia de um papel de participação no processo de descentralização de competências do Estado.

É de prever que a mudança de orientação em relação às creches que se materializou na gratuitidade universal das creches financiadas pelo Estado possa vir a ser uma das áreas de negociação mais intensa no âmbito do pacto, porquanto seria incoerente garantir acesso gratuito a uma rede financiada publicamente que não se expandisse e coerentemente ambicionasse cobrir a generalidade das necessidades, empurrando os utentes não cobertos – de todos os segmentos socioeconómicos – para uma alternativa radical entre gratuitidade pouco acessível e preços de mercado.

A participação no processo de descentralização que está na sua fase inicial, nas áreas da ação social e da saúde, é outro dos elementos centrais no sucesso do novo pacto. Se o primeiro consagrou a rede social e a participação das IPSS no planeamento e execução de respostas sociais, este mostra a preocupação em garantir que o processo de descentralização de competências vai salvaguardar as IPSS. Um dos deveres assumidos pelo governo é o de consolidar a transferência de competências de ação social para as autarquias locais “valorizando a manutenção das relações de cooperação existentes com as instituições”. Os representantes das autarquias assumem também um novo dever de “prestar apoio às Instituições”, consagrando a transição de um pacto centrado no planeamento participado para um apoio ao nível das autarquias às IPSS.

O novo Pacto, para além de simbolicamente reconfirmar o espírito de cooperação tripartida Estado-autarquias locais-IPSS afirmado há vinte e cinco anos, pretende garantir que o processo de descentralização de competências do Estado central para as autarquias não perturba a cooperação estabelecida e continua o caminho aberto no início dos anos oitenta do século passado de alargamento do âmbito de intervenção das IPSS.

O peso das IPSS nas respostas sociais e a situação de monopólio nas respostas de ação social criou um equilíbrio delicado entre um Estado financiador de uma rede de prestadores privados sem fins lucrativos de que depende totalmente e estes prestadores que são também muito dependentes do financiamento público para subsistirem e se focalizaram na prestação de serviço público por delegação do Estado.

Este sistema permitiu expandir os serviços sociais no país e a partilha do esforço público com instituições que captam recursos adicionais na comunidade embaratece o serviço público prestado, mas teve como reverso que o Estado esteja hoje totalmente dependente do bom funcionamento da rede de prestadores de serviços que, tem sido reivindicado, financia insuficientemente. O pacto é um importante elemento na garantia de estabilização desta relação e de que ela se desenvolve sem tentações das partes de alteração de paradigma. Mais, o Pacto tem a ambição assumida de que este modo de trabalho consolidado na ação social e em alguns domínios da educação se expanda a novos domínios de política. O texto do novo Pacto é explícito quanto à nova ambição: “da saúde à habitação, muitas são as dimensões em que a cooperação tem de ganhar terreno e em que o trabalho conjunto e integrado tem de passar a ser a regra”.