

CONCILIAÇÃO ENTRE VIDA PROFISSIONAL E VIDA FAMILIAR: O CASO DA DEPENDÊNCIA

Ana Gil

NÚCLEO DE ESTUDOS E CONHECIMENTO

2009



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Conciliação entre vida profissional e vida familiar: o caso da dependência

PROPRIEDADE

Instituto da Segurança Social, IP

AUTOR

Ana Gil

RESPONSÁVEL

Gabinete de Planeamento | Núcleo de Estudos e Conhecimento

MORADA

Rua Castilho, 5 – R/C | 1250-066 LISBOA

Tel.: (00351) 213 184 910 | Fax: (00351) 213 184 955

E-mail: iss@seg-social.pt

www.seg-social.pt

DATA DE PUBLICAÇÃO

Maio 2009

Índice

Sumário executivo	6
Introdução.....	7
1. Questões de enquadramento.....	9
1.1. Caracterização do contexto demográfico português.....	9
1.2. Medidas de protecção social.....	13
1.2.1. Medidas de conciliação entre vida familiar e profissional na Europa do Sul	13
1.2.2. Conciliação entre vida familiar e profissional: o caso da dependência.....	18
1.2.3 Evolução da rede de equipamentos sociais de apoio à dependência (2000-2007).....	21
1.3. Medidas de apoio à dependência: o caso de Espanha	25
2. Problemas e custos financeiros associados à prestação de cuidados.....	33
2.1. Problemas decorrentes da conciliação da vida familiar e profissional.....	33
2.2. Custos financeiros associados à prestação de cuidados na dependência.....	37
2.2.1. O caso das doenças de Alzheimer e Parkinson	37
2.2.2. Relação entre rendimentos e despesas de saúde dos agregados familiares com pessoas em situação de dependência.....	42
3. Despesas de saúde nos agregados familiares portugueses: uma visão mais ampla	45
4. Conclusões.....	46
Bibliografia.....	49
Legislação	51

ABREVIATURAS

CDist	Centro Distrital de Segurança Social
ISS, IP	Instituto da Segurança Social, IP
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Despesas em Protecção Social.....	14
Quadro n.º 2 – Evolução das taxas de emprego e do trabalho a tempo parcial.....	16
Quadro n.º 3 – Medidas de protecção social para crianças/jovens e outros dependentes	19
Quadro n.º 4 – Capacidade e taxa de utilização dos equipamentos sociais para idosos (2000)21	
Quadro n.º 5 – Rede de serviços e equipamentos para Pessoas Idosas.....	22
Quadro n.º 7 – Montantes referentes a prestações de apoio à dependência – Espanha (2008)27	
Quadro n.º 8 – Montantes referentes ao complemento por dependência – Portugal.....	28
Em vigor a partir de 1 de Janeiro de 2009	28
Quadro n.º 9 – Análise comparada das medidas de apoio à dependência	29
Quadro n.º 10 – Formas flexíveis de organização do trabalho	34
Quadro n.º 11 – Total de despesas mensais dos doentes de Alzheimer (€).....	39
Quadro n.º 12 – Total de despesas mensais dos doentes de Parkinson (€).....	40
Quadro n.º 13 – Custo total das despesas de saúde segundo o rendimento mensal do agregado familiar (doença de Alzheimer)	43
Quadro n.º 14 – Custo total das despesas de saúde segundo o rendimento mensal do agregado familiar (doença de Parkinson)	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990-2006.....	8
Gráfico n.º 2 – Índice de envelhecimento, Portugal, 1990-2006.....	10
Gráfico n.º 3 – Caracterização dos agregados familiares.....	11
Gráfico n.º 4 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007 - 2008) – camas... 25	
Gráfico n.º 5 – Regime laboral do prestador de cuidados	37
Gráfico n.º 6 – Mecanismos a que recorre em caso de falta (%)	38
Gráfico n.º 7 – Distribuição das famílias com doentes de Alzheimer por intervalo de despesa mensal com a doença.....	39
Gráfico n.º 8 – Distribuição das famílias com doentes de Parkinson por intervalo de despesa mensal com a doença.....	39

Sumário executivo

O objectivo deste trabalho é proceder a uma análise comparada das principais políticas que fomentem a conciliação entre vida familiar e vida profissional, no apoio a familiares idosos, em situação de dependência.

A análise das políticas públicas é complementada com a análise dos custos que a dependência gera no seio das famílias sempre que se confrontam com uma doença crónica incapacitante. Analisar os custos sociais que uma prestação de cuidados envolve a uma pessoa em situação de dependência, bem como reflectir sobre quais as políticas de apoio à família a desenvolver, torna-se premente perante um cenário demográfico que indicia o envelhecimento da população e uma maior longevidade, por vezes associada a incapacidade e por isso, a necessidades acrescidas de cuidados formais e informais.

Introdução

Os estudos nacionais, desenvolvidos na última década, apresentam resultados consensuais relativamente ao papel desempenhado pela família no apoio aos mais idosos, onde a mulher continua a ter a responsabilidade pelo trabalho doméstico, como a constituir a principal prestadora de cuidados, quer na infância, quer na velhice. A consequência directa é a polarização das responsabilidades familiares sobre as figuras femininas, tarefas que são desempenhadas, em simultâneo, com o exercício de uma actividade profissional.

Actualmente a temática da conciliação assume especial enfoque no contexto da igualdade de oportunidades e das transformações demográficas. O aumento da longevidade é concomitante a um conjunto de problemas associados ao envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas incapacitantes e as crescentes necessidades de serviços de apoio.

Despertados para esta questão, alguns países europeus têm desenvolvido um conjunto de políticas de família (“work-life balance”), tendo em vista a melhoria das condições de trabalho e da gestão do tempo, não só pela crescente participação da mulher no mercado de trabalho, como por uma melhor articulação entre vida profissional e familiar.

A primeira abordagem referente a esta temática inseriu-se numa lógica de intervenção pública incentivadora de políticas “amigas da família” traduzida na necessidade de apoiar as mães que exerciam uma actividade profissional¹ (Dionízio e Schouten: 2007).

Hoje a conciliação assume um teor mais vasto ao englobar outro tipo de dependentes, entre os quais se destacam os ascendentes, outros adultos com deficiência ou doença crónica. Contudo, as políticas de conciliação acabam por enfatizar, quase sempre, a primeira fase do ciclo de vida, a infância². No entanto, existem já algumas recomendações internacionais³ (2006; 2008) que vão no sentido da promoção da flexibilidade na organização do tempo de trabalho, do aumento do número das estruturas de cuidados e da criação de políticas de conciliação que beneficiem tanto homens como mulheres. A este respeito, o Comité Económico e Social Europeu (2007) alerta para que a questão da dependência⁴ seja uma prioridade nas agendas políticas. “O aumento da esperança de vida pode significar uma melhoria da qualidade de vida, mas poderá obrigar um número cada vez maior de pessoas a cuidar dos seus familiares idosos paralelamente à actividade profissional. O desenvolvimento dos serviços na

¹ Um dos trabalhos que define políticas amigas da família é o estudo promovido pela OCDE (2004), “Babies and Bosses – políticas de conciliação da actividade profissional e vida familiar”, Volume 3, Nova Zelândia, Portugal e Suíça, Paris, OCDE.

² Para mais desenvolvimentos ver OCDE, (2007), “*Modernising Social Policy for the New Life Course*”, Paris, OCDE.

³ Parecer do comité Económico e Social Europeu sobre “papel dos parceiros sociais na conciliação da vida profissional, familiar e privada”, (2007/C256/19) in *Jornal Oficial da União Europeia*, C256/102 de 27 de Outubro de 2007 e Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 23.1.2008, COM (2008), 10 final.

⁴ A dependência aqui entendida surge associada a fragilidade física e mental, sobretudo em idades avançadas, e à necessidade de apoio nas actividades da vida diária. Ao longo do texto irão ser utilizadas expressões como pessoas em situação de incapacidade ou dependência para designar todos aqueles, independentemente da idade, se encontram numa situação de doença, permanente ou transitória, geradora de necessidades de apoio nas actividades da vida diária. A satisfação destas necessidades pode ser feita através do apoio prestado pela família, como pelo recurso a serviços.

área da prestação de cuidados deveria estar mais no centro das atenções, a fim de aliviar dessa responsabilidade quem cuida de familiares dependentes”⁵.

Em Portugal, a questão da conciliação entre vida familiar e vida profissional na vida adulta ou na velhice tem privilegiado o acesso aos equipamentos sociais (lares, serviços de apoio domiciliário e centros de dia), sendo pouca a relevância dada à forma como se concilia uma actividade profissional (horários de trabalho, justificação de faltas, uso de licenças) com tempos de família, conturbados ainda mais com a gestão de uma doença crónica de um elemento do agregado familiar. Esta dupla carreira gera efeitos inevitáveis na esfera do trabalho, como sejam as faltas ao trabalho e as saídas precoces do mercado de trabalho, por razões de ordem familiar, nas quais se inclui a prestação de cuidados aos mais velhos. A título ilustrativo, segundo o Painel Europeu de Agregados Domésticos Privados, o trabalho doméstico e as responsabilidades familiares (crianças e outras pessoas) são invocadas por 33,3% das mulheres como um dos motivos para não se possuir uma actividade profissional⁶.

Para além disso, os custos associados à prestação de cuidados a uma pessoa em situação de dependência, no meio familiar, levantam uma série de questões quer quanto aos apoios no âmbito da Segurança Social, quer em termos de benefícios fiscais a famílias com idosos a cargo. Existem, inclusive, medidas fiscais de apoio às famílias que colocam os familiares em lares, discriminando negativamente as famílias que optam por cuidar no domicílio (Decreto - Lei nº 67-A/2007, de 31 de Dezembro).

Analisar os custos que a dependência gera no seio das famílias torna-se premente perante um cenário demográfico de envelhecimento da população e maior longevidade, frequentemente associados a situações de crescente incapacidade e, conseqüentemente, a necessidades acrescidas de cuidados. A partir do Inquérito aos Orçamentos Familiares de 2000, Gonçalves (2004) verificou que as despesas com saúde apresentam um peso relativo (no total das despesas) superior nos agregados com idosos⁷, um grupo à partida identificado como dos mais vulneráveis à desigualdade de rendimento.

O presente trabalho é composto por três pontos. O primeiro pretende enquadrar o problema em análise, caracterizando o contexto demográfico e as projecções demográficas que se perspectivam para a sociedade portuguesa nas próximas décadas, quer relativamente aos cenários demográficos, quer relativamente às alterações das estruturas familiares. Como questões de enquadramento, pretende-se também apresentar as principais medidas que visam fomentar a conciliação entre vida familiar e profissional, em alguns Estados-Membros. Como existem diferenças notórias nos apoios à família ao longo do ciclo de vida, pretendeu-se compreender essas clivagens no que respeita às licenças, dispensas, faltas, benefícios fiscais e outros direitos. Este ponto contemplou ainda a evolução histórica da rede de equipamentos sociais de apoio aos idosos no período compreendido entre 2000 e 2007.

⁵ Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre o “papel dos parceiros sociais na conciliação da vida profissional, familiar e privada”, (2007/C256/19) in *Jornal Oficial da União Europeia*, C256/102 de 27 de Outubro de 2007

⁶ Perfil de Género, INE in www.ine.pt

⁷ Cf. Gonçalves, Cristina (2004), “Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal”, revista *Estudos Demográficos*, n.º 35, Lisboa, INE, p. 160. As despesas com a habitação e alimentação absorvem quase metade do total das despesas nos agregados com idosos, sendo essa proporção mais baixa nos agregados sem idosos.

No segundo ponto apresenta-se alguns resultados de estudos empíricos desenvolvidos em Portugal sobre a conciliação entre vida familiar e profissional, identificando não só os principais problemas que assolam as famílias sempre que se confrontam com uma situação de dependência, como se pretende analisar o nível de conhecimento e usufruto que as famílias fazem dessas mesmas políticas e práticas em vigor.

Ao pretender-se analisar os custos sociais e financeiros que a dependência gera no seio das famílias, partiu-se dos resultados de dois inquéritos desenvolvidos pelo ISS, IP às famílias dos doentes de Parkinson e Alzheimer.

Como o objectivo inicial do presente trabalho é efectuar uma análise comparada das políticas e sistemas de cuidado às pessoas em situação de dependência, em termos do binómio vida profissional e familiar, nas conclusões finais procura-se tecer algumas recomendações de possíveis medidas a implementar de apoio às famílias.

1. Questões de enquadramento

1.1. Caracterização do contexto demográfico português

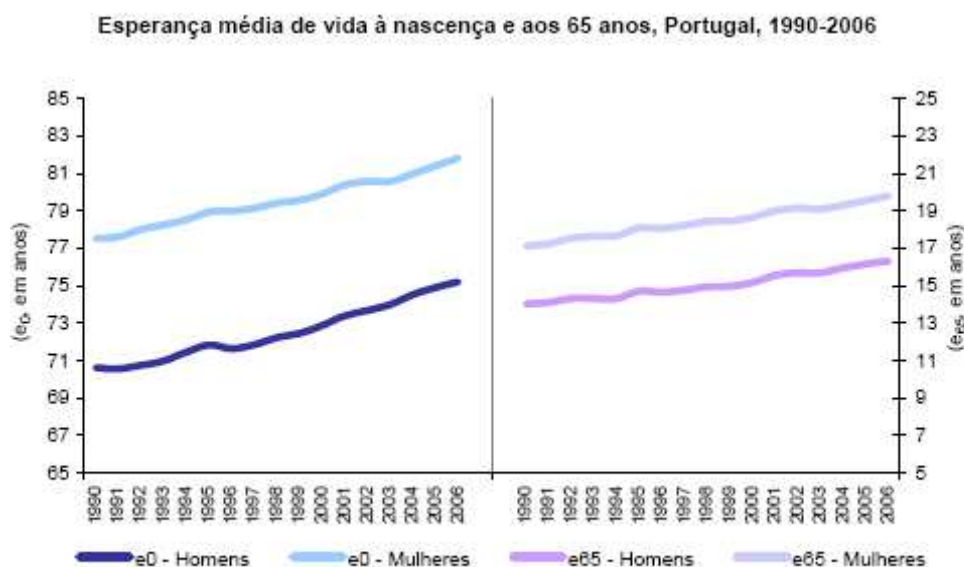
Portugal encontra-se perante um cenário de duplo envelhecimento, não só pela diminuição da população jovem como pelo aumento da população idosa. O aumento da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e da natalidade constitui alguns dos factores explicativos do envelhecimento da população portuguesa.

Em 2006, a população idosa representava 17,3% da população total, face a 15,5% de jovens (0-14 anos) e 67,3% de população em idade activa (15-64 anos), sendo que a população com 80 e mais anos de idade representava 4,1% da população total⁸. Em 1991, a população com mais de 80 anos correspondia a 2,7%. Este aumento da população octogenária deve-se sobretudo ao aumento da longevidade.

Em 1990, a esperança de vida à nascença situava-se nos 74,1 anos (70,6 anos nos homens e 77,6 nas mulheres), dezasseis anos depois esse valor cresce para 78,5 anos, 75,2 anos para os homens e 81,8 anos para as mulheres (gráfico nº 1).

⁸ INE (2007), “Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens”, *Destaque*, WW. INE.pt

Gráfico n.º 1 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990-2006



No que diz respeito à distribuição desta população por sexo, assiste-se a uma “*feminização*” da população idosa, uma vez que a proporção de mulheres com mais de 65 anos é de 58,2% em 2006. Segundo as projecções mais recentes do INE (cenário Demográfico Base)⁹, em 2050, o grupo etário com > 65 anos representará cerca de 32% do total da população, reflectindo-se no aumento significativo das pessoas com mais de 80 anos. Estes representavam, em 1960 1,2%, em 2004 3,8% e em 2050 aumentará para 10,2%.

Segundo o Eurostat, a população com mais de 65 anos representava, em 2008, 17,4%, prevendo-se que, em 2035, esse valor sofra um aumento para 24,9% e em 2060 para 30,9%.

A percentagem de idosos com mais de 80 anos será, então, de 12,8% (contra os 4,2% em 2008)¹⁰.

No que se refere aos índices de dependência, no período entre 1990 - 2006, assiste-se a um aumento significativo quer do índice de dependência total¹¹ quer do índice de dependência dos idosos¹², associado ao aumento da população residente com idade igual ou superior a 65 anos. Esta evolução deve-se ao decréscimo do índice de dependência de jovens, o qual passou de 30 para 23 jovens por cada 100 indivíduos em idade activa, enquanto que o índice de dependência de idosos aumentou de 20 para 26 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa. O envelhecimento da população reflecte-se

⁹ Ver Projecções da população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050 (31 de Março de 2004), INE.

¹⁰ Giannakouris, K. (2008), “Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies”, *Population and Social Conditions*, Statistics in focus 72/2008, Eurostat.

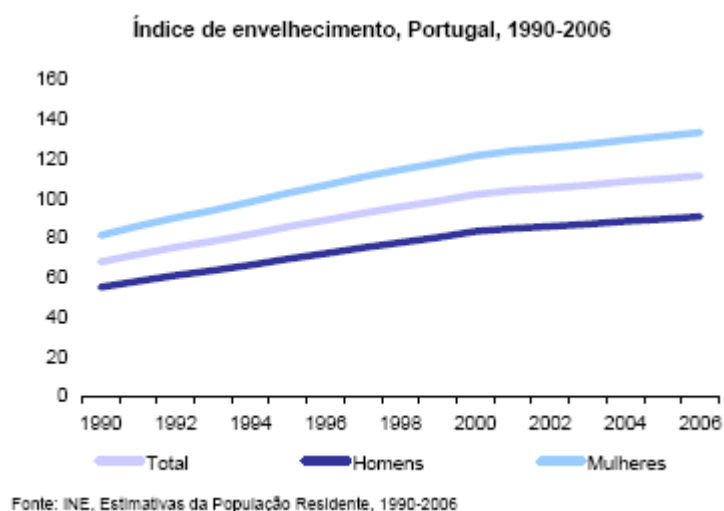
¹¹ Índice de dependência total é a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, por cada 100 indivíduos. Corresponde à soma dos índices de dependência de jovens e idosos.

¹² Índice de dependência de idosos é o quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade activa (dos 15 aos 64 anos).

também no desequilíbrio entre a população idosa e a jovem na medida em que o índice de envelhecimento em 2006 indicava que existiam 112 idosos por cada 100 jovens¹³.

As projecções realizadas pelo Eurostat (2008) confirmam que o rácio de dependência dos idosos na população em idade activa irá agudizar-se, o que terá conseqüentemente, reflexos entre a população que irá financiar o sistema da segurança social e a população que beneficia de descontos. Estima-se que, em 2010, haverá cerca de quatro activos a financiar um idoso, esse valor diminui em 2060 para 1,9 pessoas.

Gráfico n.º 2 – Índice de envelhecimento, Portugal, 1990-2006



Um outro traço da situação demográfica diz respeito às alterações das estruturas familiares, nomeadamente o aumento dos agregados constituídos por um adulto isolado com idade superior a 65 anos (idosos a viver sós).

Segundo o INE (2007)¹⁴ a população idosa em 2006 vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge, com filhos ou outros. No entanto, comparando homens e mulheres, os homens vivem maioritariamente em casal (82,9%), ao passo que as mulheres idosas que viviam com o cônjuge representavam apenas 48,4%. As mulheres tendem a viver sós ou com filhos e outros.

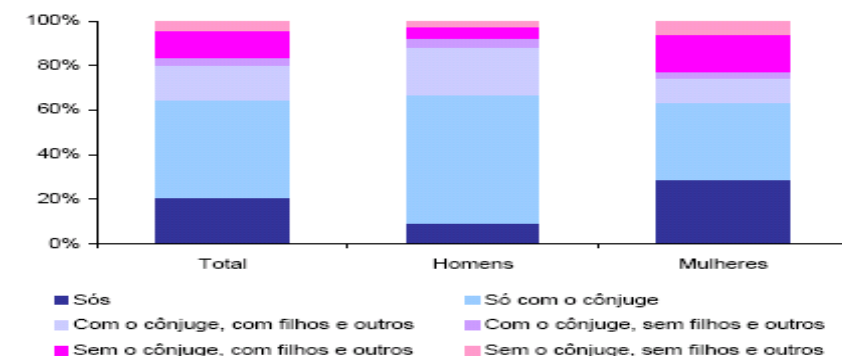
O aumento das pessoas idosas a viver só tem-se agudizado, nas últimas décadas, verificando-se em 1991, um peso relativo de 14,9% subindo para 17,4% em 2001, para em 2006 representar 20,7%. A proporção de pessoas idosas a viver sós é bastante superior entre as mulheres, sendo consequência quer da maior esperança de vida, quer da sobremortalidade masculina. As diferenças são expressivas

¹³ INE (2007), "Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens", *Destaque*, www.ine.pt

¹⁴ INE (2007), "Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens", *Destaque*, www.ine.pt

se compararmos homens e mulheres dado que, em 2006, 28,8% das mulheres idosas viviam sós, face aos 9,4% de homens.

Gráfico n.º 3 – Caracterização dos agregados familiares



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego, 2006

Num estudo desenvolvido por Delbes et al. (2006) sobre os modos de vida dos homens e das mulheres com idade superior a 75 anos, em nove países europeus, conclui-se que Portugal revelava uma situação mais favorável em relação a outros países europeus:

- Pelo menor número de pessoas a viverem sós (30%), comparativamente aos Alemães (59%) ou aos Finlandeses (56%);
- Portugal revela a maior percentagem de pessoas a viver com familiares (cônjuges e filhos) à medida que a idade aumenta (45% > 75 anos). Estas diferenças podem ser explicadas pelas normas culturais (as obrigações filiais), razões económicas (nível de pensões, condições de habitação) e o contexto político (o desenvolvimento de serviços de apoio domiciliário, número de lugares disponíveis em lares);
- Uma menor proporção de pessoas a viver em instituições que tendencialmente ocorre em idade mais avançadas, sendo sobretudo mulheres, viúvas¹⁵.

Em 2001, a proporção das pessoas idosas a viver em famílias institucionais¹⁶, em Portugal, era de 3,6% no total da população residente com 65 ou mais anos. De 1991 a 2001 verificou-se um aumento da população idosa institucionalizada (entre duas a três vezes mais), no grupo a partir dos 85 anos. “Como resultado da feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições era mais elevada no sexo feminino: 72,9% contra 44,3% dos homens”¹⁷. Este estudo veio

¹⁵ Delbes, Christiane; Gaymu, Joelle; Springer, Sabine (2006), “Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen », *Population et Sociétés*, nº 419.

¹⁶ Famílias institucionais são definidas como o “conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo”. Cf. INE (1999), “*Gerações Idosas*”, Lisboa, INE, p.78

¹⁷ Gonçalves, Cristina (2003), “As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos”, *Revista de Estudos demográficos*, nº 34, 50.

ainda revelar a preponderância das mulheres, com mais de 80 anos, viúvas e em situação de reforma, a residirem em convivências de apoio social.

Um outro estudo europeu¹⁸ que envolveu 9 países, no qual Portugal participou, teve como objectivo, com base em projecções demográficas até 2030, analisar a disponibilidade das ajudas familiares no apoio aos europeus idosos em situação de dependência. O estudo conclui que, devido à diminuição da viuvez feminina, pela diminuição da mortalidade masculina e pela proximidade da esperança de vida entre homens e mulheres, as mulheres podem contar no futuro mais com a presença de um cônjuge para fazer face à dependência, ainda que irá aumentar, de forma significativa, as mulheres que vivem sós. Esta tendência é particularmente forte entre os europeus com mais de 85 anos, pois a presença de um cônjuge será três vezes mais frequente em 2030 do que em 2000 (22% contra 9%).

No caso dos homens com mais de 85 anos a presença de um cônjuge aumenta (48%), comparativamente a 2000, tendência que permanece idêntica no grupo dos 75-84 anos, o que significa que os homens irão envelhecer mais acompanhados. No entanto, as mulheres casadas, em situação de dependência, com idade superior a 85 anos poderão passar de 7% para 16% até 2030, o que significa que os homens serão cada vez mais confrontados com a dependência das suas mulheres, sendo também transversal a todos os países europeus.

Quer os homens, quer as mulheres que vivem em casal irão confrontar-se com a situação de dependência dos seus cônjuges, o que vai aumentar significativamente as necessidades de ajudas profissionais.

Na maioria dos países, a população que irá revelar situações de dependência nas próximas três décadas será composta por pessoas que são hoje os potenciais cuidadores: cônjuges e filhos.

O aumento da longevidade irá permitir às gerações mais velhas a oportunidade de viverem mais anos, o que não implica estarem menos sujeitas ao surgimento da incapacidade (física e mental), e por isso a necessitarem de cuidados familiares e formais, por vezes, por longos períodos de tempo. Esse facto remete-nos, inevitavelmente, para as medidas de protecção social de apoio à conciliação entre vida familiar e profissional.

1.2. Medidas de protecção social

1.2.1. Medidas de conciliação entre vida familiar e profissional na Europa do Sul

Abordar as políticas sociais de apoio às famílias reenvia-nos, antes de mais, para a natureza do modelo de protecção social vigente. Os países da Europa do Sul demonstram algumas especificidades, que têm sido alvo de discussão, sobretudo a partir da década de 90. Segundo Esping-Andersen, estes países surgem associados aos regimes “conservadores corporativistas” nos quais a protecção social é historicamente construída a partir de um sistema de segurança social associado ao emprego e à preservação das capacidades produtivas dos trabalhadores e no garante de meios de subsistência em

¹⁸ Gaymu, Joelle, (2008), “What family support will dependent elders have in 2030? European projections”, *Population and Sociétés* N°444, Avril.

caso de desemprego, doença ou incapacidade para o trabalho (Esping- Andersen, 1999 citado por Silva: 2001) ¹⁹.

Ferrera (1996) propõe para estes países em concreto, um quarto regime, para além dos três identificados por Esping-Andersen, ao reagrupar a Grécia, Espanha, o Sul de Itália e Portugal. Neste 4º regime é notória a relevância atribuída às pensões de velhice, no seio da protecção social, à influência da Igreja Católica e à importância do trabalho informal e das obrigações familiares. Estes são alguns dos traços característicos dos quatro países mediterrânicos identificados por Thévenon et al. (2005).

Globalmente, estes países caracterizam-se por um baixo nível de despesas em prestações sociais, quando comparados a outros países europeus, e por uma estrutura de despesas ainda muito centrada nas pensões de velhice e de sobrevivência (sobretudo Itália, 60,7%). Estas despesas são explicadas fundamentalmente pelo forte envelhecimento da população.

Em termos relativos, as despesas em Portugal consagradas à protecção da família, em 2004, representavam no conjunto das despesas 5,3%, valores inferiores à média europeia 8,0%.

Quadro n.º 1 – Despesas em Protecção Social

Países	Velhice e sobrevivência		Doença		Deficiência		Família/ Crianças		Desemprego		Habitação e exclusão social	
	% TSB	% GDP	% TSB	% GDP	% TSB	% GDP	% TSB	% GDP	% TSB	% GDP	% TSB	% GDP
Grécia	51.2	12.0	27.8	6.5	4.9	1.2	6.4	1.5	5.1	1.2	4.5	1.1
Espanha	41.4	8.4	31.6	6.4	7.3	1.5	5.6	1.1	12.4	2.5	1.7	0.4
Itália	60.7	15.5	26.7	6.8	5.9	1.5	4.4	1.1	2.0	0.5	0.3	0.1
Portugal*	47.2	10.9	30.4	7.0	10.4	2.4	5.3	1.2	5.7	1.3	1.0	0.2
EUR – 27	45.9	12.0	28.6	7.5	7.9	2.1	8.0	2.1	6.1	1.6	3.5	0.9

* Dados referentes a 2004

Fonte: Eurostat – ESSPROS (2008)

TSB – Total social benefits

GDP – Gross Domestic Product

A redução da fecundidade²⁰, o envelhecimento da população e uma forte dependência intergeracional, nem que sobressai o papel das solidariedades familiares, são alguns dos factores explicativos para o

¹⁹ Esping – Andersen distingue três modelos. O continental ou conservador, o modelo liberal ou anglo-saxónico e um terceiro, o social-democrata ou escandinavo. Cf. Citado por Silva, Pedro, Adão (2001), “O Estado Providência Português num contexto europeu: elementos para uma reflexão”, in *Sociedade e Trabalho*, nº 8/9, p. 50-62.

²⁰ O índice sintético de fecundidade (ISF) que expressa o número de crianças por mulher tem descido, registando um valor de 1.36 em 2006, valor muito abaixo da substituição de gerações (2.1 crianças por mulher). Cf. Carilho, Maria José; Patrício, Lurdes (2008), “A situação demográfica recente em Portugal”, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 42, p. 111-155.

modelo de políticas sociais dos países de Sul, que se centram fundamentalmente na luta contra a pobreza, quer infantil, quer dos idosos. Em Portugal, “o risco de pobreza após transferências sociais (20%, em 2004) e as desigualdades na distribuição dos rendimentos (rácio 8,2 em 2004) são das mais elevadas na EU. A população mais idosa (em especial as mulheres) e as crianças constituem as categorias mais atingidas pela pobreza. Em 2004, as despesas com protecção social representavam 24,9% do PIB, longe da média da EU e 27,3%”²¹.

“As metas para reduzir a pobreza infantil incluem o reforço da protecção às famílias monoparentais, abrangendo 200.000 titulares do abono de família e o cumprimento dos compromissos de Barcelona em matéria de cuidados à infância”²². Para os idosos, as medidas incluem o Complemento Solidário para Idosos e no âmbito das desigualdades no território, o Programa para o conforto na habitação nos idosos.

Como se pode concluir as políticas familiares e as políticas de luta contra a pobreza estão fortemente imbricadas (Thévenon et. al, 2005:6), tendo Portugal privilegiado as reformas recentes de luta contra a pobreza.

Na última década, a Europa tem feito um esforço positivo no sentido de promover a fecundidade, através de políticas dirigidas às famílias. Espanha, é disso exemplo, ao adoptar um plano intitulado “políticas para o bem-estar das famílias”. Este plano visa contemplar todos os casais, casados ou não, famílias isoladas, casais homossexuais. Entre as principais medidas destaca-se o aumento da idade (até aos 25 anos) do direito ao abono familiar; a introdução de uma licença de paternidade até 4 semanas nos nove primeiros meses de vida e uma redução de impostos para as mães com filhos com menos de 3 anos.

O estudo recente realizado pelo *Center for Economic and Policy Research* (2008), enquadra as políticas estatais de 21 países e faz comparações sobre as duas formas de apoio: duração da licença e apoio financeiro. França e Espanha lideram o grupo de países analisados: o casal pode beneficiar até seis anos de licença com uma remuneração acima da média: 29 semanas para franceses e 27 para espanhóis²³.

Em Portugal, as políticas dirigidas às famílias têm dois principais objectivos: o apoio às famílias de baixos rendimentos e um suporte acrescido à conciliação da vida familiar e profissional, sobretudo na primeira fase do ciclo de vida (OCDE, 2004). Esta política pretende promover o desenvolvimento da actividade profissional, de forma mais contínua, incentivando assim, o emprego feminino.

Nas últimas duas décadas, em Portugal e Espanha tem-se assistido a um forte aumento da taxa de emprego feminino, apesar de existirem algumas disparidades entre os países da Europa do sul. Como podemos observar do quadro n.º 2, as mulheres portuguesas registam uma taxa de emprego a tempo inteiro de 62%, o que constitui um dos níveis mais elevados na UE, muito próxima da dos países

²¹ *Joint Report – Portugal* (2008) in http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm

²² IDEM.

²³ Portugal fica no meio da tabela em relação à licença de maternidade remunerada (24 semanas), à frente da Holanda (16) e Inglaterra (12), mas muito atrás da Suécia (47), Noruega (44) e Alemanha (42). Portugal volta a cair na duração da licença acrescida sem qualquer vencimento (13 semanas).

nórdicos. Portugal apresenta uma das maiores taxas de emprego a tempo inteiro, decaindo no grupo etário com mais de 55 anos.

Em 2007, o trabalho a tempo parcial das mulheres era de 31,4% na UE27 (enquanto o dos homens era de 7,8%). Portugal é um dos países com menor percentagem de mulheres a trabalhar a tempo parcial (16,9%).

Neste plano, é reveladora ainda a menor taxa de emprego das mulheres com filhos pequenos a cargo. “Assim, a taxa de emprego das mulheres com filhos a cargo é apenas de 62,4% contra 91,4% para os homens, o que corresponde a uma diferença de 20 pontos percentuais. Mais de três quartos dos trabalhadores a tempo parcial são mulheres (76,5%), o que corresponde a uma mulher sobre três”²⁴, o que revela desigualdades de género.

Quadro n.º 2 – Evolução das taxas de emprego e do trabalho a tempo parcial

Países da Europa do Sul	Taxa de emprego				Trabalho a tempo parcial/ mulheres	
	Mulheres 15 – 64 anos		Mulheres 55 – 64 anos		2002	2007
	2001	2006	2001	2006		
Grécia	41.5	47.4	22.9	26.6	8.0	10.5
Espanha	43.1	53.2	21.7	28.7	17.1	23.0
Itália	41.1	46.3	16.2	21.9	16.7	26.6
Portugal	61.3	62.0	40.3	42.8	16.5	16.9
EUR – 27	54.3	57.2	28.2	34.8	28.5	31.4

Fonte: European Commission (2008), *Report on Equality between Women and Men – 2008*, p. 24.

Nos países da Europa do Sul as políticas de conciliação dos tempos parentais e profissionais, denotam, igualmente, algumas especificidades. É o caso da licença de maternidade que em Portugal é de 120 dias e em Espanha pode ir até 3 anos, nos quais os 120 dias correspondem à licença de maternidade.

As recomendações da Comissão Europeia vão no sentido da criação de medidas diversificadas que promovam a conciliação entre vida profissional e familiar²⁵, tendo sido lançado aos Estados-Membros alguns desafios e orientações estratégicas em torno da igualdade efectiva entre homens e mulheres. Entre as principais medidas destacam-se a promoção do emprego de qualidade que promova a independência económica (licenças flexíveis e novas modalidades de trabalho); a criação de serviços para promover a conciliação e a luta contra os estereótipos na educação, emprego e nos meios de comunicação social, sublinhando o papel dos homens na promoção da igualdade.

²⁴ Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 23.1.2008, COM (2008) 10 final, p. 4.

²⁵ IDEM.

A conciliação da vida profissional e familiar é uma das prioridades estabelecidas, desde 2006, pela Comissão Europeia no âmbito da igualdade entre homens e mulheres. Para atingir este fim, a Comissão definiu três áreas de intervenção prioritária:

- Flexibilidade na organização do tempo de trabalho para homens e mulheres (horários flexíveis, tele-trabalho, licenças sabáticas; contabilização do tempo da prestação e apoio à inserção profissional após períodos de licença ou de trabalho a tempo parcial para prestação de cuidados a menores e a pessoas com dependência”), sem consequências penalizantes para os trabalhadores;
- Aumento do número das estruturas de cuidados (na óptica do aumento da oferta e da qualidade dos serviços)
- Melhores políticas de conciliação que beneficiem tanto homens como mulheres²⁶.

Já em 1999 a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE) referia um “leque de princípios e práticas que favorecem o equilíbrio entre os sexos, permitindo às mulheres mais tempo de dedicação à carreira profissional e aos homens mais tempo de dedicação à vida familiar”²⁷. Este documento tenta sistematizar algumas das boas práticas desenvolvidas em alguns países Europeus. Entre as principais medidas propostas, salienta-se a flexibilização da organização do trabalho, o incentivo à maior participação do pai na vida familiar, as licenças para pais e mães trabalhadoras e a criação de serviços de acolhimento de crianças e de prestação de cuidados a idosos.

No âmbito da criação de novos serviços, em Portugal, o aumento da taxa de cobertura de equipamentos para a infância tem sido outro dos investimentos públicos evidentes, apesar de revelar ainda insuficiências e alguns desequilíbrios na distribuição dos equipamentos no território nacional. No entanto, os efeitos de alguns dos dispositivos públicos mais recentes (como é o caso do Programa PARES e o PAIES) ainda não permitiram revelar o seu verdadeiro impacto, como podemos constatar através do estudo de Torres et al. (2004)²⁸. Com efeito, este Inquérito revelou que o recurso às redes informais primárias é ainda um dos principais mecanismos das famílias poderem assegurar um emprego, recorrendo-se a avós ou outros familiares (26%). O recurso à rede familiar constituía para um quarto da população inquirida, com crianças dos 0 aos 10 anos (26%), uma das estratégias mais utilizadas para compatibilizar a família e o emprego (Torres, et al. 2004: 92).

O recurso às redes informais na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, é confirmado, de igual modo, nos inquéritos desenvolvidos em 2004 pelo ISS, I.P., no âmbito de duas doenças com elevado grau de dependência (Alzheimer e Parkinson). Estes inquéritos revelaram que os cuidados prestados são feitos pelo próprio inquirido (39,2%), pelo cônjuge (18,9%), filhos (14,9%) e por outros familiares (12,2%). Quase um terço fica só, não existindo ninguém disponível (29,7%), enquanto que o recurso às redes formais é feita por uma minoria, 6,8% no centro de dia e 2,7% no lar de idosos.

²⁶ Parecer do comité Económico e Social Europeu sobre “papel dos parceiros sociais na conciliação da vida profissional, familiar e privada”, (2007/C256/19) in *Jornal Oficial da União Europeia*, C256/102 de 27 de Outubro de 2007.

²⁷ Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (1999), “*Boas práticas de conciliação entre vida profissional e familiar – manual para as empresas*”, CITE.

²⁸ Este inquérito envolveu 1700 indivíduos, 46,5% homens e 53,5% mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos.

Estes resultados do inquérito não divergem dos dados obtidos por Torres et al. (2004), nomeadamente no que se refere ao papel da família e ao baixo recurso a soluções pagas. Numa amostra de 1700 indivíduos, 13% afirmaram ter familiares idosos que necessitam de cuidados especiais. Destes, 52,6% vive em casa do inquirido (a) ou de um familiar (44,8%) e somente 2,6% vive lar. Ainda que o recurso ao lar seja uma minoria, este é mais frequente entre os agregados com rendimentos mais elevados. No cômputo geral, é a família que se ocupa dos idosos sempre que estes necessitam de cuidados especiais, sendo as mulheres as principais fontes de apoio, quer estes se encontrem a viver com familiares, nas suas próprias casas ou já a residir em lares²⁹.

A Constituição Portuguesa³⁰ prevê no art. 59 – *Direitos dos trabalhadores*, que “todos os trabalhadores têm direito à organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da actividade profissional com a vida familiar”. Estabelece-se ainda no art. 67 que incumbe ao Estado, para protecção da família, promover, através da concertação das várias políticas sectoriais, a conciliação da actividade profissional com a vida familiar”. Existe um conjunto de autores que consideram que Portugal não possui uma verdadeira política de família (Portugal, 2002)³¹, que fomente a conciliação, em particular em relação à última fase do ciclo de vida. Este facto é tanto mais evidente se compararmos as medidas que existem de apoio à família ao longo do ciclo de vida.

1.2.2. Conciliação entre vida familiar e profissional: o caso da dependência

Com base no código de trabalho³², o quadro n.º 3 sintetiza as principais medidas de protecção social. A ausência de políticas de protecção social para pessoas em situação de dependência, devido a doença crónica, é evidente. Comparando as várias fases do ciclo de vida, são inegáveis os avanços conseguidos, nas últimas décadas, no apoio à infância, ainda que considerados, por alguns (Thévenon et. al, 2005) insuficientes, quando comparados a outros países europeus, com uma tradição natalista, implementada desde há muito (como é o caso dos países Nórdicos).

As medidas que importa referenciar no binómio família - trabalho, no caso da dependência, é a assistência à família e as medidas fiscais de apoio às famílias com pessoas idosas em lares³³.

A Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho que aprovou o novo código do trabalho prevê faltas para assistência a membros do agregado familiar (art. 203º) – “o trabalhador tem direito a faltar ao trabalho até 15 dias por ano, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, ao cônjuge, parente ou afim na linha recta ascendente, ou no 2º grau da linha colateral, filho, adoptado ou

²⁹ Torres, Anália (coord), Silva, Francisco, Vieira; Monteiro, Teresa, Libano; Cabrita, Miguel (2004), “Homens e Mulheres entre família e trabalho”, estudos nº 1, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa. MSST, CITE.

³⁰ http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao/constituicao_p06.htm

³¹ Portugal, Sílvia (2002), “Algumas questões sobre políticas de famílias”, in Sexualidade e Planeamento familiar, nº 35.

³² Código do Trabalho - [Lei n.º 99-2003](#), de 27 de Agosto e Regulamentação do Código do Trabalho - [Lei n.º 35/2004](#), de 29 de Julho

³³ Lei nº 67-A/2007, de 31 de Dezembro de 2007 in Diário da Republica nº 251 – série I

enteado com mais de 10 anos”. Estas faltas são justificadas, mas não remuneradas. Como refere o art. 204º “as faltas previstas no número anterior, não determinam a perda de quaisquer direitos e são consideradas, salvo quanto à retribuição, como prestação efectiva de serviço”.

O novo código do trabalho veio uniformizar a lei e estender os mesmos direitos ao regime de trabalho especial na Administração Pública, através do art. 110º que regula as faltas para assistência a membros do agregado familiar. Contudo, a Direcção-Geral da Administração Pública, com a orientação técnica nº 1/DGAP/2006, de 24 de Fevereiro, veio considerar o art. 110º omissivo, relativamente aos efeitos remuneratórios, pelo que no regime de trabalho especial na Administração Pública, a regulamentação das faltas rege-se pelo Decreto-lei n.º 100/99, 31 de Março. Segundo este, as faltas para acompanhamento de familiar a exames, tratamentos e consultas médicas, podem ser justificadas, desde que comprovadas por entidade hospitalar ou médica, e indicada a necessidade do acompanhamento. Este disposto é extensivo ao cônjuge ou equiparado, ascendentes, descendentes, adoptandos, adoptados e enteados, menores ou deficientes, em regime ambulatorio. As horas dispendidas são convertidas através da soma em dias completos de faltas e produzem os efeitos das faltas para assistência a familiares”, não havendo perda integral de retribuição (art. 53º do Decreto-lei n.º 100/99, de 31 de Março)

As nítidas desvantagens que existem entre o regime geral da Segurança Social e o regime de trabalho especial na Administração Pública fazem da assistência à família um direito com diferenciações claras.

Quadro n.º 3 – Medidas de protecção social para crianças/jovens e outros dependentes

Medidas de protecção social	Infância	Deficiência	Velhice
Licenças	Licença de maternidade (art.35º) Licença de paternidade (art.36º) Licença para adopção (38º) Licença parental (artº 43) Licença especial para a assistência a filho	Licença para assistência a pessoa com deficiência ou doença crónica (artº44)	
Dispensas	Dispensas para consultas pré-natais e preparação para o parto Dispensa para amamentação/aleitação (art. 39º)	Assistência a menor com deficiência ou doença crónica, nomeadamente a redução do período normal de trabalho (art 37º) Redução de 5 horas do período normal de trabalho semanal para assistência a filho até 1 ano com deficiência ou doença crónica (artº70)	
Faltas	Faltas para assistência a menores até aos 10 anos até 30 dias (art.40º) Faltas para assistência a netos (filhos adolescentes com idade inferior a 16 anos) (artº41)	Faltas para assistência a menores, independentemente da idade (artº41). São remuneradas	Faltas para assistência a outros membros de agregado familiar até 15 dias no regime geral da Segurança Social. São consideradas prestação de serviço, mas não são remuneradas (artº 110). No regime de trabalho especial na Administração Pública, o direito à assistência à família são 30 dias, dos quais 15 dias são remunerados

	Faltas para assistência a menores com mais de 10 anos até 15 dias (art.110º), não remuneradas.		orientação técnica nº 1/DGAP/2006, de 24 de Fevereiro)
Benefícios fiscais e prestações familiares	Deduções de impostos para compensação de custos com crianças Abono de família	Subsidio por assistência de 3ª pessoa	A Lei nº 67-A/2007, de 31 de Dezembro – I série nº 251 prevê em relação às despesas com ascendentes dois tipos de deduções à colecta: <i>despesas de saúde</i> – “aquisição de outros bens e serviços directamente relacionados com despesas de saúde do sujeito passivo, do seu agregado familiar, dos seus ascendentes e colaterais até ao 3º grau, desde que devidamente justificados através de receita médica, com o limite de € 62 ou de 2,5% das importâncias referidas nas alíneas a), b) e c), se superior (artº82º); <i>despesas com encargos com lares</i> “são dedutíveis à colecta 255 dos encargos com lares e instituições de apoio à terceira idade relativos aos sujeitos passivos, bem como dos encargos com lares e residências autónomas para pessoas com deficiência, seus dependentes, ascendentes e colaterais até ao 3º grau que não possuem rendimentos superiores à retribuição mínima mensal, com o limite de 85% do valor da retribuição mínima mensal” (artigo 84º).
Outros direitos	O trabalhador com filhos menores de 12 anos tem direito a trabalhar a tempo parcial ou com flexibilidade de horário (artº 45), até o máximo de 2 anos ou de 3 anos, no caso do 3º filho ou mais (art. 81º) A trabalhadora grávida ou com filho de idade inferior a 12 meses não está obrigada a prestar trabalho suplementar (artº46) ou no período nocturno, durante a gravidez, amamentação e nos 112 dias antes e depois do parto (art.47º). Após a licença para assistência ao filho ou adoptado o empregador deve facultar a participação e acções de formação e reciclagem profissional (artº48)	O trabalhador com filhos deficientes ou doença crónica tem direito a trabalhar a tempo parcial ou com flexibilidade de horário, até o máximo de 4 anos (artº81). Após a licença para assistência a pessoa com deficiência ou doença crónica o empregador deve facultar a participação e acções de formação e reciclagem profissional (artº48)	

A reforma das relações laborais proposta para um novo consenso na regulação dos sistemas de relações laborais, de protecção social e de emprego, apresentada em Junho de 2008, é omissa, mais uma vez, relativamente à última fase do ciclo de vida. As medidas aí referidas, no âmbito do sistema de protecção social, dizem respeito à substituição da licença de maternidade, paternidade e adopção por uma licença de parentalidade inicial, mais alargada e remunerada. A contabilização como trabalho a tempo completo, para efeitos de prestações da segurança social, e o tempo parcial para

acompanhamento de filhos menores, constituem algumas medidas inovadora de incentivo à natalidade³⁴.

No eixo do aumento da adaptabilidade das empresas, esta reforma pretende ainda alterar o código do trabalho de modo a permitir que as convenções colectivas regulem o tempo de trabalho:

- *Criação de bancos de horas* – “A possibilidade de fixação de um número anual de horas de trabalho a aplicar em conjunto com os limites de variação diária e semanal do tempo de trabalho e da garantia de repouso com eles compatíveis”;
- *Horários concentrados* – a existência de horários de trabalho com modulação da duração diária e semanal do tempo de trabalho por período inferior a um ano³⁵.

Como se pode concluir neste capítulo, existem nas medidas de protecção social desequilíbrios entre descendentes e ascendentes, bem como variações entre administração pública e sector privado (regime geral). A questão da conciliação entre vida familiar e vida profissional tem-se centrado sobretudo no alargamento da oferta de equipamentos sociais (lares, serviços de apoio domiciliário e centros de dia), como podemos confirmar pelos valores apresentados no próximo ponto.

1.2.3 Evolução da rede de equipamentos sociais de apoio à dependência³⁶ (2000-2007)

Da evolução histórica da rede de equipamentos para idosos conclui-se que, na última década, se tem dado especial ênfase a uma política social que privilegie a manutenção da pessoa idosa no domicílio. Esta constatação é tanto mais evidente se comparamos os dados referentes ao número de equipamentos sociais de apoio a idosos, com especial destaque para o centro de dia, convívio e serviços de apoio domiciliário.

Em 2000, a menor taxa de utilização verifica-se em relação ao centro de dia e de convívio, contrariamente aos lares não lucrativos que revelam uma taxa de utilização superior a 95%.

Quadro n.º 4 – Capacidade e taxa de utilização dos equipamentos sociais para idosos (2000)

Respostas sociais	Capacidade	Utilização	Taxa de Utilização
Apoio domiciliário	38.022	–	90

³⁴ Esta reforma veio propor o alargamento da licença de paternidade para 10 dias e a sua remuneração a 100%. Outras medidas incidem no tempo e na percentagem de remuneração na licença de maternidade. “Quatro meses remunerados a 100%, ou cinco meses a 80%, quando a utilização partilhada da licença entre os progenitores for inexistente ou inferior a um mês”; cinco meses remunerados a 100% ou seis meses a 83% quando pelo menos um dos meses for gozado de forma exclusiva por cada um dos progenitores”; “remunerar, através de prestação social, três meses adicionais para cada um dos cônjuges, correspondentes a uma licença de parentalidade alargada, apoiados a 25% da remuneração bruta, se gozados imediatamente após a licença de parentalidade inicial”; “registar como trabalho a tempo completo, para efeitos de prestações da segurança social, o trabalho parcial para acompanhamento de filhos menores” Para mais desenvolvimentos ver MTSS (2008), “*Reforma das Relações Laborais – Propostas para um novo consenso na regulação dos sistemas de relações laborais, de protecção social e de emprego*”, Documento de trabalho.

³⁵ www.portugal.gov.pt

³⁶ Aqui foram considerados os equipamentos sociais para idosos e as respostas da rede integrada de cuidados continuados.

Centro de convívio	29.670	25.315	85,3
Centro de dia	46.263	36.328	78,5
Lar não lucrativo	42.736	40.995	95,9
Lar lucrativo	7.198	6.134	85,2

Fonte: Carta social/Rede de Serviços e Equipamentos, Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2000)

A valorização de respostas sociais que privilegiem a manutenção da pessoa idosa no seio da sua comunidade tem sido uma tendência constante na última década. Segundo a UNIFAI (2007)³⁷, e de acordo com a taxa de utilização³⁸ dos equipamentos calculados para a população idosa, são, maioritariamente, as pessoas com idade igual ou superior a 85 anos os principais utilizadores destes equipamentos, em maior proporção nos serviços de apoio domiciliário e nos lares de idosos. De acordo com a taxa de capacidade³⁹, o lar apresenta um maior *deficit* entre o número de vagas disponíveis, comparativamente ao centro de dia que apresenta o maior número de vagas, seguida dos serviços de apoio domiciliário.

Quadro n.º 5 – Rede de serviços e equipamentos para pessoas idosas

Equipamentos	Valor absoluto	Capacidade	Utentes	Nº de vagas*
Serviço de apoio domiciliário	2.305	79.861	71.663	8.198
Centro de Convívio	500	23.789	21.849	1.940
Centro de dia	1.882	59.504	41.157	18.347
Centro de Noite	22	309	284	25
Residência	39	1004	796	208
Lar de idosos	1.583	63.408	61.757	1.651

Fonte: * cálculos próprios com base ISS, IP, (2007) “ *Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência*”, p.36.

A constatação de que existe um *deficit* em relação ao número de lugares disponíveis em lares de

³⁷ A UNIFAI (Unidade de investigação e formação sobre adultos e idosos) procedeu a um levantamento de todos os equipamentos sociais de apoio a idosos no território continental, extraídos da base de dados da Carta Social (www.dgeep.mtss.gov.pt), a partir dos quais foram calculados indicadores como a proporção dos muito idosos no total de idosos residentes; as taxas de ocupação e de utilização dos centros de dia, SAD e lares de idosos e, por último, o rácio utilização-capacidade desses equipamentos.

³⁸ Taxa de utilização é a divisão entre o número total de utilizadores registados no equipamento pelo número total de idosos existentes na localidade a multiplicar por 100.

³⁹ Taxa de capacidade é a divisão entre o número total de vagas existentes no equipamento pelo número total de idosos existentes na localidade a multiplicar por 100.

idosos é reconhecida com a criação, em 2006, do Programa de Alargamento da Rede Nacional de Equipamentos Sociais (PARES). Para os equipamentos de idosos prevêem-se mais 13 mil novas vagas. Como investimento são elegíveis obras de construção de raiz, ampliação e remodelação, aquisição de imóvel ou fracção e de equipamento imóvel (este último apenas na rede não lucrativa).

Outra medida emblemática deste governo é a criação da Rede Integrada de Cuidados Continuados. O Programa do XVII Governo Constitucional definiu como meta a “instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”⁴⁰.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (art. 12º Decreto-Lei nº 101/2006).

A *unidade de convalescença* é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico⁴¹.

As unidades de convalescença destinam-se a doentes dependentes por perda transitória de autonomia, como é o caso, de um doente que está numa fase de pós-operatório e/ou por doença crónica descompensada.

A *unidade de média duração e reabilitação* é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Estas unidades de internamento de média duração e reabilitação destinam-se a doentes com uma doença de base aguda ou crónica, que se encontrem em fase de recuperação ou necessitem de continuação do tratamento ou de supervisão clínica continuada.

A *unidade de longa duração e manutenção* é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Estas unidades destinam-se a pessoas com doenças ou processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e diversos graus de complexidade clínica e que não podem ser atendidas no domicílio por falta de apoio social, dificuldades de apoio familiar ou descanso familiar. É de referir que a unidade de longa duração e manutenção pode

⁴⁰ Decreto-Lei n.º 101/2006 in Diário da republica I série A, nº109 de 6 de Junho de 2006.

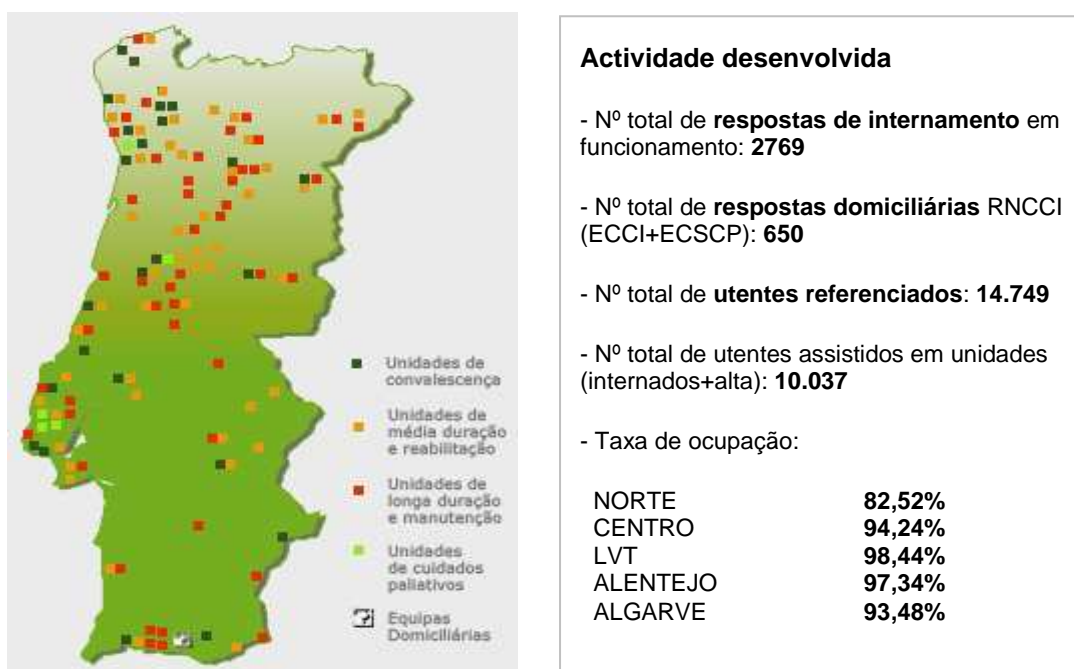
⁴¹ art. 13º Decreto-Lei n.º 101/2006 in Diário da republica I série A, nº109 de 6 de Junho de 2006.

D.L. 101/2006 de 6 de Junho

proporcionar o internamento, em situações temporárias, decorrentes de dificuldade de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador até 90 dias por ano.

A *unidade de Cuidados Paliativos* é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde⁴². As unidades de cuidados paliativos visam acompanhar, tratar e fazer a supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Segundo os dados da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, disponibilizados no site, existiam, em 2008, 3.419 de respostas da RNCCI, dos quais 2.769 são respostas de internamento. Entre o total de utentes referenciados 14.749, 10.037 foram assistidos em unidades de internamento. Como se conclui da figura seguinte a taxa de ocupação é quase total, praticamente em todas as regiões do país.



Fonte: <http://www.rncci.min-saude.pt/arede.php>

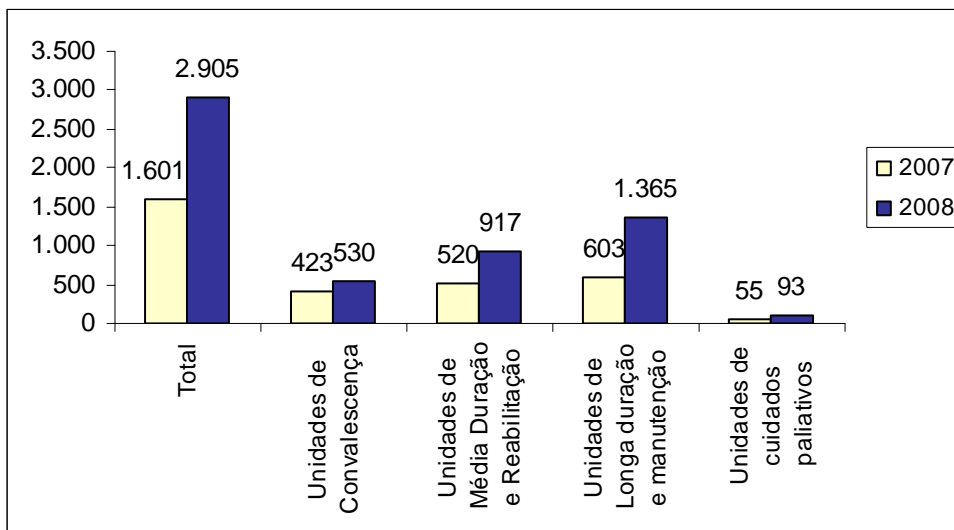
No âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foram estabelecidos, em 2007, 66 acordos com instituições particulares de solidariedade social, dos quais 42 com a União das Misericórdias Portuguesas, o Serviço Nacional de Saúde (10) e entidades privadas (2). Da celebração dos acordos resultaram a criação de 1.601 camas, com maior preponderância para as unidades de longa duração e manutenção (603), unidades de média duração e reabilitação (520) e unidades de convalescência (423)⁴³. Em 2008, existiu um aumento significativo do número de camas (2.905),

⁴² Cf. <http://www.rncci.min-saude.pt/internamento.php>

⁴³ Cf. <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI>

sobretudo nas unidades de longa duração e manutenção, sofrendo um aumento para o dobro, seguida das unidades de média duração e reabilitação.

Gráfico n.º 4 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007 - 2008⁴⁴) – camas



Fonte: ISS, IP, (2007) "Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência", p.43.

Segundo um inquérito de satisfação aos utentes das unidades de cuidados continuados integrados, promovido pela unidade de Missão da Rede de Cuidados Continuados, em 2008, conclui-se que num total de 432 utentes⁴⁵, os actuais utentes da rede possuíam idade média de 71 anos e mais de metade eram mulheres. Trata-se de uma população pouco escolarizada, casada ou viúva. Este mesmo estudo revelou que a amostra se repartia de forma equilibrada pelos três tipos de cuidados; convalescença (39,3%), longa duração e manutenção (29,9%) e média duração e reabilitação (27,9%). Os cuidados paliativos apresentam uma fraca expressão, com apenas 2,9% do total de inquiridos.

Estes utentes foram, maioritariamente, referenciados pelo hospital (92,3%) e pensam voltar ao domicílio quando saírem da unidade (61,1%). A avaliação efectuada pelos utentes é muito boa, quer relativamente aos cuidados de saúde ministrados, aos cuidados de reabilitação e de apoio pessoal.

1.3. Medidas de apoio à dependência: o caso de Espanha

Uma análise comparada das principais medidas de apoio à dependência em Portugal e Espanha mostra diferenças significativas entre os dois países.

Espanha possui um sistema concertado de protecção da dependência desde 2006, com a criação da *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia*.

O sistema de protecção da dependência abrange as seguintes medidas:

⁴⁴ Em 2008, dados referentes a camas distribuídas por 155 unidades de internamento.

⁴⁵ Das 432 respostas, 244 são utentes da rede e 188 de antigos utentes. Cf. Giesta/ISCTE e Best Salus, "Resultados dos Inquéritos de satisfação aos utentes das unidades de cuidados continuados integrados in <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI>.

- Deduções familiares com encargos com pessoas dependentes, medidas que fomentam a conciliação entre a vida familiar e profissional;
- Redução do horário de trabalho;
- Direito a licenças sem vencimento (até um ano);
- Prestações económicas abrangendo serviços, cuidados familiares e assistência pessoal;
- Gratuitidade em fraldas e medicamentos.

Entre as prestações económicas à dependência destacam-se as seguintes:

- *Prestação económica vinculada ao serviço*, tem um carácter periódico, é estabelecido quando não seja possível o acesso a um serviço público de cuidados, em função do grau e nível de dependência e da capacidade económica do beneficiário, de acordo com o que está previsto na convenção entre a administração geral do Estado e as comunidades autónomas. Esta prestação económica de carácter pessoal está vinculada à aquisição de um serviço.
- *Prestação económica para cuidados familiares* é atribuída, excepcionalmente, quando o beneficiário é atendido no domicílio por familiares, desde que o agregado possua condições adequadas de convivência e habitabilidade. O conselho territorial do Sistema para a Autonomia e Atenção da Dependência (SAAD), define as condições de acesso a esta prestação, em função do grau e nível reconhecido à pessoa em situação de dependência e da sua capacidade económica, assim como aquelas acções de apoio ao cuidador não profissional que contemplará programas de formação, informação e medidas para atender os períodos de descanso e que, igualmente, deverá ajustar-se às normas sobre afiliação e cotização da Segurança Social.
- *Prestação económica de assistência pessoal* tem como finalidade a promoção da autonomia das pessoas com grande dependência. O seu objectivo é contribuir para a contratação de uma assistência pessoal, durante um número de horas, que facilite ao beneficiário o acesso à educação e ao trabalho, assim como a uma vida mais autónoma no exercício das actividades básicas da vida diária.

A atribuição dos montantes depende da capacidade económica, bem como do grau de dependência. Entende-se por grau I – *dependência moderada*, quando a pessoa necessita de ajuda para realizar várias actividades básicas da vida diária, pelo menos uma vez por dia ou tem necessidade de apoio intermitente ou limitado para a sua autonomia pessoal. Grau II – *dependência severa*, quando a pessoa necessita de ajuda para realizar várias actividades básicas da vida diária, duas ou três vezes ao dia, mas não pretende um apoio permanente de um cuidador ou tem necessidades de apoio extensivo para a sua autonomia pessoal. Grau III – *grau de dependência muito severo*, quando a pessoa necessita de ajuda para realizar as várias actividades básicas da vida diária, várias vezes ao dia e, pela perda total de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial, necessita de apoio indispensável e contínuo de outra pessoa ou tem necessidades de apoio generalizado para a sua autonomia pessoal⁴⁶.

⁴⁶ Cf. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia

Os graus de dependência são atribuídos de acordo com parâmetros definidos pelo conselho territorial do sistema de autonomia e atenção à dependência, aprovado pelo governo espanhol mediante decreto real. A avaliação da situação de dependência e das prestações correspondentes é feita pelos serviços sociais do sistema público, por equipas médico-sociais, e é estabelecido um programa individual de cuidados, no qual se identificam necessidades e as modalidades de intervenção mais adequadas.

No caso de Portugal, o **complemento por dependência** é atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência.

Consideram-se em situação de dependência os pensionistas que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outrem.

Para atribuição do complemento e determinação do respectivo montante consideram-se os seguintes graus de dependência: *1.º grau* – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; *2.º grau* – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave⁴⁷.

Os valores das prestações (quadro n.º 7 e 8) traduzem a disparidade entre os apoios financeiros concedidos no apoio à dependência entre os dois países. Enquanto que em Portugal o complemento por dependência é dirigido aos pensionistas que se encontram em situação de dependência, em Espanha as prestações de apoio à dependência são extensivas a qualquer pessoa residente em Espanha há mais de 5 anos. Assim, as políticas de apoio à dependência são estruturadas para apoiar quem se encontra numa situação de dependência, como os familiares que prestam apoio, ao contemplar diferentes modalidades de prestações económicas (assistência pessoal, aquisição de serviços e cuidados familiares).

Espanha

Quadro n.º 7 – Montantes referentes a prestações de apoio à dependência – Espanha (2008)

Graus (€/mês)	Prestação vinculada ao serviço	Prestação para Cuidados familiares		Prestação de assistência pessoal
	Valor	Valor	Cota SS+FP	Valor
Grau III	811,98	506,96		811,98
Grau III	608,98	405,99	153,93	608,98

⁴⁷ Cf. Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho e Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.

Grau II

450,00

328,36

Fonte: <http://www.saad.mtas.es/portal/saad/prestaciones.html>

Portugal

Quadro n.º 8 – Montantes referentes ao complemento por dependência – Portugal

Em vigor a partir de 1 de Janeiro de 2009

GRAU DE DEPENDÊNCIA	MONTANTE	
	Regime Geral de Segurança Social	RESSAA, Regime Não Contributivo e Regimes Equiparados
1.º Grau	€ 93,60	€ 84,23
2.º Grau	€ 168,47	€ 159,10

Fonte: www.seg-social.pt

Notas: Complemento por cônjuge a cargo (Regime Geral) - Montante: € 36,35

Complemento Extraordinário de Solidariedade - Concedido por acréscimo à Pensão Social de Invalidez e de Velhice

PENSIONISTAS/IDADE	MONTANTE
Menos de 70 anos	€ 17,32
Igual ou superior a 70 anos	€ 34,63

O Complemento Extraordinário de Solidariedade é atribuído a partir da data em que for devida a pensão a que acresce nas situações de alteração do montante por motivo de idade, o novo valor é devido a partir do mês seguinte àquele em que o titular tiver completado 70 anos. Cf. www.seg-social.pt

Quadro n.º 9 – Análise comparada das medidas de apoio à dependência

		Espanha	Portugal
Medidas de conciliação entre vida familiar e profissional	Benefícios fiscais	Deduções familiares com encargos com pessoas dependentes (grau de incapacidade igual ou superior a 65% – despesas com doença ou outros relacionados com a dependência (IRPF imposto sobre o rendimento de pessoas físicas).	A Lei nº 67-A/2007, de 31 de Dezembro – I série nº 251 prevê em relação às despesas com ascendentes dois tipos de deduções à colecta: <i>despesas de saúde</i> – “aquisição de outros bens e serviços directamente relacionados com despesas de saúde do sujeito passivo, do seu agregado familiar, dos seus ascendentes e colaterais até ao 3º grau, desde que devidamente justificados através de receita médica, com o limite de € 62 ou de 2,5% das importâncias referidas nas alíneas a), b) e c), se superior (artº82º); <i>despesas com encargos com lares</i> “são dedutíveis à colecta 25% dos encargos com lares e instituições de apoio à terceira idade relativos aos sujeitos passivos, bem como dos encargos com lares e residências autónomas para pessoas com deficiência, seus dependentes, ascendentes e colaterais até ao 3º grau que não possuem rendimentos superiores à retribuição mínima mensal, com o limite de 85% do valor da retribuição mínima mensal” (artigo 84º).
	Redução de horário	Direito à redução da jornada como um direito individual dos trabalhadores que cuidam de pessoas dependentes (Lei do estatuto dos trabalhadores – Real decreto legislativo 1/1995, de 24 de Março e Lei 39/1999, de 5 de Novembro).	
	Faltas	:	A lei prevê o direito a faltar ao trabalho até 15 dias por ano, para assistência à família , em situação de doença ou acidente (que extensivo a cônjuge, ascendentes e outros). No entanto, estas faltas embora sejam justificadas (e sejam consideradas <i>prestação de serviço</i>), elas não são remuneradas no regime geral da Segurança Social.

Licença sem vencimento

Os trabalhadores têm direito a um período de ausência superior a 1 ano, salvo se se estabelecer uma duração maior por negociação colectiva para a prestação de cuidados a um familiar, segundo o grau de consanguinidade ou afinidade, que por razões de idade, acidente, doença ou incapacidade não se podem valer a si próprios e não desempenhem uma actividade remunerada

O período de ausência do trabalhador é contabilizado para efeitos de antiguidade e permite o direito ao acesso a cursos de formação profissional, após o regresso ao posto de trabalho. Em simultâneo, é atribuído ao trabalhador ausente uma prestação contributiva para o 1º ano de licença com reserva do posto de trabalho

Prestações sociais

O sistema para a autonomia e atenção da dependência (SAAD) engloba três prestações:

A prestação económica vinculada a um serviço

- Os beneficiários podem receber uma prestação económica. Esta deve estar vinculada à aquisição de um serviço, quando não for possível aceder a uma serviço público, sendo calculada em função do grau e nível de dependência e da capacidade económica do beneficiário. O valor é calculado com o convénio celebrado entre a Administração Geral do Estado e a correspondente Comunidade Autónoma.

A prestação económica para os cuidados no meio familiar é atribuída desde que o beneficiário seja cuidados por familiares no seu próprio domicílio e que a residência reúna as condições adequadas de convivência e habitabilidade.

O Conselho Territorial do SAAD é o órgão competente por definir as condições de acesso a esta prestação, em função do grau da pessoa em situação de dependência e da sua capacidade económica, assim como acções de apoio ao cuidador não profissional que contempla programas de formação, informação e medidas para os períodos de descanso.

A prestação económica de assistência pessoal tem como finalidade a promoção da autonomia das pessoas com grau de dependência. O objectivo é contribuir para a contratação de uma assistência pessoal, durante um número de horas, que facilitam ao beneficiário o acesso à educação e ao trabalho, assim como uma vida mais autónoma no exercício das actividades básicas da vida diária.

Complemento por dependência

Atribuído a **pensionistas dos regimes de segurança social** que se encontrem em situação de dependência.

Apoios financeiros na dependência

Os medicamentos e as fraldas são gratuitos para as pessoas dependentes

Benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos (DL nº 252/2007 de 5 de Julho). Os benefícios criados contemplam as seguintes participações financeiras: a) 50% da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado; 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de €100, por cada período de dois anos; 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de €250, por cada período de três anos.

O acesso universal às ajudas técnicas, desde que prescritas pelos serviços de saúde (Despacho nº 28936/2007 do Diário da república, 2ª série, nº 245 de 20 de Dezembro de 2007.)

Se compararmos entre os vários países europeus as políticas sociais de apoio à dependência deparamo-nos com políticas públicas diferentes. O caso dos países Nórdicos (Suécia, Noruega, Dinamarca, Islândia) é um exemplo paradigmático de uma verdadeira política de apoio à dependência, com uma rede de cuidados multidisciplinares a nível local onde os serviços prestados são gratuitos e prestados de forma integrada (Suécia, Dinamarca e Finlândia).

O *Estado Sueco*, por exemplo, assegura o acesso a todos os cidadãos às prestações, independentemente do rendimento e do local de residência do indivíduo, e os cuidados são quase na totalidade desenvolvidos pelo sistema público. A política de apoio à dependência, na Suécia, prevê não só o apoio económico, como facilita aos cuidadores o acesso a serviços de qualidade e o direito a uma licença para cuidar dos familiares (paga pelo sistema de doença), em situações de urgência ou no final de vida (Delperee, 1998).

Um outro modelo é o *Alemão* que em 1994 operou uma decisiva reforma no apoio às doenças crónicas, no qual se integram as doenças degenerativas, e que resultou na implementação do *seguro de dependência*. Esta reforma criou um quinto ramo das prestações sociais – a dependência, paralelamente, à doença, aos acidentes, à velhice e ao desemprego.

Espanha é outro exemplo notório do grande investimento que tem sido feito, nas últimas décadas, em matéria de protecção da dependência, quer através da criação da Lei 39/2006 de Promoção da Autonomia pessoal e atenção às pessoas em situação de dependência, quer através da promoção de planos Gerontológicos, de âmbito regional, para o envelhecimento. Das medidas mais inovadoras destacam-se, a redução de horário para prestar cuidados a familiares, licenças de longa duração (não remuneradas) durante um ano ou o apoio directo ao beneficiário (gratuidade em fraldas e medicamentos) e à família com montantes anexados às pensões ou prestação de assistência pessoal ou de apoio à família com valores susceptíveis de fazer face aos cuidados sociais e de saúde necessários para fazer face à dependência.

Consideramos que o exemplo espanhol poderá ser inspirador da necessidade de uma maior intervenção pública para responder à questão da dependência e fomentar, assim, a conciliação entre vida profissional e familiar.

Se o objectivo deste capítulo foi o de identificar as principais políticas sociais de apoio à dependência em Portugal e Espanha, em seguida, iremos apresentar alguns resultados de inquéritos que permitiram compreender o exercício das diferentes modalidades de organização do trabalho (a tempo inteiro ou parcial), bem como a forma como as famílias utilizam as medidas de apoio à família, sempre que se confrontem com a necessidade de prestarem apoio a um familiar dependente.

2. Problemas e custos associados à prestação de cuidados

2.1. Problemas decorrentes da conciliação da vida familiar e profissional

Os resultados do estudo "*Conciliação da vida familiar e actividade profissional: o papel da política social*", realizado, em 2007, pelo IESE – Instituto de Estudos Sociais e Económicos –, evidenciam uma fraca implementação de medidas e formas práticas de organização flexível do trabalho na sociedade portuguesa. Os dados revelam uma forte tendência para o predomínio da informalidade na

utilização dos direitos consagrados no código do trabalho, com menores custos organizacionais e financeiros para as empresas, uma vez que a flexibilidade na escolha de férias/dias de folga e a facilitação informal para os trabalhadores se ausentarem do trabalho para atender a necessidades pessoais, são as únicas formas existentes nas empresas. Este estudo permitiu também, concluir que as formas flexíveis de organização do trabalho estão directamente relacionadas com a dimensão, o sector de actividade e o tipo de organização. Quer o sector público (empresas públicas, entidades do sector público estatal), quer as empresas de capital estrangeiro utilizam a *jornada contínua*, a *licença sem vencimento* e a *licença para formação académica e profissional*, como medidas para incentivar a flexibilidade na organização do trabalho.

Quadro n.º 10 – Formas flexíveis de organização do trabalho

Tipo de organizações ⁴⁸	Práticas de organização flexível	Âmbito da flexibilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Agricultura • Alojamento e restauração • Alguns sectores da indústria 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho a tempo parcial • Regime por turnos • Horário de trabalho flexível 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade dos processos produtivos • Sem resposta a necessidades de conciliação • Associada a precariedade laboral
<ul style="list-style-type: none"> • Organismos da administração pública central e local • Serviços do sector público da educação e saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada contínua de trabalho • Semana de trabalho comprimida • Licenças sem vencimento (incluindo as licenças para formação académica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formas flexíveis de organização do trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades financeiras • Sector das comunicações, sobretudo e, empresas de grande dimensão 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho a tempo parcial • Licença para formação • Jornada contínua de trabalho • Tele-trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Formas flexíveis de organização do trabalho (reorganização superior)

Fonte: Dionízio, Sandra; Schouten, Johanna "Conciliação da vida familiar e actividade profissional", *Sociedade e Trabalho*, nº 33, p.89

O referido estudo permitiu evidenciar ainda práticas pouco inovadoras ao nível do incentivo ao trabalho parcial, à flexibilidade dos horários de trabalho e ao tele-trabalho. Subjacente à não

⁴⁸ Note-se que o sector privado com capital nacional não foi contemplado neste estudo. Cf. Dionízio, Sandra; Schouten, Johanna "Conciliação da vida familiar e actividade profissional", *Sociedade e Trabalho*, nº 33.

utilização de formas mais flexíveis de organização do trabalho (trabalho a tempo parcial) estão certamente razões de ordem económica, bem como condições de trabalho impostas pelas entidades empregadoras pouca incentivadoras da conciliação entre vida profissional e familiar. Além disso, outra das razões apontadas para a pouca adesão ao trabalho a tempo parcial é a inexistência de mecanismos adequados em termos de sistema de segurança social e fiscal, que acabam por estar pouco adequados a estas formas de organização de trabalho⁴⁹.

Relativamente às políticas de protecção social facilitadoras da conciliação entre vida profissional e familiar, contempladas no inquérito, para além de privilegiarem a infância, verifica-se, de igual modo, um fraco conhecimento e utilização das medidas públicas de protecção social (com excepção para a licença de maternidade). Os poucos benefícios ou subsídios existentes (sobretudo, para a dependência) traduzem, em muito, fragilidades ao nível da informação detida pelos inquiridos relativamente aos direitos sociais consagrados, como é o caso do direito ao complemento por dependência ou o direito à assistência à família.

Um outro inquérito que permitiu compreender a forma como as famílias conciliam trabalho com vida familiar foi o inquérito aplicado às famílias dos doentes de Alzheimer e Parkinson, desenvolvido pelo ISS, IP. O estudo “*A situação social dos doentes de Alzheimer*”⁵⁰ (2005), numa amostra de 544 famílias inquiridas, identificou 183 pessoas que prestam cuidados a um doente de Alzheimer e exercem, em simultâneo, uma actividade profissional. Este estudo concluiu que a maioria são mulheres (77%) que trabalham a tempo inteiro. Esta caracterização é confirmada também pelo estudo “*A situação social dos doentes de Parkinson*”⁵¹ numa amostra constituída por 302 famílias que prestam apoio aos doentes de Parkinson⁵². Dos 76 cuidadores identificados e que prestam um apoio assíduo, a maioria (83%) exercia uma profissão em regime de tempo integral⁵³. Somente 17% exercia uma profissão a tempo parcial, tendência confirmada pelo INE (1999) ao referenciar que as

⁴⁹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007), “*Work – life balance – solving the dilemma*”.

⁵⁰ Os doentes de Alzheimer caracterizam-se por ser uma população feminina com idade média de 76 anos, em situação de reforma ou de invalidez, a viver com a família directa e a residir sobretudo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Centro. Os principais cuidadores familiares são maioritariamente mulheres, com idade média de 60 anos, casada, pouco escolarizadas, em situação de reforma ou integradas no mercado de trabalho a exercer profissões de nível intermédio ou pouco qualificantes.

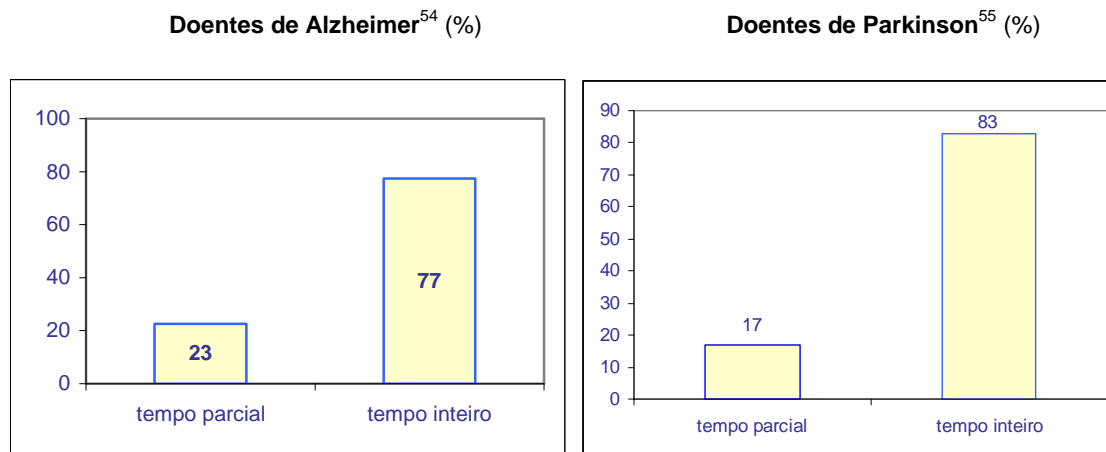
⁵¹ Os doentes de Alzheimer caracterizam-se por ser uma população feminina com idade média de 76 anos, em situação de reforma ou de invalidez, a viver com a família directa e a residir sobretudo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Centro. Os principais cuidadores familiares são maioritariamente mulheres, com idade média de 60 anos, casada, pouco escolarizadas, em situação de reforma ou integradas no mercado de trabalho a exercer profissões de nível intermédio ou pouco qualificantes.

⁵² Em contrapartida, os doentes de Parkinson são mais jovens, têm idade média de 67 anos, com uma maior prevalência nos doentes do sexo masculino, em situação de reforma ou de invalidez, a viver com o cônjuge e a residir sobretudo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Norte. Os prestadores de cuidados dos doentes de Parkinson podem ser tipificados como alguém do sexo feminino, com idade média de 59 anos, casada, pouco escolarizada, em situação de reforma ou integrada no mercado de trabalho.

⁵³ Cf. Instituto da Segurança Social (2004), “*A situação social dos doentes de Parkinson*”, Lisboa, ISS, IP (não publicado).

obrigações familiares são uma das principais razões para as mulheres trabalharem a tempo parcial, sobretudo no grupo etário dos 40 aos 59 anos.

Gráfico n.º 5 – Regime laboral do prestador de cuidados



Fonte: ISS, I.P., 2004

Este inquérito revelou ainda que a questão das faltas ao trabalho é encarada muitas vezes como um problema para quem tem que conciliar cuidados diários a um doente crónico (como é a doença de Alzheimer e Parkinson) com o exercício de uma actividade remunerada. Quando se analisa o número de faltas *no mês* que antecedeu o período de inquirição, dadas pelos prestadores de cuidados a doentes de Alzheimer, conclui-se que estas se traduzem entre 1 a 3 dias e com alguma incidência durante uma semana. No entanto, existe um número importante de cuidadores que se ausenta do trabalho por um período superior a 15 dias⁵⁶. Destes, 20% não justificam as faltas no seu local de trabalho, utilizando diferentes *estratégias*, caracterizadas pela informalidade, que podem ir desde, a troca de turnos e a flexibilidade de horários até à compreensão da entidade patronal⁵⁷. Ainda que 67% dos prestadores justifique as faltas, 45% sofre uma quebra no vencimento. Para alguns dos inquiridos, para além do vencimento, estão sujeitos a outras perdas, tais como bónus anuais e subsídios de almoço.

⁵⁴ Das famílias inquiridas, 43% dos cuidadores trabalha por conta de outrem, numa empresa privada, enquanto que 38% trabalha numa empresa pública. Apenas uma pequena minoria (13%) trabalha por conta própria.

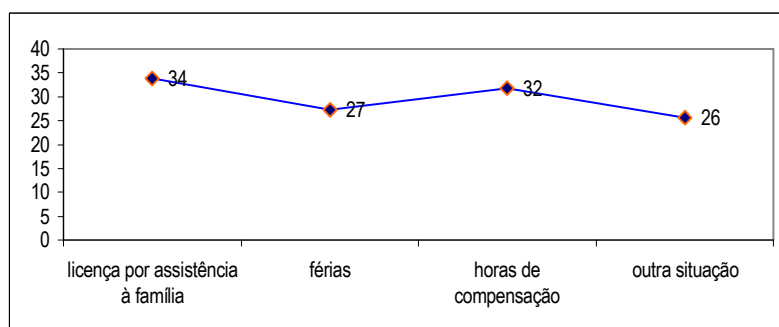
⁵⁵ Embora tivessem sido contabilizados 78 cuidadores inseridos no mercado de trabalho existiram duas não respostas, o que significa que a análise dos dados refere-se a um total de 76.

⁵⁶ No caso da doença de Parkinson os valores são entre si semelhantes, as faltas ao trabalho traduziram-se entre 1 a 2 dias, no máximo uma semana.

⁵⁷ Os valores não são muito díspares no caso dos cuidadores dos doentes de Parkinson, dado que a maioria dos prestadores costuma justificar as faltas no seu local de trabalho, ainda que 27% das faltas não sejam justificadas. Diferentes estratégias são utilizadas por estes prestadores, desde a troca de turnos à flexibilidade de horários.

Entre os principais mecanismos apontados pelos inquiridos para fazer face às faltas destacam-se, o recurso à licença para assistência à família, horas de compensação para além do horário estabelecido e a utilização de férias. Em menor percentagem surgem outros mecanismos ao contemplarem a concessão informal desse benefício pela entidade patronal, a alteração do horário de trabalho ou o trabalho por turnos, a utilização de folgas ou a solicitação de um atestado médico do próprio⁵⁸.

Gráfico n.º 6 – Mecanismos a que recorre em caso de falta⁵⁹ (%)



Fonte: ISS, I.P., 2004

Para além da difícil tarefa que constitui conciliar trabalho e família, em seguida, iremos analisar as despesas mensais que uma doença crónica incapacitante, como é a doença de Alzheimer e de Parkinson, acarretam nos orçamentos familiares.

2.2. Custos financeiros associados à prestação de cuidados na dependência

2.2.1. O caso das doenças de Alzheimer e Parkinson

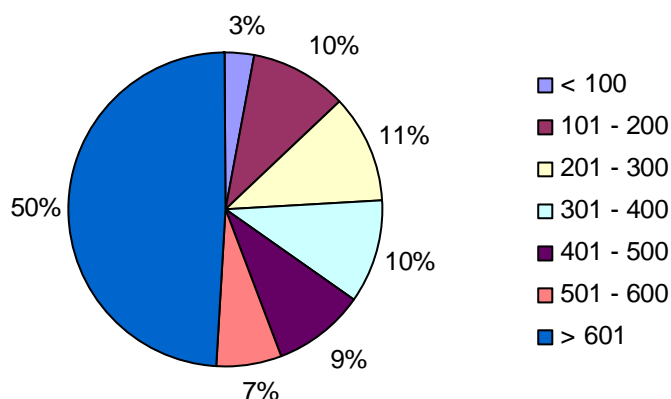
O estudo levado a cabo pelo ISS, IP. (2004) considerou como despesas com a doença, as *despesas de saúde* (medicamentos, exames médicos, consultas médicas, reabilitação, internamentos e fraldas), *ajudas técnicas, transportes* (ambulâncias), *serviços* (serviços de apoio domiciliário, lares, centros de dia) e *despesas correntes* (alimentação, despesas de manutenção, empregada doméstica).

Partindo deste conjunto de despesas, foi calculado uma medida única que permitisse chegar a um custo financeiro global. No caso da doença de Alzheimer, constata-se que quase metade das famílias cuidadoras de doentes de Alzheimer (49%) possuía uma despesa mensal superior a €601. A despesa média mensal da população inquirida era de €581,9.

⁵⁸ Para mais desenvolvimento ver Instituto da Segurança Social, IP (2005), *A situação Social dos Doentes de Alzheimer*, Lisboa, Montepio Geral.

⁵⁹ Dado tratar-se de uma questão múltipla a percentagem excede os 100%.

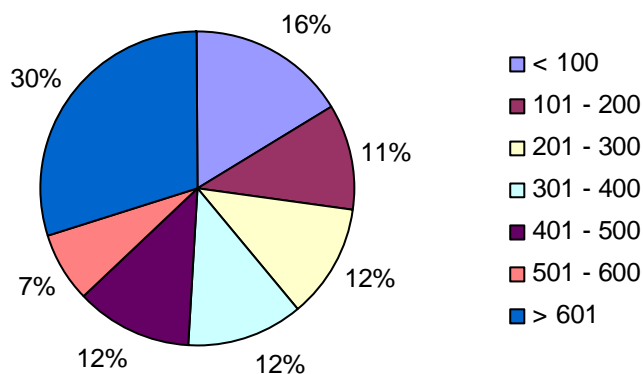
Gráfico n.º 7 – Distribuição das famílias com doentes de Alzheimer por intervalo de despesa mensal (€) com a doença



Fonte: ISS, I.P., 2004

No caso da doença de Parkinson, verifica-se que uma percentagem importante (30%) de famílias despende mensalmente um valor superior a €601.

Gráfico n.º 8 – Distribuição das famílias com doentes de Parkinson por intervalo de despesa mensal (€) com a doença



Fonte: ISS, I.P., 2004

O elemento comum aos dois estudos é que praticamente, em ambos, as despesas excedem o rendimento usufruído pelos doentes, o que nos leva a interrogar de que forma é que os doentes e suas famílias sobrevivem e que mecanismos utilizam para perfazer este diferencial! Apesar de não possuímos grandes elementos explicativos sobre esta questão consideramos que o rendimento do cônjuge, quando existe, é o que permite quase sempre perfazer o diferencial de despesas com que o

doente se confronta mensalmente. Esta conclusão deriva do facto de estarmos perante uma população em que a idade média são os 76 anos, no caso dos doentes de Alzheimer, com uma preponderância das mulheres, em situação de reforma ou de invalidez, casadas, a viver com o cônjuge, enquanto que as viúvas vivem, maioritariamente com as filhas. Estes doentes, no passado exerceram trabalhos pouco qualificados (43%) ou de nível intermédio (18%), repercutindo-se hoje nos montantes auferidos das pensões de reforma.

No caso dos doentes de Parkinson, estamos perante uma população mais jovem, quando comparada à população com a doença de Alzheimer, em que a idade média são os 67 anos, com alguma preponderância dos homens, em situação de reforma ou de invalidez, a viver maioritariamente com o cônjuge. No passado, esta população exercia funções pouco qualificadas (21%), enquanto que 13% e 16%, respectivamente, exerciam profissões intelectuais/e científicas ou de nível intermédio.

Vejamos, em seguida, a partir de uma análise discriminada das despesas mensais, o que representa financeiramente para estas famílias, os principais custos associados à prestação de cuidados na dependência

No caso da doença de Alzheimer, nos montantes gastos existe uma grande disparidade nos valores mínimos e máximos, sobretudo no que diz respeito aos medicamentos, ajudas técnicas e serviços. O diferencial dos montantes relativamente aos serviços poderá ser explicado pelo facto de estarmos perante valores distintos, no sector privado e no público.

Em termos médios, as maiores despesas recaem nos serviços formais (lares, serviços de apoio domiciliário), domésticos, de reabilitação e nas ajudas técnicas. No entanto, as despesas com saúde representam uma fatia considerável no orçamento familiar, sobretudo em medicamentos e fraldas, atendendo a que mais metade dos doentes (55%) tem um rendimento inferior a € 448,9.

Os dados do quadro seguinte permitem observar a disparidade entre os valores mínimos (€ 10), máximos (€1000), os valores médios (€133,2) e os valores modais mais mencionados (€100), no que diz respeito aos medicamentos⁶⁰.

Quadro n.º 11 – Total de despesas mensais dos doentes de Alzheimer (€)

	Mínimo	Máximo	Média	Moda
Medicamentos	10	1000	133,3	100
Consultas médicas	5	600	80,6	50
Internamentos	45	1100	393	100

⁶⁰ Estes valores mais elevados podem-se relacionar também com o facto de apenas os médicos neurologistas e psiquiatras estarem habilitados a prescrever estes medicamentos. Pelo que sabemos o acesso às consultas de neurologia nos hospitais implicam, por vezes, longos tempos de espera, e a alternativa é quase sempre o recurso a consultas de especialidade particulares, para se obter uma prescrição mais rápida.

Análises médicas	2	200	36,2	50
Exames médicos	2	350	59,3	50
Serviços de reabilitação	20	500	148,4	100
Ajudas técnicas	5	1500	321,6	500
Serviços (SAD, lar)	8	2000	426,3	150
Fraldas	5	3150	91,1	60
Transportes	3	500	50,9	50
Empregada doméstica	17	1496	430,0	250
Alimentação	3	675	216,1	200
Outras	15	1500	195,6	50

Fonte: ISS, I.P., 2004

No caso da doença de Parkinson, também se constata que entre os montantes gastos pelas famílias existe uma grande disparidade nos valores mínimos e máximos, sobretudo no que diz respeito aos **medicamentos, serviços de reabilitação, ajudas técnicas e serviços**. Os valores ganham outra relevância, decaindo, se analisarmos os valores modais mais referenciados, ou seja, os valores modais estão mais próximos das despesas mínimas o que podemos concluir que os doentes recorrem mais aos serviços públicos (internamentos, análises e exames médicos), contrariamente, às despesas com consultas médicas privadas, serviços de reabilitação ou o recurso a um apoio remunerado (p. ex.: empregadas particulares). Em termos médios, pode-se concluir que as maiores despesas recaem nas ajudas técnicas, serviços formais (lares, serviços de apoio domiciliário), serviços domésticos e de reabilitação e alimentação.

Quadro n.º 12 – Total de despesas mensais dos doentes de Parkinson (€)

	Mínimo	Máximo	Média	Moda
Medicamentos	10	800	103	50
Consultas médicas	5	300	79	100
Internamentos	3	150	48	3
Análises médicas	1	111	33	25
Exames médicos	10	200	66	25

Serviços de reabilitação	8	800	185	100
Ajudas técnicas	20	2500	444	30
Óculos	5	700	224	100
Serviços (SAD, lar)	26	1300	339	26
Transportes	3	500	53	20
Empregada doméstica	35	2000	346	150
Alimentação	40	800	268	150
Outras	18	750	138	50

Fonte: ISS, I.P., 2004

Da análise conclui-se que os valores são excessivamente elevados atendendo a que estamos perante uma população reformada e com pensões muito baixas. A discrepância dos valores em relação às despesas com medicação e consultas médicas poderá estar relacionada, de igual modo, com o estágio da doença em que o doente se encontrava. Em ambos os estudos se conclui que a população revelava um nível de incapacidade muito severo, no caso do Parkinson (63% para as actividades pessoais e 60% para as actividades instrumentais⁶¹), acentuando-se ainda mais nos doentes de Alzheimer (93% para as actividades pessoais e 81% para as actividades instrumentais).

O maior custo em serviços também está directamente relacionado com o estágio em que o doente se encontra, bem como a maior ou menor acessibilidade no recurso a serviços diversos, de âmbito privado (lares, serviços de apoio domiciliário e empregadas). Este diferencial pode ser também explicado por diferenças sócio-culturais e económicas, em que o factor económico, a interioridade da área de residência, aliada aos obstáculos de acesso a serviços origina que haja nítidas diferenças de oportunidades face à doença.

As diferenças de rendimento das famílias e dos próprios doentes podem estar relacionadas com desvantagens sociais ao longo de uma vida, nas quais concorreram vários factores, tais como, o percurso profissional, a constituição tardia de uma carreira contributiva para a segurança social ou até mesmo a sua inexistência, o nível de remunerações auferido durante a vida activa, entre outros.

⁶¹ Recorde-se que as actividades instrumentais da vida diária (AIVD) incluem actividades, desde as tarefas domésticas (limpar, lavar), preparar refeições, gerir os medicamentos, o dinheiro, utilizar o telefone até ao uso dos transportes públicos, particulares ou tratar de qualquer assunto pessoal (administrativo ou uma consulta médica). Entende-se por actividades pessoais da vida diária (APVD) todas as actividades que fazem parte da vida de um indivíduo. Incluem a higiene pessoal (o banho), o vestir, o ir à W.C., o controle das esfíncteres, alimentar-se e a mobilidade.

2.2.2. Relação entre rendimentos e despesas de saúde dos agregados familiares com pessoas em situação de dependência

Partindo da caracterização sociográfica dos doentes de Alzheimer conclui-se que mais de metade dos doentes de Alzheimer possuía rendimentos inferiores ao ordenado mínimo nacional, pelo que poderemos deduzir que eram indivíduos reformados com baixas pensões. Relativamente ao rendimento do agregado familiar, a sua distribuição revela a existência de famílias cujo rendimento reflecte não só a existência de outras reformas, como de remunerações base de outros familiares que exerciam uma actividade profissional. No entanto, mais de um terço dos agregados (38%) possuía um rendimento inferior a €748,2.

Esta disparidade entre o rendimento e as despesas com a saúde acentua-se no caso da doença de Alzheimer. Da leitura do quadro n.º 13 conclui-se que à medida que o rendimento dos agregados familiares aumenta, maiores são também as despesas com a doença. A título ilustrativo, 75% dos agregados familiares com um rendimento superior a €1.496,4 possuía uma despesa superior a €601, valor que diminui para 61% nos agregados com um rendimento entre € 997,6 e 1.496,4. No entanto, mais de um terço das famílias com um rendimento entre €149 e €300, tinha uma despesa superior a €601.

Um dos mecanismos utilizados será possivelmente o recurso a outros familiares. O inquérito identificou um pequeno subgrupo de menores rendimentos (apenas 43 doentes que responderam ao inquérito referem este suporte), dos quais 63% recebe ajudas familiares superiores a €251.

Em contrapartida, quase um terço (24%) dos doentes de Parkinson registava um rendimento inferior a €300 e em metade dos seus agregados familiares o rendimento mensal era superior a €748,2, o que é revelador da vulnerabilidade económica que este subgrupo de doentes também se encontrava, atendendo ao volume de despesas (quadro n.º 14).

À semelhança dos doentes de Alzheimer, ainda que em menor proporção, 29,4% dos agregados familiares com um doente de Parkinson tinha uma despesa mensal superior a €601. Os dados parecem assim, corroborar mais uma vez que à medida que o rendimento dos agregados familiares aumenta, são também maiores as despesas com a doença.

Quadro n.º 13 – Custo total das despesas de saúde segundo o rendimento mensal do agregado familiar (doença de Alzheimer)

Custo total das despesas	Rendimento mensal do agregado familiar								Total
	<€ 149,64	€149,64 – 299,3	€ 299,3 - 448,92	€ 448,92 - 598,6	€ 598,6 - 748,2	€ 748,2 - 997,6	€ 997,6 - 1.496,4	>€1.496,4	
<100		5,9%	2,6%	4,2%	7,4%	1,5%		1,3%	2,7%
101-200	66,7%	11,8%	20,5%	18,8%	3,7%	10,4%	5,0%	5,0%	9,9%
201-300		14,7%	20,5%	20,8%	14,8%	9,0%	5,0%	7,5%	11,6%
301-400	33,3%	11,8%	15,4%	10,4%	13,0%	13,4%	11,3%	2,5%	10,6%
401-500		5,9%	12,8%	10,4%	14,8%	9,0%	11,3%	5,0%	9,6%
501-600		11,8%	7,7%	6,3%	7,4%	7,5%	6,3%	3,8%	6,7%
> 601		38,2%	20,5%	29,2%	38,9%	49,3%	61,3%	75,0%	48,9%
	3	34	39	48	54	67	80	80	405
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ISS, I.P., 2004

Quadro n.º 14 – Custo total das despesas de saúde segundo o rendimento mensal do agregado familiar (doença de Parkinson)

Custo global com a doença	Rendimento mensal do agregado familiar								Total
	<€ 149,64	€149,64 – 299,3	€ 299,3 - 448,92	€ 448,92 - 598,6	€ 598,6 - 748,2	€ 748,2 - 997,6	€ 997,6 - 1.496,4	>€1.496,4	
> 100		33,3%	17,6%	12,5%	20,0%	38,1%	15,4%	8,0%	16,6%
101-200	50,0%	16,7%	5,9%	12,5%	13,3%	4,8%	19,2%	6,0%	11,0%
201-300			35,3%	16,7%	6,7%	14,3%	15,4%	4,0%	12,3%
301-400		16,7%	23,5%	16,7%	6,7%	14,3%		10,0%	11,0%
401-500	25,0%		5,9%	8,3%	20,0%	19,0%	7,7%	12,0%	11,7%
501-600		33,3%		4,2%	13,3%		7,7%	12,0%	8,0%
> 601	25,0%		11,8%	29,2%	20,0%	9,5%	34,6%	48,0%	29,4%
	4	6	17	24	15	21	26	50	163
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: ISS, I.P., 2004

3. Despesas de saúde nos agregados familiares portugueses: uma visão mais ampla

Se atendermos a que os resultados obtidos através dos estudos referenciados se reportam a 2004, a situação hoje poderá ter-se agravado se tivermos em conta os resultados recentes publicados pelo INE referentes aos anos 2005 a 2007⁶².

“Em 2006 e 2007, a representatividade da despesa corrente em saúde⁶³ no PIB diminuiu 9,5%, em 2006, e 9,4%, em 2007. Verificou-se, igualmente, um crescimento menos acentuado da despesa corrente em saúde *per capita*, situando-se nos €1394,6, em 2006. Para 2007, estima-se que o crescimento das despesas de saúde dos agregados familiares portugueses tenha aumentado, atingindo a despesa corrente em saúde *per capita* €1440,5.

Estes valores surgem inflacionados quando comparados às despesas mensais nos agregados familiares com pessoas em situação de dependência, como se observou anteriormente através dos dois estudos referenciados. Estes estudos permitiram igualmente concluir que são as regiões de Lisboa e Vale do Tejo (distrito de Lisboa, Porto e de Setúbal), do Centro e do Norte do país, as regiões de proveniência da maior parte das famílias inquiridas dos doentes, sobretudo a residir em meio urbano. Nesse sentido, os estudos não permitiram a comparabilidade na estrutura das despesas da variável grau urbanização, ou seja, obter diferenças entre o rural e o urbano.

O aumento da despesa de saúde nos agregados familiares confirma-se também a partir dos dados da classificação do consumo individual por objectivo (COICOP). Segundo o INE (2008), mais de metade das despesas totais das famílias é realizada em alimentação, habitação e transportes, mantendo-se o perfil da estrutura da despesa verificada nos últimos anos. As despesas de saúde correspondiam em 2005/2006 a 6,1% das despesas dos agregados, salientando-se o crescimento do peso da despesa em saúde nas despesas familiares.

A análise das despesas consoante as NUTS II identifica um padrão idêntico ao observado ao nível nacional (6%), com excepção para a região Alentejo e região autónoma da Madeira que revelaram 7%, respectivamente. Porém, os agregados familiares das áreas predominantemente rurais afectam uma maior fracção da sua despesa total à saúde (8%), quando comparados com os residentes em áreas urbanas ou à média nacional.

A análise das despesas segundo a tipologia do agregado evidencia que os agregados com 3 ou mais adultos, pelo menos com 1 idoso, tiveram uma despesa média de €18.518, valor superior quando comparado a agregados de 2 adultos (um dos quais idoso) (€13.420) ou agregados de 2 adultos, ambos idosos (€11.607).

No contexto dos agregados familiares constituídos exclusivamente por adultos, verifica-se que a despesa média é sistematicamente inferior quando nestes agregados existem idosos. O caso

⁶² Resultados definitivos da Conta satélite da saúde para os anos de 2005 e 2006. Cf. INE, “*Conta satélite da saúde (2005-2007)*”, Destaque de 4 de Dezembro de 2008, www.ine.pt

⁶³ A despesa corrente em cuidados de saúde pessoais integra os cuidados curativos e reabilitação (internamento, ambulatório, hospital de dia e cuidados domiciliários), os cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital de dia e cuidados domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internado (produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis e aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável).

extremo ocorre na situação de um idoso a viver só: a respectiva despesa (€7.812) representa 54% da despesa média dos agregados familiares sem crianças (€14.551)⁶⁴.

De acordo com o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (EU-SILC) realizado em 2007, incidindo sobre rendimentos de 2006, a população residente em situação de risco de pobreza⁶⁵ era de 18%, atingindo, no caso dos idosos, 26%, com maior preponderância para as mulheres (27% de mulheres idosas em risco de pobreza, face a 24% de homens idosos)⁶⁶. A análise do risco de pobreza por tipo de agregado familiar evidencia claramente que eram os idosos a viver sós um dos grupos que apresentava uma das taxas de risco de pobreza mais elevadas (37%).

Em síntese, é nas mulheres idosas que a persistência de situações de pobreza se faz sentir de forma mais marcada, constituindo as pessoas com mais de 65 anos, um dos grupos mais vulneráveis a processos de exclusão social.

O estudo de Gonçalves (2004)⁶⁷ já tinha concluído que os idosos mais pobres eram essencialmente do sexo feminino (62,6%), 72,1% não possuíam nenhum nível de instrução e 56,8% afirmava ter um estado de saúde mau (48,0%) ou muito mau (8,8%).

De facto, o estado de saúde pode constituir um factor de pobreza e exclusão social, como se demonstrou nos estudos desenvolvidos pelo ISS, IP, em 2004. O inquérito aos doentes de Alzheimer⁶⁸ e Parkinson, revelaram que o viver só ou, até mesmo, com o cônjuge do sexo feminino, estas últimas desprovidas de qualquer rendimento, encontravam-se mais vulneráveis a processos de pobreza, não só porque se debatiam com maiores dificuldades económicas, pelo custo financeiro que a doença acarretava, como a acessibilidade aos serviços acabava por ser muito mais diminuta, pelos constrangimentos económicos que à partida limitavam o seu acesso.

4. Conclusões

Apesar dos recentes desenvolvimentos das políticas sociais irem no sentido de privilegiar a permanência da pessoa idosa na comunidade, através da criação de mais serviços de apoio domiciliário e centros de dia, esta tendência reforça cada vez mais a responsabilidade das famílias para a prestação de cuidados mesmo que, por vezes, não existam condições objectivas para o seu exercício em Portugal. As dificuldades da família na prestação de cuidados tende a acentuar-se no futuro, na medida em que é cada vez menor o número de filhos por família, a coabitação física entre

⁶⁴ INE, Inquérito às Despesas das Famílias 2005/06

⁶⁵ Para o inquérito às condições de vida e rendimento (EU-SILC, 2007) a taxa de risco de pobreza corresponde à proporção de habitantes com rendimentos anuais por adulto equivalente inferiores a € 4 544 em 2006 (cerca de €379 por mês).

⁶⁶ INE, Rendimento e Condições de vida, 2007

⁶⁷ A taxa de pobreza definida segundo o rendimento. Cf. Gonçalves, Cristina (2004), "Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal", revista *Estudos Demográficos*, n.º 35, Lisboa, INE, p. 148.

⁶⁸ Refira-se que a maioria dos doentes vivia com a família directa, cônjuges (44%) e filhos (29%), com uma preponderância das filhas. A família alargada (irmãos, primos, sobrinhos) expressa um valor importante de 10%, bem como os que vivem em instituição (11%). Ainda que minoritário, 2% da população vive só. Cf. Instituto da Segurança Social (2005), *A situação Social dos Doentes de Alzheimer*, Lisboa, Montepio Geral.

gerações é um fenómeno menos frequente e a participação das mulheres no mercado de trabalho é maior. Todos estes factores irão condicionar progressivamente a capacidade de resposta das famílias aos seus idosos.

A oferta pública tem tido uma adesão elevada em diversas respostas sociais como os serviços de apoio domiciliário, centros de dia e lares, pelo forte investimento público que tem sido feito quer nos equipamentos sociais para idosos, quer no alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. No entanto, os lugares disponíveis em equipamentos sociais por si, não se apresentam como capazes para diminuir os factores de constrangimento.

Os custos sociais que a prestação de cuidados à dependência envolve para os agregados familiares evidencia um peso significativo de despesas com saúde, serviços e ajudas técnicas, bem como a necessidade de formas de organização de trabalho que favoreçam o exercício dos cuidados familiares, sempre que os trabalhadores se confrontam com um familiar em situação de dependência. Os dados disponíveis sobre os encargos com doenças incapacitantes (como é exemplo a doença de Alzheimer e Parkinson) são elucidativos do encargo psicológico, social e financeiro que a dependência comporta para os doentes e respectivas famílias, numa população com baixos recursos económicos.

Os apoios disponíveis ao nível da saúde e do acesso a serviços de qualidade mostram-se insuficientes para fazer face a situações familiares com presença de uma doença crónica incapacitante.

Portugal tem feito um esforço significativo de apoio à dependência no que respeita ao investimento e oferta de equipamentos sociais. No entanto, face à maioria dos países europeus, nomeadamente Espanha, o apoio à permanência da pessoa em situação de dependência na comunidade pode ainda ser alvo de vários desenvolvimentos.

A promoção de medidas concretas de apoio à vida familiar e profissional para estas situações, poderão passar por:

- Extensão dos benefícios fiscais (já existentes) às famílias que prestam cuidados no domicílio;
- Flexibilização de horários de trabalho e redução de horário, no caso de trabalhadores que cuidem de ascendentes ou cônjuges dependentes;
- Ajustamento e flexibilização do tempo de trabalho negociando o mínimo de horas de trabalho/ano ou instituindo bancos de horas (esta medida está contemplada na recente revisão do actual código de trabalho). Mais do que o cumprimento de um horário de trabalho, o trabalhador deve responsabilizar-se pelo cumprimento de objectivos. Outra das medidas no âmbito da flexibilização, é a compactação das horas de trabalho semanal em moldes que permitam o aumento dos dias livres para descanso e para a vida familiar (CITE, 1999);
- Incentivo ao tele-trabalho;
- Revisão do regime de justificação de faltas na assistência à família mais compatíveis com a doença crónica que, por definição, é de longa duração;
- Contabilização do tempo de prestação de cuidados em termos de direito à reforma para as pessoas que saem precocemente do mercado de trabalho para cuidarem dos seus familiares;

- Criação de apoios financeiros ou isenções fiscais às famílias no que se refere a fraldas, ambulâncias, aquisição de ajudas técnicas, exceptuando as medidas que visem apoiar uma faixa da população cuja situação económica é muito desfavorecida como temos o exemplo dos beneficiários do complemento solidário para idosos (CSI) relativamente aos benefícios adicionais de saúde (medicamentos, óculos e lentes e aquisição e reparação de próteses dentárias);
- “A adaptação do horário de trabalho para fazer face a situações imprevisíveis em que se torna necessário cuidar de um familiar dependente; postos de trabalho equipados de modo a facilitar a prestação de cuidados, ou seja, o (a) trabalhador (a) deve estar contactável pelo telefone e ter acesso a computadores e à Internet, o que lhe permitirá encontrar possibilidades de prestação; e disponibilização de material informativo sobre organização, o financiamento e os aspectos jurídicos da situação de dependência” (Comité Económico e Social Europeu, 2007).

Uma maior intervenção pública no apoio à conciliação entre vida profissional e familiar, que aposte na diversidade e flexibilidade dos serviços, na criação de medidas de fiscalidade e laborais de apoio à família, são fundamentais para responder à questão da dependência, como contribuir para a permanência da pessoa, em situação de incapacidade, no seu meio social.

Bibliografia

Carrilho, Maria José; Patrício, Lurdes (2008), “A situação demográfica recente em Portugal”, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 42, p. 111-155.

Comité Económico e Social Europeu, “papel dos parceiros sociais na conciliação da vida profissional, familiar e privada”, (2007/C256/19) in *Jornal Oficial da União Europeia*, C256/102 de 27 de Outubro de 2007

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (1999), “*Boas práticas de conciliação entre vida profissional e familiar – manual para as empresas*”, CITE.

Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 23.1.2008, COM (2008), 10 final.

Comissão Europeia (2008), *Joint Report – Portugal*

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm

Delbes, Christiane; Gaymu, Joelle; Springer, Sabine (2006), “Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen », *Population et Sociétés*, nº 419.

Delperee, Nicole (1998), “Les maladies D´Alzheimer : Politiques Europeennes de prise en charge » in *Revue Belge de Securite Sociale*, nº 2, pp.286-287.

Dionízio, Sandra; Schouten, Johanna (2007), “Conciliação da vida familiar e actividade profissional”, *Sociedade e Trabalho*, nº 33, p.81-100.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007), “*Work – life balance – solving the dilemma*”

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008), “Working in Europe: gender differences”, in <http://www.eurofound.europa.eu>

Ferrera, Maurizio (1996), “The Southern model of welfare in social Europe”, *Journal of European Social Policy*, 6 (1), p. 17-37

Fundação Europeia para a Melhoria das condições de Vida e de Trabalho, (2006), “Tempo de trabalho e equilíbrio entre o trabalho e a vida privada nas empresas europeias”, EF/06/25/PT

Gaymu, Joelle, (2008), “What family support will dependent elders have in 2030? European projections”, *Population and sociétés* N°444, Avril

Giannakouris, K. (2008), “Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies”, *Population and Social Conditions*, Statistics in focus 72/2008, Eurostat

Gonçalves, Cristina (2003), “As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos”, *Revista de Estudos demográficos*, nº 34, 50.

Gonçalves, Cristina (2004), “Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal”, revista *Estudos Demográficos*, n.º 35, Lisboa, INE

INE (1999), “*Gerações Idosas*”, Lisboa, INE, p.78

INE, Perfil de Género, INE in www.ine.pt

INE, Projeções da população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050 (31 de Março de 2004), INE.

INE (2007), “Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens”, *Destaque*, WW. INE.PT

INE, “*Conta satélite da saúde (2005-2007)*”, Destaque de 4 de Dezembro de 2008, www.ine.pt

Instituto da Segurança Social (2005), *A situação Social dos Doentes de Alzheimer*, Lisboa, Montepio Geral.

Instituto da Segurança Social (2005), *A situação Social dos Doentes de Parkinson* (não publicado).

Instituto da Segurança Social, IP, (2007) “*Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência*”

Ministério da Segurança Social e do trabalho (2000), *Carta social/Rede de Serviços e Equipamentos*, Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do trabalho

Ministério da Saúde, “Rede de cuidados Continuados in ww.rncci.min-saude.pt/RNCCI

OCDE, (2001), Firm’s contribution to the reconciliation between work and family life, Evans, John, in *Labour market and social policy*, Occasional papers nº 48, DEELSA/ELSA/WD (2001)1.

OCDE (2004), “*Babies and Bosses – políticas de conciliação da actividade profissional e vida familiar*”, Volume 3, Nova Zelândia, Portugal e Suíça, Paris, OCDE.

OCDE, (2007), “*Modernising Social Policy for the New Life Course*”, Paris, OCDE

OCDE, (2007), “Family policy in hungary: how to improve the reconciliation between work and family?”, Hemmings, Philip in *Economics Department working papers*, nº 56, ECO/WKP (2007) 26.

Portugal, Sílvia (2002), “Algumas questões sobre políticas de famílias”, in *Sexualidade e Planeamento familiar*, nº 35.

Silva, Pedro, Adão (2001), “O Estado Providência Português num contexto europeu: elementos para uma reflexão”, in *Sociedade e Trabalho*, nº 8/9, p. 50-62.

Taylor, Robert, (2002), “*The future of work-Life balance*”, in ESRC – Economic & Social Research Council

Torres, Anália (coord), Silva, Francisco, Vieira; Monteiro, Teresa, Líbano; Cabrita, Miguel (2004), “*Homens e Mulheres entre família e trabalho*”, estudos nº 1, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa. MSST, CITE.

Legislação

Código do Trabalho - [Lei n.º 99-2003](#), de 27 de Agosto e Regulamentação do Código do Trabalho - [Lei n.º 35/2004](#), de 29 de Julho

Ministério do Trabalho e da Segurança social (2008), “*Reforma das Relações Laborais – Propostas para um novo consenso na regulação dos sistemas de relações laborais, de protecção social e de emprego*”, Documento de trabalho in www.portugal.gov.pt

Ministério dos Assuntos Sociais, Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia in www.saad.mtas.es/portal/saad/prestaciones.html

Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho e Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.