CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS
DE DOUTORAMENTO E AVANZADOS
DA USC (CIEDUS)

TESE DE DOUTORAMENTO

FAMÍLIA, SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL E CUIDADOS INFORMAIS ÀS PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES. ESTUDO DE CASO, CONCELHO DE SETÚBAL, PORTUGAL

(Volume I)

Paulo Guilherme Mota Lourenço

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN DESENVOLVEMENTO REXIONAL E INTEGRACIÓN ECONÓMICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA
2018

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DO AUTOR DA TESE

Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes. Estudo de caso, concelho de Setúbal, Portugal

D. Paulo Guilherme Mota Lourenço

Presento a miña tese, seguindo o procedemento axeitado ao Regulamento, e declaro que:

1) A tese abarca os resultados da elaboración do meu traballo.
2) De selo caso, na tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.
3) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.
4) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutros autores nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.

En Santiago de Compostela, 5 de dezembro de 2018

Fdo. Paulo Guilherme Mota Lourenço

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AUTORIZACIÓN DA DIRECTORA DA TESE

Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes. Estudo de caso, concelho de Setúbal, Portugal

Dna. Maria del Pilar Freire Esparís

INFORMA:

Que a presente tese, correspóndese co traballo realizado por D. Paulo Guilherme Mota Lourenço, baixo a miña dirección, e autorizo a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como directora desta non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.

En Santiago de Compostela, 5 de dezembro de 2018

Asdo: Maria del Pilar Freire Esparís

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

O principal marco histórico das Políticas do envelhecimento data de 1982, ano em que foi elaborado o primeiro Plano de Ação Internacional, designado como Plano de Viena. Há 35 anos, a ONU entre várias recomendações, definia a família como a unidade fundamental da sociedade, elemento vinculador das gerações, recomendando-se uma intervenção política de incentivo à promoção da Solidariedade Intergeracional.

No mesmo período, Portugal assistiu ao aumento do índice de envelhecimento de 46 para 153 pessoas idosas por cada 100 jovens, registando-se igualmente o incremento da esperança de vida aos 65 anos, de 80 para 84 anos, com maior acréscimo no sexo Feminino, confirmando-se que o envelhecimento populacional é uma conquista no século XX.

Na presença de uma sociedade cada vez mais envelhecida, os Cuidados de Longa Duração são confrontados com vários desafios, destacando-se a qualidade de vida e bem-estar dos Cuidadores Informais.

A recente crise financeira em Portugal de 2010-2014, produziu evidências empíricas que a Solidariedade Intergeracional constituiu um dos pilares da sustentabilidade das famílias, revelando-se fulcral ao nível dos Cuidados Informais.

Perante a tendência da redução do número de Cuidadores Informais, desempenhando a família nos países mediterrâneos um importante papel nos cuidados às pessoas dependentes, ao longo do Ciclo Vital, as relações intergeracionais demonstram assumir uma dinâmica de interajuda fundamental no apoio às pessoas idosas e também às novas gerações.

Constituindo-se as transferências intergeracionais um fator que contribui para o bem-estar e equilíbrio da família, assumir como desafio do século XXI o desenvolvimento de pontes intergeracionais, é simultaneamente uma responsabilidade e um compromisso que deve ser assumido pelas diversas gerações.

Nestes termos, reconhecendo-se que as mudanças demográficas em curso representam uma oportunidade e desafio para a formulação de Políticas no domínio dos Cuidados Informais, pretende-se com a presente Tese de Doutoramento contribuir para o estudo do envelhecimento segundo a perspetiva da Solidariedade Intergeracional.

Paulo Guilherme Mota Lourenço

5 de dezembro de 2018

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Dedicatória

As memórias não prescrevem.

Dedico a Tese de Doutoramento o meu pai e ao meu sogro, pelo exemplo de homens que acreditavam nos valores da família.
Ao Manuel Vaz Pereira pela demonstração inequívoca da verdadeira solidariedade.
O meu sincero agradecimento pelo vosso apoio.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

À minha mulher pelo apoio incondicional sem o qual não seria possível concluir este projeto e muito outros que foram concretizados ao longo de 30 anos.

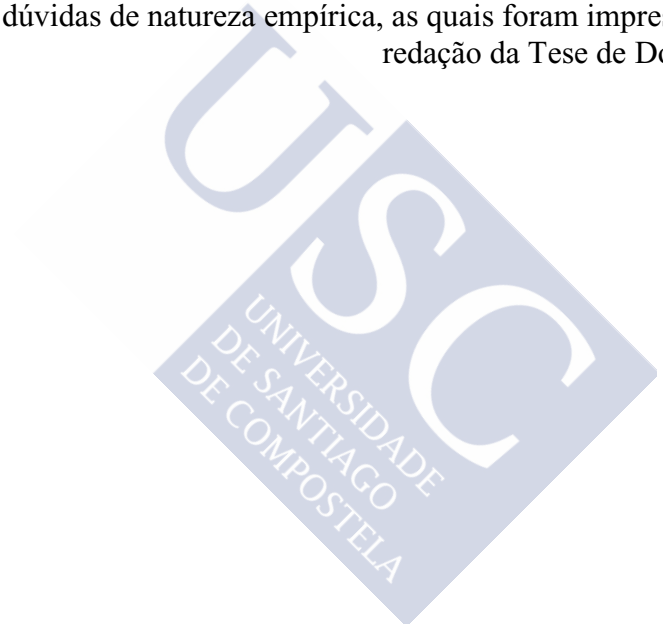


USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Ao meu filho, pela compreensão das ausências, que foram muitas.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Ao meu irmão, pelo "então*, quando acabas o que começaste*" e também, pela permanente disponibilidade no esclarecimento das dúvidas de natureza empírica, as quais foram imprescindíveis na redação da Tese de Doutoramento.



USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

À minha família, com especial agradecimento o apoio inexcedível aos meus pais dos meus primos Maria João, Quim e Olgário.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Ao Júlio Quaresma e à Carmo pela amizade que nos une.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Agradecimentos

Ao encerrar este projeto pessoal, não posso deixar de manifestar para memória futura, o meu sincero agradecimento a todos aqueles que estiveram sempre presentes na elaboração da presente Tese de Doutoramento.

Quando iniciei em 2008 o primeiro projeto de Doutoramento, não era previsível perder o apoio do Professor Doutor Alfonso Carlos Morales Gutiérrez, Orientador da Tese, falecido a 12 de janeiro de 2012, com cinquenta anos de idade. Quando perdemos as pessoas que fazem parte de nós, há um vazio que fica, que não se preenche, com o qual reaprendemos a viver com o apoio dos amigos.

Talvez se não tivesse a "pressão" do meu irmão, "*quando é que acabas o que começaste?*", precisaria de mais tempo para encerrar este projeto.

A elaboração de uma Tese de Doutoramento aos 51 anos de idade, em regime pós-laboral, tem contornos diferentes das que são iniciadas aos 30 anos. Depois dos 50 anos, o objetivo não é a carreira académica ou profissional, é dar corpo a um projeto pessoal, sem esperar nada em troca. O projeto de Tese de Doutoramento teve como objetivo, passar para o papel o que aprendi em 30 anos em termos pessoais e profissionais.

Na ausência de uma Licença Sabática e de uma Bolsa de Estudos, a realização de uma Tese de Doutoramento tem um "t*iming*" diferente e também uma motivação distinta. O que me moveu, foi somente concluir uma etapa académica, a qual foi concretizada como todas as outras, enquanto trabalhador estudante. Por isso, sendo o espaço o dos agradecimentos, há companheiros de trabalho que tiverem um papel fulcral neste projeto.

A Maria José Rebelo e a Maria de Jesus, foram e são duas mulheres com um "M" gigante nesta caminhada. Graças à permanente motivação, "*então Paulo quando vamos a Santiago*", contribuiu para que efetivamente eu me tornasse num verdadeiro caminhante.

Estudar o envelhecimento segundo a perspetiva intergeracional, quando se trabalha com jovens, existindo o objetivo de demonstrar empiricamente que não há gerações perdidas, foi possível porque os Diretores das Escolas Secundárias do Concelho de Setúbal acreditaram neste projeto desde a primeira hora. Aos Professores, Dina Fernandes, Jorge Bico do Agrupamento de Escolas Lima de Freitas, Fernanda Oliveira do Agrupamento de Escolas de Sebastião, Ramiro Sousa do Agrupamento de Escolas D. João II e Pedro Tildes da Escola Secundária du Bocage, devo o meu sincero agradecimento pelo efetivo apoio na elaboração do Questionário e Focus Group.

Valorizar a importância do apoio dos colegas de trabalho que contribuíram para concretização deste projeto, não é tarefa fácil. Ao Tiago Pina, António Pedro, Alexandra Duarte, Miguel Rebelo, Sónia Banza, Rosangela Duarte, Maria João Costa e Ana Maria de Jesus, o meu franco agradecimento pelo apoio.

No decurso da elaboração da Tese de Doutoramento, existiram momentos críticos que foram ultrapassados porque estiveram presentes pessoas especiais. Ao Carlos Batista pelo apoio nas crises familiares, ao Dr. Cândido Teixeira pela garantia da eficácia do implante na coronária dos "*five stents*", ao José Alfredo pelo reconforto no momento de perda do meu pai, à Dra. Paula Guimarães e à Dra. Manuela Cabaço na ponte para a mudança de trabalho aos cinquenta e cinco anos de idade e no reforço da autoestima.

A todos o meu sentido agradecimento.

Existiram ainda amigos que apoiaram a redação da Tese de Doutoramento com o saber científico. Muito obrigado ao Dr. João Pequito pelas "*aulas extras*" de SPSS, ao Professor Doutor Bruno Dionísio pelas "*recomendações*" dos estudos qualitativos, ao Professor Doutor José Resende pela referência do exemplo do rigor académico e à Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes por me perguntar no dia 27 de maio de 2016, "*então Paulo, quando é que acaba o Doutoramento*?". Sem estes apoios, não teria conseguido encerrar um capítulo importante no meu projeto de vida.

A elaboração deste trabalho não seria possível sem o inexcedível apoio por parte da Diretora da Tese, Professora Doutora Maria del Pilar Freire Esparís. A sua permanente disponibilidade e a constante crítica construtiva durante todo o processo de realização da Tese foram fundamentais para a concretização do projeto. Agradeço ainda ao Professor Doutor Melchor Fernández Fernández, Coordenador do Programa de Doutoramento. A partilha da sua experiência na análise dos dados, por todo o conhecimento transmitido, bem como os inúmeros reforços à motivação, o meu sincero agradecimento.

Bem-hajam pela partilha do saber cientifico e pela amizade.

A todos, muito obrigado.

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

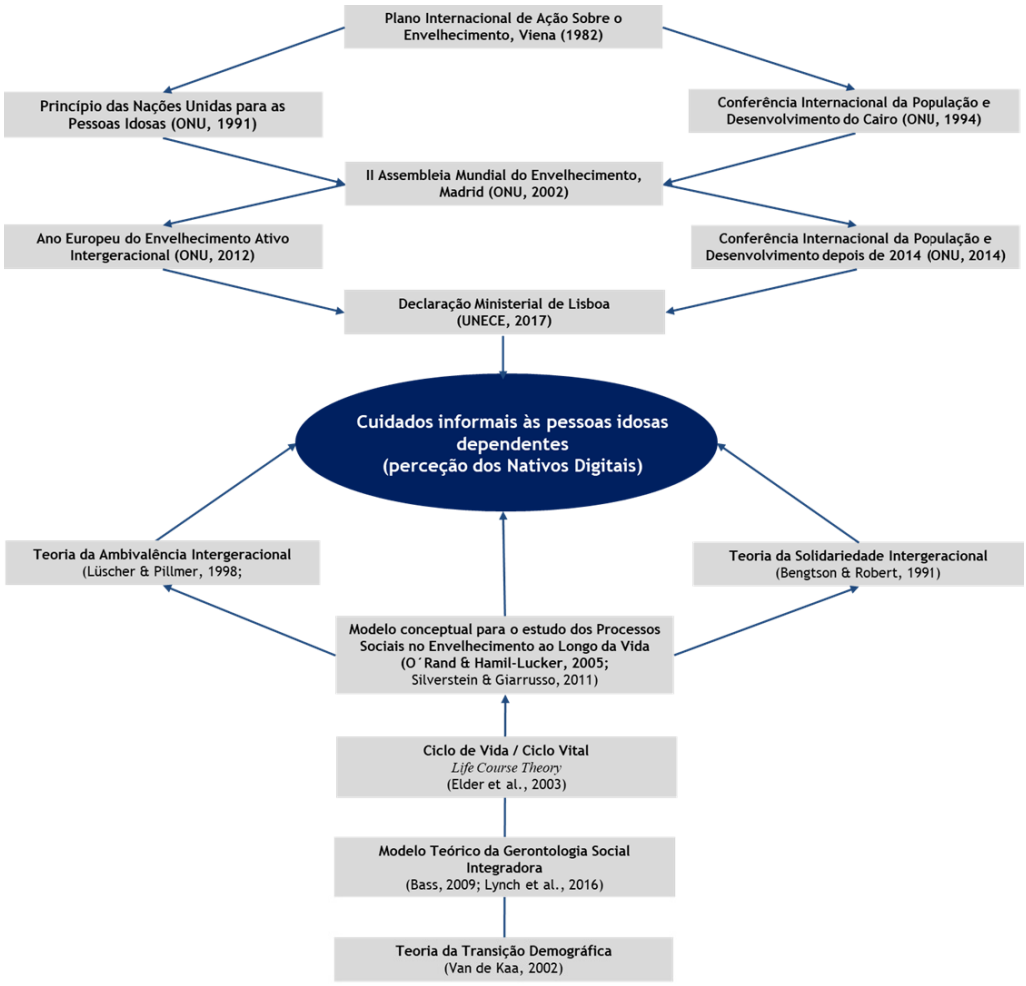
USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA



Autor: Júlio César Quaresma
Obra: Título: LAÇOS GERACIONAIS, Técnica: Óleo sobre papel e marcador
Dimensões: 29,9 x 21 cm. Ano: 2018

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Modelo Conceptual do Estudo Empírico Famílias, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes.
Estudo de caso do concelho de Setúbal, Portugal.



Fonte: Lourenço (2018).

"Demographic changes in families are not only a function of normative social changes but also respond to economic policy and technological change. There is a growing set of studies that have examined the way in which national- and state-level policies, the availability of formal care services, and new technologies may affect the ways in which families live and care for each other, but these topics were beyond the scope of the chapter for this volume" (Agree, 2018, p. 180).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumo

A reorganização do Ciclo de Vida com a "desinstitucionalização" das famílias no século XXI, produziu uma grande variedade de configurações familiares, criando novos desafios aos Cuidadores Informais. Para Settersten et al., (2011) permanece muito para aprender sobre a família nuclear, na qual se desenvolvem relações em espaços multigeracionais com laços-extra-familiares provenientes de diferentes momentos e circunstância da vida.

Enquadrado nas recomendações da Comissão de Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), que sugerem a melhoria dos indicadores do bem-estar das populações, existindo dúvidas sobre a disponibilidade futura dos Cuidadores Informais (OCDE, 2017; European Social Survey 2014; Verbakel et al, 2017), com base nos resultados do Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida (EQLS, 2016) que referem a deterioração do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Zigante, 2018), a pesquisa identifica os fatores e dinâmicas das famílias cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes, segundo a perspetiva da Solidariedade e Ambivalência Intergeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillemer, 1998), elegendo-se para realização do Estudo de Caso o concelho de Setúbal em Portugal.

O estudo socorre-se do pressuposto da existência de transferências intergeracionais entre os membros da família (Rodríguez Galdo et al., 2014), subordinando-se a pesquisa aos modelos conceptuais do estudo social dos processos de envelhecimento do Ciclo de Vida (Silverstein & Giarrusso,2011) e as mudanças económicas e sociais decorrentes da 3ª Fase da Transição Demográfica (Reher, 2011).

Quanto aos objetivos da investigação, adotando a perspetiva do Cuidador Informal, pretende-se analisar as perceções dos Nativos Digitais da Solidariedade e Ambivalência Intergeracional, de modo a demonstrar em como tal influência a coesão intergerações ao nível das dimensões afetiva, associativa, consensual, normativa, funcional, estrutural.

Metodologicamente trata-se de um estudo exploratório misto, baseado num questionário individual e Focus Group, aplicado entre 2015 e 2017 aos alunos matriculados no 12º ano de escolaridade nas escolas secundárias de Setúbal, Portugal. Estudou-se a perceção dos jovens em diferentes fatores dos Cuidados Informais, como o Bem-Estar dos Cuidadores Informais, a Autonomia e da Dependência dos avós, o Uso do Tempo dedicado pelos Cuidadores Informais de pessoas idosas e a disponibilidade dos jovens para apoiarem na realização das Atividades Vida Diária.

A partir da análise estatística concluiu-se que o Grau de Autonomia e o Grau de Dependência correspondem aos fatores em que a perceção dos jovens é maior, sendo menor quando questionada a disponibilidade para cuidar de pessoas idosas. Constata-se que a perceção da Solidariedade Intergeracional, apesar de não ser significativa, é maior no sexo feminino e aos 16 anos de idade. Regista-se uma forte relação entre os fatores da Solidariedade Associativa, Afetiva, Funcional e Estrutural com as dinâmicas dos cuidados informais relacionadas com as Atividades de Vida Diária.

Resultou da análise dos Insights do Focus Group a existência de narrativas que comprovam que a Solidariedade e Ambivalência estão presentes nas relações intergeracionais. Registaram-se valores mais elevados no sexo feminino, correspondendo a Solidariedade Estrutural ao fator com perceção mais alta. A análise de conteúdo permitiu concluir que a Polaridade da Ambivalência está presente nas relações intergeracionais. Registou-se na Polaridade Estrutural que as condições de trabalho otbém maior número de Insights no sexo feminino. Os valores mais elevados da Polaridade da Ambivalência são registados nos Insights associados às tensões entre filhos e pais.

Conclui-se que a Solidariedade Intergeracional resulta de uma construção multifacetada e multidimensional, refletida através da interação entre pais e filhos. A Ambivalência Intergeracional é o resultado dos conflitos existentes nas relações intergeracionais, focadas no compromisso de interajuda existente dentro da família entre gerações e grau de parentesco, resultante das normas de reciprocidade e de solidariedade. A aplicação da metodologia mista permitiu demonstrar que as dimensões da Solidariedade, influenciam a coesão intergeracional entre os jovens adultos e a família, encontrando-se presente no processo dos cuidados informais.

O estudo apresenta como limitações a "ausência de limites" entre as diversas dimensões da Solidariedade e Ambivalência Intergeracional, que dificultam a análise desagregada por fatores e a categorização na análise de conteúdo.

Palavras Chave: Envelhecimento, Transição Demográfica, Solidariedade e Ambivalência Intergeracional, Cuidados Informais

Resumo

A reorganización do curso vital coa "desinstitucionalización" das familias no século XXI, produciu unha gran variedade de conFiguracións familiares, creando novos desafíos aos Coidadores Informais. Para Settersten et al., (2011) queda moito por aprender sobre a familia nuclear, na que se desenvolven relacións en espazos multixeracionais con lazos-extra-familiares procedentes de diferentes momentos e circunstancias da vida.

Encadrado nas recomendacións da Comisión de Medición do Desenvolvemento Económico e do Progreso Social (Stiglitz et al., 2009), que suxiren a mellora dos indicadores de benestar das poboacións, existindo dúbidas sobre a dispoñibilidade futura dos Coidadores Informais (OCDE, 2017; European Social Survey 2014; Verbakel et al, 2017), con base nos resultados da Enquisa Europea sobre a Calidade de Vida (EQLS, 2016) que reflicten o deterioro do equilibrio entre a vida profesional e persoal (Zigante, 2018), a nosa investigación identifica os factores e dinámicas das familias coidadoras informais de persoas maiores, segundo a perspectiva da Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillemer, 1998), elixíndose para a realización do Estudo de Caso o concello de Setúbal en Portugal. O estudo apoiase na premisa da existencia de transferencias interxeracionais entre os membros da familia (Rodríguez Galdo et al., 2014), subordinándose a investigación aos modelos conceptuais do estudo social dos procesos de avellentamento do Curso Vital (Silverstein & Giarrusso, 2011) e as transformacións económicas e sociais acaecidas na 3ª Fase da Transición Demográfica (Reher, 2011).

En relación aos obxectivos da investigación, adoptando a perspectiva do Coidador Informal, pretendese analizar as percepcións dos Nativos Dixitais da Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional, coa finalidade de demostrar como aquela influencia a cohesión entre xeracións ao nivel das dimensións afectiva, asociativa, consensual, normativa, funcional, estrutural.

Metodoloxicamente tratase dun estudo exploratorio mixto, baseado nunha enquisa individual e Focus Group, aplicado entre 2015 e 2017 aos alumnos matriculados no 12º ano de escolaridade nas escolas secundarias de Setúbal, Portugal. Estudouse a percepción dos mozos e mozas en diferentes factores dos Coidados Informais, como o Benestar dos Coidadores Informais, a Autonomía e a Dependencia dos avós e avoas, o Uso do Tempo dedicado polos Coidadores Informais ás persoas maiores e a dispoñibilidade para axudar na realización das Actividades da Vida Diaria.

A partir da análise estatística concluíuse que o Grao de Autonomía e o Grao de Dependencia corresponden aos factores nos que a percepción dos mozos é maior, sendo menor cando se pregunta pola dispoñibilidade para coidar persoas maiores. Constatase que a percepción da Solidariedade Interxeracional, a pesar de non ser significativa, é maior no sexo feminino e aos 16 anos de idade. Rexistrase unha forte relación entre os factores da Solidariedade Asociativa, Afectiva, Funcional e Estrutural con as dinámicas dos coidados informais relacionadas con as Actividades da Vida Diaria.

Resultado da análise dos Insights do Focus Group observouse a existencia de narrativas que demostran que a Solidariedade e Ambivalencia están presentes nas relacións interxeracionais. Rexístranse valores máis elevados no sexo feminino, correspondendo a Solidariedade Estrutural ao factor con percepción máis alta. A análise de contido permitiu concluír que a Polaridade da Ambivalencia está presente nas relacións interxeracionais. Rexistrouse na Polaridade Estrutural que as condicións de traballo obteñen maior número de Insights no sexo feminino. Os valores máis elevados da Polaridade da Ambivalencia danse nos Insights asociados as tensións entre fillos e pais.

Conclúese que a Solidariedade Interxeracional resulta dunha construción multifacética e multidimensional, reflectida a través da interacción entre pais e fillos. A Ambivalencia Interxeracional é o resultado dos conflitos existentes nas relacións interxeracionais, centradas no compromiso de interaxuda existente dentro da familia entre xeracións e grao de parentesco, resultante das normas de reciprocidade e de solidariedade. A aplicación da metodoloxía mixta permitiu demostrar que as dimensións da Solidariedade influencian a cohesión interxeracional entre os mozos adultos e a familia, encontrándose presente no proceso dos coidados informais.

O estudo presenta como limitacións a "ausencia de limites" entre as diversas dimensións da Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional, que dificulta a análise desagregada por factores e a categorización na análise de contido.

Palabras Chave: Avellentamento, Transición Demográfica, Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional, Coidados Informais.

Abstract

The reorganization of the life path with the "deinstitutionalization" of families in the 21st century, produced a wide variety of family conFigurations, creating new challenges for Informal Caregivers.

For Settersten et al., (2011) there is still much to learn about the nuclear family, in which relationships develop in multigenerational spaces with extra-familial ties from different moments and circumstances of life.

Under the recommendations issued by the Commission for Measuring the Economic Development and Social Progress (Stiglitz et al., 2009), which suggests the improvement of indicators of population well-being, and the doubts about the future availability of Informal Caregivers (OECD, 2017), based on the results of the European Quality of Life Survey (EQLS, 2016), which refers the deterioration of work-life balance (Zigante, 2018), the European Social Survey 2014 and Verbakel et al. (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillemer, 1998), being chosen to carry out the Case Study of the municipality of Setúbal in Portugal.

The study is based on the assumption of the existence of intergenerational transfers between the family members (Rodríguez Galdo et al., 2014), being subordinated the research to the conceptual models of the social study of the aging processes of the Life Course (Silverstein & Giarrusso, 2011) and the economic and social changes resulting from the 3rd Phase of the Demographic Transition (Reher, 2011).

Regarding the objectives of the research, adopting the perspective of the Informal Caregiver, we intend to analyze the perceptions of the Digital Natives of Solidarity and Intergenerational Ambivalence, in order to demonstrate in such that influences the intergenerational cohesion at the level of various dimensions, such as affection, association, consensual, normative, functional and structural.

Methodologically, this is a mixed exploratory study, based on an individual questionnaire and Focus Group, applied between 2015 and 2017 to students enrolled in the 12th year of secondary schools of Setúbal, Portugal. The perception of young people in different factors of Informal Care, such as Informal Caregivers Well-Being, Autonomy and Dependency of grandparents, Time Use of Informal Caregivers for the elderly, and availability to support the Daily Life Activities.

From the statistical analysis it was concluded that the Degree of Autonomy and Degree of Dependency correspond to the factors in which the

perception of the young is greater, being smaller when questioned the availability to care for the elderly.

It is observed that the perception of Intergenerational Solidarity, although not significant, it is higher in females and at the age of 16 years old. There is a strong relationship between the factors of Associative, Affection, Functional and Structural Solidarity with the dynamics of informal care related to Daily Life Activities.

The analysis of the Insights of the Focus Group resulted in the existence of narratives that prove that Solidarity and Ambivalence are present in intergenerational relations. There were higher values in females, Structural Solidarity corresponding to the factor with higher perception. The content analysis allowed to conclude that the Ambivalence Polarity is present in intergenerational relations. It has been recorded in Structural Polarity that working conditions also have the highest number of Insights in females. The highest values of Ambivalence Polarity are recorded in the Insights associated with tensions between children and parents.

It is concluded that Intergenerational Solidarity results from a multifaceted and multidimensional construction, reflected through the interaction between parents and children. Intergenerational Ambivalence is the result of the conflicts existing in intergenerational relations, focused on the commitment of inter-existing existing within the family between generations and degree of kinship, resulting from the norms of reciprocity and solidarity. The application of the mixed methodology allowed to demonstrate that the dimensions of Solidarity influence the intergenerational cohesion between the young adults and the family, being present in the process of informal care.

The study presents as limitations the "absence of limits" between the various dimensions of Solidarity and Intergenerational Ambivalence, which make difficult to analyze the factors disaggregated and the categorization in content analysis.

Keywords: Aging, Demographic Transition, Solidarity and Intergenerational Ambivalence, Caregiving.

Resumen

La reorganización del Curso Vital con la "desinstitucionalización" de las familias en el siglo XXI, ha producido una gran variedad de conFiguraciones familiares, creando nuevos desafíos a los Cuidadores Informales. Para Settersten et al., (2011) queda mucho por aprender sobre la familia nuclear, en la que se desarrollan relaciones en espacios multigeneracionales con lazos extrafamiliares procedentes de diferentes momentos y circunstancias de la vida.

Enmarcado en las recomendaciones de la Comisión de Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), que sugieren a mejora de los indicadores de bienestar de las poblaciones, existiendo dudas sobre la disponibilidad futura de los Cuidadores Informales (OCDE, 2017; European Social Survey 2014; Verbakel et al, 2017), con base en los resultados de la Encuesta Europea sobre la Calidad de Vida (EQLS, 2016) que reflejan el deterioro del equilibrio entre la vida profesional y personal (Zigante, 2018), nuestra investigación identifica los factores y dinámicas de las familias cuidadoras informales de personas mayores, según la perspectiva de la Solidaridad y Ambivalencia Intergeneracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillemer, 1998), eligiéndose para la realización del Estudio de Caso el municipio de Setúbal en Portugal. El estudio se apoya en la premisa de la existencia de transferencias intergeneracionales entre los miembros de la familia (Rodríguez Galdo et al., 2014), subordinándose la investigación a los modelos conceptuales del estudio social de los procesos de envejecimiento del Curso Vital (Silverstein & Giarrusso, 2011) y las transformaciones económicas y sociales sucedidas en la 3ª Fase da Transición Demográfica (Reher, 2011).

En relación a los objetivos de la investigación, adoptando la perspectiva del Cuidador Informal, se pretende analizar las percepciones de los Nativos Digitales de la Solidaridad y Ambivalencia Intergeneracional, con la finalidad de demostrar como aquella influencia la cohesión entre generaciones al nivel de las dimensiones afectiva, asociativa, consensual, normativa, funcional, estructural.

Metodológicamente se trata de un estudio exploratorio mixto, basado en un encuesta individual y Focus Group, aplicado entre 2015 y 2017 a los alumnos matriculados en el 12º año de escolaridad en las escuelas secundarias de Setúbal, Portugal. Se ha estudiado la percepción de los jóvenes sobre diferentes factores de los Cuidados Informales, como el Bienestar dos Cuidadores Informales, la Autonomía y la Dependencia de los abuelos y abuelas, el Uso del Tiempo dedicado por los Cuidadores Informales a las

personas mayores y la disponibilidad para ayudar en la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

A partir del análisis estadístico se ha concluido que el Grado de Autonomía y el Grado de Dependencia corresponden a los factores en los que la percepción de los jóvenes es mayor, siendo menor cuando se pregunta por la disponibilidad para cuidar personas mayores. Se constata que la percepción de la Solidaridad Intergeneracional, a pesar de no ser significativa, es mayor en el sexo femenino e en los 16 años de edad. Se registra una fuerte relación entre los factores de la Solidaridad Asociativa, Afectiva, Funcional y Estructural con las dinámicas de los cuidados informales relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria.

Resultado del análisis de los Insights del Focus Group se ha observado la existencia de narrativas que demuestran que la Solidaridad y Ambivalencia están presentes en las relaciones intergeneracionales. Se registran valores más elevados en el sexo femenino, correspondiendo la Solidaridad Estructural al factor con percepción más alta. El análisis de contenido ha permitido concluir que la Polaridad de la Ambivalencia está presente en las relaciones intergeneracionales. Se ha comprobado en la Polaridad Estructural que las condiciones de trabajo obtienen mayor número de Insights en el sexo femenino. Los valores más elevados de la Polaridad de la Ambivalencia se dan en los Insights asociados a las tensiones entre hijos y padres.

Se concluye que la Solidaridad Intergeneracional resulta de una construcción multifacética y multidimensional, reflejada a través de la interacción entre padres e hijos. La Ambivalencia Intergeneracional es el resultado de los conflictos existentes en las relaciones intergeneracionales, centradas en el compromiso de interayuda existente dentro de la familia entre generaciones y grado de parentesco, resultante de las normas de reciprocidad y de Solidaridad. La aplicación de la metodología mixta ha permitido demostrar que las dimensiones de la Solidaridad influencian la cohesión Intergeneracional entre los jóvenes adultos y la familia, encontrándose presente en el proceso de los cuidados informales.

El estudio presenta como limitaciones la "ausencia de límites" entre las diversas dimensiones de la Solidaridad y Ambivalencia Intergeneracional, que dificulta el análisis desagregado por factores y la categorización en el análisis de contenido.

Palabras Clave: Envejecimiento, Transición Demográfica, Solidaridad y Ambivalencia Intergeneracional, Cuidados informales.

Résumé

La réorganisation du parcours de vie avec la « désinstitutionalisation » des familles du XXIe siècle, a produit une grande variété de conFigurations familiales, ce qui conçoit de nouveaux défis pour les Aidants Informels de personnes âgées en situation de dépendance. Pour Settersten et al., (2011) il reste beaucoup à apprendre sur la famille nucléaire, sur laquelle les relations se développent dans des espaces multigénérationnels avec des liens outre famille provenant de différentes époques et circonstances de la vie.

Dans le cadre des recommandations de la Commission pour la Mesure de la Performance Économique et du Progrès Social qui suggèrent l'amélioration des indicateurs du bien-être des populations, ayant des doutes sur la disponibilité future des Aidants Informels (OCDE, 2017 ; European Social Survey 2014; Verbakel et al, 2017), s'appuyant sur les résultats de l'enquête européenne sur la Qualité de Vie (EQLS, 2016), qui se réfèrent à la détérioration de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (Zigante, 2018). La recherche identifie les facteurs et la dynamique des familles aidantes des personnes âgées, selon la perspective de la Solidarité et de l'Ambivalence Intergénérationnelle (Bengtson et Robert, 1991 ; Lüscher et Pillemer, 1998). Setúbal au Portugal a été choisi pour réaliser l'étude de cas. L'étude repose sur l'hypothèse de l'existence de transferts intergénérationnels entre les membres de la famille (Rodríguez Galdo et al., 2014), subordonnant la recherche aux modèles conceptuels de l'étude sociale des processus de vieillissement du parcours de vie (Silverstein & Giarrusso, 2011) et les changements économiques et sociaux résultant de la 3ème phase de la Transition Démographique (Reher, 2011).

En ce qui concerne les objectifs de la recherche, en adoptant la perspective du soignant informel, nous entendons analyser les perceptions des Natifs Numériques de la Solidarité et de l'Ambivalence Intergénérationnelle afin de démontrer comment cela influence la cohésion intergénérationnelle au niveau des dimensions affective, associative, consensuelle, normative, fonctionnel, structurel.

Méthodologiquement, il s'agit d'une étude exploratoire mixte, basée sur un questionnaire individuel et un groupe de discussion, appliquée entre 2015 et 2017 aux étudiants inscrits en 12e année dans les écoles secondaires de Setúbal, au Portugal. L'étude a porté sur la perception qu'ont les jeunes de différents facteurs de soins informels, tels que le bien-être des aidants informels, l'autonomie et la dépendance des grands-parents, l'utilisation du temps des aidants informels pour les personnes âgées et la disponibilité pour soutenir les Activités de la Vie Quotidienne.

L’analyse statistique a permis de conclure que le degré d’autonomie et le degré de dépendance correspondent aux facteurs dans lesquels la perception des jeunes est plus grande, et qu’ils sont moins conscients lorsqu'on les interroge sur la disponibilité des soins pour les personnes âgées. On observe que la perception de la Solidarité Intergénérationnelle, bien que non significative, est plus élevée chez les jeunes filles et à l’âge de 16 ans. Il existe une relation étroite entre les facteurs de Solidarité Associative, Affective, Fonctionnelle et Structurelle et la dynamique des soins informels liés aux Activités de la Vie Quotidienne.

L’analyse des perspectives du groupe de réflexion a abouti à l’existence de récits prouvant que la Solidarité et l’Ambivalence sont présentes dans les relations intergénérationnelles. Il y a eu des valeurs plus élevées chez les jeunes filles, la Solidarité structurelle correspondant au facteur dont la perception fut plus élevée. L'analyse du contenu a permis de conclure que la Polarité de l'Ambivalence est présente dans les relations intergénérationnelles. La Polarité Structurelle a montré que les conditions de travail ont également le plus grand nombre de points de vue chez les jeunes filles. Les valeurs les plus élevées de la Polarité de l'Ambivalence sont enregistrées dans les Perspectives associées aux tensions entre les enfants et les parents.

On en conclut que la Solidarité Intergénérationnelle résulte d'une construction multidimensionnelle et multidimensionnelle, reflétée par l'interaction entre parents et enfants. L'Ambivalence Intergénérationnelle est le résultat des conflits existant dans les relations intergénérationnelles, axés sur l'engagement d'existence d’entraide existant au sein de la famille entre les générations et le degré de parenté, résultant des normes de réciprocité et de solidarité. L’application de la méthodologie mixte a permis de démontrer que les dimensions de la Solidarité influencent la cohésion intergénérationnelle entre les jeunes adultes et la famille, étant présents dans le processus de soins informels.

L’étude présente comme limitations « l’absence de limites» entre les différentes dimensions de la Solidarité et de l’Ambivalence Intergénérationnelle, ce qui rend difficile l’analyse désagrégée par facteurs et la catégorisation dans l’analyse du contenu.

Mots clés: Vieillissement, Transition Démographique, Solidarité et Ambivalence Intergénérationnelle, Soins Informels

ÍNDICE

Resumo **1**

1. Antecendentes e xustificación do interese da investigación 3
2. Obxectivos 10
3. Metodoloxía 12
4. Materiais e Métodos 14
5. Resultados 17
   - 5.1. Cuestinonario 17
   - 5.2. Correlación da Ratio de Coidador Informal cos indicadores do territorio 19
   - 5.3. Análise de contido, Grupos Focais 20
6. Conclusións 22
7. Discusión 26

Introdução **29**

Capítulo 1- Teorias do Crescimento e do Desenvolvimento Demográfico **47**

1.1 A Questão prévia da Demografia enquanto disciplina científica, uma perspetiva histórica 50

1.2 As diferentes visões do crescimento da população no Século XX 51

1.3 A Questão da Transição Demográfica 68

- 1.3.1 A Primeira Transição Demográfica - Crescimento da população até à Era Moderna 77
- 1.3.2 A Segunda Transição Demográfica - Mudança de valores e desinstitucionalização das relações familiares 83
- 1.3.3 A Terceira Transição Demográfica – Migrações e reequilibrio demográfico 90

1.4 Os Efeitos da Transição Demográfica na família, segundo a perspetiva da Solidariedade Intergeracional 106

Capítulo 2- Marcos Históricos Internacionais das Políticas de Envelhecimento 111

Introdução 114

2.1 Plano de Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, Viena,1983 118

2.2 Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, 1994 122

2.3 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994 125

2.4 Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento Madrid, 2002 ... 128

2.5 Internacional sobre a População e o Programa de Ação da Conferencia Desenvolvimento depois de 2014 134

2.6 A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o Envelhecimento e as pessoas idosas 140

Capítulo 3- Perspetivas Teóricas do Envelhecimento 149

Introdução 151

3.1 Contextualização Teórica da Sociologia do Envelhecimento 152

3.2 As Teorias Sociológicas do Envelhecimento por nível de abordagem 156

3.2.1 A Primeira Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento – O Funcionalismo 159

3.2.2 Teoria da Desvinculação 161

3.2.3 Teoria da Atividade 162

3.2.4 Teoria da Modernização 163

3.2.5 Teoria da Subcultura 164

3.3 A Segunda Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento – Teoria do Ciclo de Vida (Life Course) 166

3.3.1 Teoria da Continuidade 167

3.3.2 Teoria da Estratificação Etária 168

3.3.3 Teoria do Colapso de Competência 169

3.3.4 Teoria da Troca 169

3.3.5 Teoria do Ciclo de Vida 171
3.4 Terceira Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento 179
3.4.1 Teoria do Construtivismo Social 179
3.4.2 Teoria Crítica da Gerontologia 181
3.4.3 Teorias Feministas 182
3.4.4 Teoria da Economia Política do Envelhecimento 184
3.4.5 A perspetiva da Política Económica do Envelhecimento e a Teoria da Vantagem e Desvantagem Acumulada 190
3.4.6 A perspetiva da Política Económica do Envelhecimento e a abordagem Teórica da Economia Moral 191
3.4.7 Modelo conceptual do Envelhecimento Intergeracional segundo a perspetiva da Teoria do Ciclo de Vida 193
3.5 As oportunidades da investigação sociológica no domínio do envelhecimento Demográfico segundo uma perspetiva intergeracional 199

Capítulo 4- A Solidariedade Intergeracional na Perspetiva do Cuidador Informal às pessoas idosas dependentes 203

Parte I - Perspetivas Teóricas da Solidariedade Intergeracional 205
Introdução 207
4.1 A Gerontologia e a Intergeracionalidade 211
4.2 Os princípios do paradigma da teoria do Ciclo de Vida 213
4.3 A perspetiva da Gerontologia Social Integradora 223
4.4 A Solidariedade Intergeracional 229
4.4.1 Conceito da Solidariedade Intergeracional 229
4.4.2 Enquadramento teórico da Solidariedade Intergeracional 230
4.4.3 O modelo teórico da solidariedade intergeracional 235
4.4.4 Os níveis macro e micro da Solidariedade Intergeracional 241
4.4.5 A Solidariedade e o Conflito Intergeracional 243
4.4.6 A Solidariedade e o Conflito 248
4.4.7 Perspetivas sobre o futuro da solidariedade intergeracional e o conflito 253
4.5 A perspetiva da Ambivalência Intergeracional 255

4.5.1 As dimensões da Ambivalência Intergeracional 261
4.5.2 A Ambivalência entre dependência e autonomia 264
4.5.3 A Ambivalência resultante de normas conflitantes existentes nas relações intergeracionais 265
4.5.4 A Ambivalência resultante da Solidariedade 266
4.5.5 Perspetivas do futuro da teoria da ambivalência e do conflito . 267
4.5.6 O Debate Político da Solidariedade Intergeracional e as perceções da UE27 270
4.6 A Perceção das Relações entre as diferentes gerações 271
Parte II - Os Cuidados Informais às Pessoas Idosas 279
4.7 O Estado da Arte do Envelhecimento na Europa 281
4.8 O Envelhecimento e os Cuidados de Longa Duração 307
4.9 A Projeção dos Cuidados Informais na OCDE 312
4.10 As Dimensões dos Cuidados Informais 317
4.10.1 Conceito de dependência e cuidados 319
4.10.2 O Impacto na família do cuidado de pessoas dependentes 322
4.10.3 A Teoria da Identidade do Cuidador 325
4.10.4 O apoio social às pessoas mais velhas em Portugal 329
4.10.4.1 O apoio informal aos mais velhos 330
4.10.4.2 Perspetivas sobre o Cuidador Informal em Portugal 336
4.10.4.3 A Rede formal de apoio às pessoas idosas dependentes 338
4.10.4.4 Investimento na rede formal de respostas sociais para a população idosa dependente 345
4.11 O Uso do Tempo do Cuidador Informal 350
4.12 A Previsão da Procura dos Cuidados Informais 365
4.12.1 A Escala de Madrid 367
4.12.2 O Ratio Cuidador Informal 376
4.13 Os Desafios dos Cuidados Informais 378
4.14 A resposta aos Cuidados Informais (Intensivos) 386
4.15 O Inquérito Europeu da Qualidade de Vida (EQLS, 2016) 391

Capítulo 5- Os Desafios do Território e o Envelhecimento Intergeracional. Caraterização sociodemográfica do Concelho de Setúbal 401

Parte I – Os Desafios do Território e o Envelhecimento.....403

Introdução 405

5.1 Caraterização do território Área Metropolitana de Lisboa 407

5.2 Evolução da estrutura populacional.....410

5.2.1 População Jovem..... 412

5.2.2 População em Idade Ativa..... 414

5.2.3 População Idosa 415

5.2.4 População 65 e mais anos..... 417

5.2.4.1 Índice de Envelhecimento.....419

5.2.4.2 População 85 e mais anos 422

5.2.4.3 Índice de longevidade 424

5.2.4.4 Índice de dependência das pessoas idosas 427

5.2.4.5 Índice de Sustentabilidade Potencial.....431

5.2.5 Relação de masculinidade 434

5.2.6 População residente segundo os Censos: total e por estado civil..... 438

5.2.7 População residente segundo os Censos em uniões de facto ... 440

5.2.8 População residente por sexo segundo os Censos..... 442

5.2.9 Estimativas da população residente 2016..... 447

5.3 Evolução das variáveis demográficas.....451

5.3.1 Taxa Bruta de Nupcialidade..... 451

5.3.2 Taxa Bruta de Divorcialidade 453

5.3.3 Taxas Brutas de Nupcialidade e de Divorcialidade..... 455

5.3.4 Índice Sintético de Fecundidade 455

5.3.5 Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho..... 458

5.3.6 Taxa Bruta de Natalidade..... 458

5.3.7 Taxa Bruta de Mortalidade..... 460

5.3.8 Taxa Bruta de Natalidade e de Mortalidade..... 462

5.3.9 Esperança média de vida à nascença: total e por sexo 464

5.3.10 Óbitos de residentes: total e por sexo..... 466

5.4 Migrações 470

5.4.1 População estrangeira com estatuto legal de residente em percentagem da população residente: total e por sexo 470
5.4.2 População residente por migrações segundo os Censos 474
5.4.3 Saldo populacional anual total 476
5.4.4 População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades 479
5.5 Dinâmica da Família 481
5.5.1 Dimensão das Famílias segundo os Censos 481
5.5.2 Famílias clássicas segundo os Censos: total e por número de Indivíduos 483
5.5.3 Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos 487
5.5.4 Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos 491
5.5.5 Agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo 491
5.5.6 Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição 493
5.6 Nível de Formação 494
5.6.1 Escolaridade por Sexo 497
5.7 Condições de Vida 499
5.7.1 Índice de Poder de Compra 499
5.7.2 Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo 502
5.7.3 Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado 506
5.7.4 Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes e após transferências sociais 508
5.8 Mercado Laboral 510
5.8.1 Desempregados inscritos em percentagem da população residente com 15 a 64 anos 510
5.8.2 Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por grupo etário 512
5.8.3 Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo 514

5.8.4 Taxa de atividade: total e por sexo 517
5.8.5 Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo 518
5.8.6 Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo 519
Parte II – Projeções demográficas e o Rácio do Cuidador 523
5.9 Introdução.....525
5.10 Hipóteses de evolução das componentes demográficas 525
5.10.1 Fecundidade 525
5.10.2 Mortalidade 525
5.10.3 Migrações Internacionais 527
5.10.4 Resultados da projeção..... 529
5.11 Rácio cuidador.....532
5.12 Projeção do Rácio de Cuidador, ano 2060 536

Capítulo 6- Estudo Empírico. Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais a pessoas idosas dependentes no Concelho de Setúbal (Portugal). Objetivos, Metodologia e Resultados 539

6.1 Introdução.....547
6.2 Fase Conceptual.....550
6.2.1 A questão prévia..... 550
6.2.1.1 A perspetiva Sociológica das Desigualdades Sociais dos Cuidadores Informais 555
6.2.1.2 A resiliência do Modelo Familista 559
6.2.2 A Formulação do problema da investigação 565
6.2.3 Enquadramento Teórico e Concetual da Investigação 568
6.2.4 Objetivos da investigação..... 585
6.2.4.1 Objetivo geral.....585
6.2.4.2 Objetivos específicos 586
6.2.5 As Hipóteses da Investigação..... 588
6.3 Fase Metodológica.....596
6.3.1 Tipo de estudo e instrumentos para recolha de dados 596
6.3.1.1 Modo de abordagem do Estudo 596
6.3.1.2 Tipo de estudo quanto ao Objetivo Geral 600

6.3.1.3 Procedimentos Técnicos do Estudo 601
6.3.1.3.1 Pesquisa Bibliográfica 601
6.3.1.3.2 Fundamentos para a Elaboração do Estudo de caso . 604
6.3.1.3.3 Metodologia Quantitativa, Questionário 608
6.3.1.3.4 Conceção do Questionário e Focus Group 616
6.3.1.3.5 Metodologia qualitativa – Focus Group 617
6.3.2 Análise e Resultados 621
6.3.2.1 Dados Quantitativos (Questionário) 621
6.3.2.1.1 População e Amostra 621
6.3.2.1.2 Caraterização sociodemográfica 623
6.3.2.2 Dados Qualitativos (Focus Group) 629
6.3.2.2.1 População e Amostra 629
6.3.2.2.2 Caracterização sociodemográfica 629
6.3.3 Análise Estatística e Multivariada 635
6.3.3.1 Análise Estatística, Avaliação da Perceção 635
6.3.3.1.1 Bem-Estar do Cuidador Informal 635
6.3.3.1.2 Autonomia dos Avós 639
6.3.3.1.3 Dependência dos Avós 643
6.3.3.1.4 Uso do Tempo do Cuidador Informal 647
6.3.3.1.5 Voluntariado 651
6.3.3.2 Análise Multivariada 656
6.3.3.2.1 Perceção Global da Solidariedade Intergeracional ... 656
6.3.3.2.2 Perceção da Idade e Sexo 665
6.3.3.2.3 Análise da Correlação dos Fatores Principais 671
6.3.4 Rácio de Cuidador Informal correlação com os Indicadores do Território 695
6.3.4.1 Correlação com a Estrutura Populacional 697
6.3.4.2 Correlação com o Índice do Poder de Compra 697
6.3.4.3 Correlação com o número de Famílias Unipessoais 697
6.3.4.4 Correlação com a Escolaridade 697
6.3.4.5 Correlação com o Desemprego 698
6.3.5 Análise de Conteúdo 702
6.3.5.1 Focus Group, Categorização 702
6.3.5.1.1 Bem-Estar do Cuidador Informal 703
6.3.5.1.2 Autonomia dos Avós 705

6.3.5.1.3 Dependência dos Avós 707
6.3.5.1.4 Uso do Tempo do Cuidador Informal 708
6.3.5.1.5 Perspetiva da Solidariedade Intergeracional 712
6.3.5.1.6 Perspetiva da Ambivalência Intergeracional 719

Capítulo 7- Conclusões, Recomendações e Limitações 729

7.1 Geral 731
7.2 As Questões Prévias 732
7.3 A Questão das Políticas da Solidariedade Intergeracional 735
7.4 Sobre a perspetiva da Gerontologia Integradora 736
7.5 Sobre a Perspetiva do Uso do Tempo dos Cuidadores Informais.....738
7.6 As Questões da Perceção da Solidariedade Intergeracional 744
7.7 As Questões da Perceção da Ambivalência Intergeracional.....746
7.8 Limitações e futuras linhas de investigação 752

Anexos 755

Anexo 1 -Capítulo 2 -Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento depois de 2014 757

Anexo 2 -Capítulo 4 – Escala de Madrid - Pressupostos da análise da estimativa de procura de Cuidados 763

Anexo 3 – Capítulo 5 – População Residente segundo Censos, AML (1991, 2001, 2011).....767

Anexo 4 – Capítulo 6 – Dimensões de Análise da Área Metropolitana de Lisboa (2001-2016) 791

Anexo 5 - Frequências da Avaliação da Perceção de Quem Cuida 797

Anexo 6 - Frequências da avaliação da perceção da Autonomia dos Avós (AIVD).....801

Anexo 7 - Frequências das Perceções das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) 813

Anexo 8 - Frequências Serviços Externos de Apoio às pessoas idosas dependentes 821

Anexo 9 - Frequência da disponibilidade para apoiar as pessoas idosas ... 825

Anexo 10 - Dados estatísticos Àrea Metropolitana de Lisboa, 2016..... 827

Anexo 11 - Questionário 833

Anexo 12 – Carta de Autorização do Encarregado de Educação 841

Anexo 13 – Declaração da Autorização do Encarregado de Educação 843

Anexo 14 – Escala de Avaliação da Dependência (Katz) 845

Anexo 15 – Escala de Avaliação da Autonomia (Lawton & Brody)..... 847

Anexo 16 - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal..... 849

Anexo 17– Plano de Desenvolvimento Social de Setúbal (PDS 2014)..... 851

Anexo 18 - Guião do Focus Group..... 855

Bibliografia..... 865

Índice de Figuras, Ilustrações, Tabelas, Quadros e Gráficos

Figuras

Figura 1 – Área Metropolitana de Lisboa (NUTII), variação populacional 1991 a 2001. 407
Figura 2 – Município de Setúbal, Área Metropolitana de Lisboa..... 409
Figura 3 - Freguesias do Município de Setúbal, ... 409
Figura 4 – População residente 65 e mais anos, AML,2016. 417
Figura 5 – Índice de Envelhecimento AML (2016). 420
Figura 6 – Relação População com 85 e mais anos, AML,2016. 422
Figura 7 – Índice de Longevidade, Área Metropolitana de Lisboa, 2016. 424
Figura 8 – Índice de Dependência das pessoas idosas Área Metropolitana de Lisboa, 2016. 428
Figura 9 – Índice de Sustentabilidade Potencial, AML – 2016. 431
Figura 10 – Relação de Masculinidade Área Metropolitana de Lisboa, 2016. 435
Figura 11 – Óbitos residentes, sexo masculino, AML, 2016. 466
Figura 12 – Óbitos residentes, sexo feminino, AML, 2016. 466
Figura 13 – Índice sintético de fecundidade, Portugal, 1992-2060 (observado e hipóteses). 526
Figura 14 – Esperança de vida à nascença, Portugal, 1992-2060 (observado e hipóteses). 527
Figura 15 – Saldo migratório, Portugal, 1992-2060 (estimado e hipóteses)..... 528

Ilustrações

Ilustração 1 – Teorias do Crescimento da População e Desenvolvimento Económico (1850 – 2002). 54

Ilustração 2 – A Transição Demográfica e as alterações na estrutura da família 87

Ilustração 3 - Modelo Conceptual da Transição Demográfica, a formação de Capital Humano e a Mudança Económica e Social. 99

Ilustração 4 - Modelo Migrações Internacionais e Reprodução da População. 101

Ilustração 5 - Marcos Históricos Internacionais das Políticas de Envelhecimento. 117

Ilustração 6 - Pilares de Desenvolvimento Estratégico do Desenvolvimento da População 2014. 135

Ilustração 7 - Modelo Teório das Politícas do Envelhecimento. 188

Ilustração 8 - Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida. 196

Ilustração 9 - Dimensões de Análise do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida. 197

Ilustração 10 - Dimensões de Análise do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida. 198

Ilustração 11 - Mapa do processo da mudança social num contexto de envelhecimento da sociedade, segundo a perspetiva do Ciclo de Vida 199

Ilustração 12 – A Gerontologia e as contribuições metodológicas. 224

Ilustração 13 - Modelo Teórico da Gerontologia Integradora. 227

Ilustração 14 – Dimensões de avaliação da Solidariedade Intergeracional. 236

Ilustração 15 - Revisão do modelo das relações estruturais entre dimensões da solidariedade pais-filhos nas famílias com pessoas idosas. 239

Ilustração 16 - Modelo da Solidariedade Intergeracional. 246

Ilustração 17 – Modelo da Ambivalência Intergeracional. 258

Ilustração 18 – Dimensões do Modelo da Ambivalência Intergeracional. 260

Ilustração 19 – Perceção das relações entre as diferentes gerações. 271

Ilustração 20 – Perceção da disponibilidade de postos de trabalho. 272

Ilustração 21 – Perceção sobre a capacidade do Estado garantir o apoio das pensões e cuidados de saúde às pessoas idosas. 272

Ilustração 22 – Perceção sobre a necessidades de reformas para garantir o apoio às pensões e cuidados de saúde às pessoas idosas. 273

Ilustração 23 – Perceção sobre o apoio aos cuidadores informais. 274

Ilustração 24 – Perceção da importância do voluntariado 274

Ilustração 25 – Perceção das necessidades de serviços de cuidados de saúde e apoio social. 275

Ilustração 26 – Perceção da autonomia das pessoas idosas. 276

Ilustração 27 – Perceção da promoção do Estado da Solidariedade Intergeracional. 276

Ilustração 28 – Perceção da importância do Estado promover a Solidariedade Intergeracional 277

Ilustração 29 – Quadro das Gerações. 286

Ilustração 30 – Agenda 2030 – UNPD. 296

Ilustração 31 – Fatores de pressão dos Cuidados de Longa Duração. 308

Ilustração 32 – Foco teórico do estudo do Cuidador Informal. 318

Ilustração 33 - Impactos positivos e negativos na família do cuidado familiar às pessoas idosas dependentes. 324

Ilustração 34 - Etapas da Teoria da Identidade do Cuidador. 327

Ilustração 35 - Transferências intergeracionais entre membros da família..... 363

Ilustração 36 - Quadro Descritivo do Processo da Investigação..... 547

Ilustração 37 - Quadro Descritivo do Estudo Empírico..... 548

Ilustração 38 – Envelhecimento Demográfico e Cuidados Informais de Longa Duração, um Problema Social Complexo. 566

Ilustração 39 – Enquadramento Teórico do Estudo Empírico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais a pessoas idosas dependentes. Estudo de caso, concelho de Setúbal, Portugal. 569

Ilustração 40 - Modelo concetual do Estudo Empírico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais a pessoas idosas dependentes. Estudo de caso, concelho de Setúbal, Portugal. 570

Ilustração 41 – Enquadramento Teórico do Estudo empírico segundo a Perspetiva do Modelo Concetual do Ciclo de Vida. 577

Ilustração 42 - Modelo Concetual da Conceção das Hipóteses do Estudo Empírico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes. Estudo de Caso, concelho de Setúbal. Portugal. 592

Ilustração 43 - Dimensões de avaliação da Solidariedade Intergeracional 662

Ilustração 44 – Categoria de caraterização da família, Sobrecarga do Cuidador Informal..... 703

Ilustração 45 – Categoria de caraterização da família, Autonomia dos avós. 706

Ilustração 46 – Categoria de caraterização da família, Dependência dos avós. 707

Ilustração 47 – Categoria de caraterização da família, Uso do Tempo, Cuidados Informais. 709

Ilustração 48 – Dimensões de avaliação da Solidariedade Intergeracional..... 713

Ilustração 49 – Categoria de avaliação da Solidariedade Intergeracional. 714

Ilustração 50 – Dimensões do Modelo da Ambivalência Intergeracional..... 721

Ilustração 51 – Categoria de avaliação da Ambivalência Intergeracional. 721

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabelas

Tabela 1 – Portugal, Evolução da Esperança de vida à nascença (anos) e Esperança de vida aos 65 (anos). 289

Tabela 2 - UE19 e Portugal (PT) Evolução da Esperança de vida à nascença (anos), 1960 – 2016. 291

Tabela 3 – UE19 e Portugal (PT), evolução da Esperança de vida aos 65 anos. 292

Tabela 4 – Recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e Desenvolvimento Social (CMEPSP, 2009). 298

Tabela 5 – Análise comparativa Índice de Desenvolvimento Humano e População Total em risco de Pobreza, países da Zona Euro, 2015. 301

Tabela 6 - Análise comparativa da % de população em risco de pobreza com 65 e mais aos e taxa de desemprego da população com mais de 55 anos da Zona Euro em 2016. 302

Tabela 7 - Portugal, Índice Global de Bem-Estar e Índice de Condições Materiais de Vida - 2004 a 2016. 303

Tabela 8 - Portugal, Índice Global de Bem-Estar, Índice de Qualidade de Vida, 2004 a 2016. 304

Tabela 9 - Categorias de apoio do Cuidado Informal. 321

Tabela 10 - Consequências dos cuidados de pessoas dependentes. 323

Tabela 11 – Perspetivas teóricas do estudo do Cuidador Informal. 331

Tabela 12 – Classificação dos cuidados informais 334

Tabela 13 – Rede de Equipamentos e Serviços para a População Idosa em Portugal. 339

Tabela 14 – Taxa de capacidade e utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, 2010. 339

Tabela 15 – Análise comparativa da Taxa de Utilização dos Equipamentos Sociais para a População Idosa e o Envelhecimento em Portugal, 2010. 340

Tabela 16 - Comparação Taxa de Cobertura e Ocupação das Respostas Sociais para as pessoas idosas, Continente, 2011 e 2016. 340

Tabela 17 – Portugal Continental NUT III, Carta Social, Rede de Equipamentos para a População Idosa, nº de equipamentos, ... 342

Tabela 18 – Taxa de Cobertura e Ocupação da Rede Equipamentos Sociais para População Idosa, ... 343

Tabela 19 – Portugal Continental NUT III, Carta Social, Rede de Equipamentos para a População Idosa, Taxa de Ocupação, ... 344

Tabela 20 – Investimento total na rede de equipamentos sociais para a população idosa, NUT III, 2004 a 2014. 347

Tabela 21 – Evolução dos índices de envelhecimento, dependência e longevidade, 2001 e 2016, Continente NUT III. 348

Tabela 22 – Relação total investimento na rede formal de equipamentos sociais para a população idosa, 2004 a 2014..... 348

Tabela 23 – Investimento na Rede de Equipamentos Sociais para a População Idosa - Despesa da Cooperação 2004-2014. 349

Tabela 24 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro 2016: total e por grupo etário (unidade indivíduo). 359

Tabela 25 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro 2016: total e por grupo etário (unidade indivíduo). 360

Tabela 26 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro: total e por sexo (unidade: individuo - milhares)..... 361

Tabela 27 – Escalas de avaliação da procura de cuidados. 369

Tabela 28 – Escala de Madrid II - Município de Setúbal evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016. 371

Tabela 29 - Escala de Madrid II – Área Metropolitana de Lisboa, evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016. 371

Tabela 30 - Portugal Continental – Escala de Madrid, evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016..... 372

Tabela 31 – Município de Setúbal, análise comparativa do desconto da população em idade potencialmente ativa na procura global de cuidados. 374

Tabela 32 - Análise comparativa do desconto da população em idade potencialmente ativa na procura global de cuidados. 375

Tabela 33 - Índices de calculo do Ratio Cuidador Informal. 377

Tabela 34 - Evolução do Ratio de Cuidador Informal, Portugal Continental, NUT III, 2001 a 2016. 377

Tabela 35 - Evolução da Relação de Masculinidade, Índice de Longevidade, Continente, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal (2001 a 2016). 381

Tabela 36 - Evolução do Índice de Envelhecimento, Índice de dependência de pessoas idosas, Continente, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal (2001 a 2016). 381

Tabela 37 - Universo do estudo, alunos do 12º ano de Escolaridade, Ano letivo 2015-2016 - escolas secundárias do concelho de Setúbal. 410

Tabela 38 - População residente segundo os Censos: total e por grupo etário; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (AML), 1981,2001 e 2011. 411

Tabela 39 – Variação da população com 65 e mais anos sobre o Total da população residente, segundo os Censos (1981-2011). 418

Tabela 40 – Variação da população com 85 e mais anos, AML, (2001-2016)..... 422

Tabela 41 - Índice de longevidade segundo os Censos, proporção %, Portugal, AML.1981, 2001 e 2011. 424

Tabela 42 – Índice de Dependência das pessoas idosas, segundo CENSOS. 427

Tabela 43 - Número de indivíduos em idade ativa por idoso, Portugal, AML. 431

Tabela 44 - Relação de masculinidade segundo os Censos (%). 434

Tabela 45 – População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (%). 438

Tabela 46 – Variação da População residente, Área Metropolitana de Lisboa (AML), sexo segundo os Censos: total e por grupo etário (1981-2011). 442

Tabela 47 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por grupo etário, Grande Lisboa (2001 - 2016)..... 447

Tabela 48 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por grupo etário, Península de Setúbal (2001-2016). 447

Tabela 49 - Óbitos de residentes em Grande Lisboa, por sexo, 2017. 469

Tabela 50 - Óbitos de residentes em Península de Setúbal, por sexo, 2017. 470

Tabela 51 – Variação população estrangeira com estatuto legal de residentes, total e algumas nacionalidades, Península de Setúbal (2008-2016).... 479

Tabela 52 – Variação população estrangeira com estatuto legal de residentes, total e algumas nacionalidades, Município de Setúbal (2008-2016). 480

Tabela 53 - Dimensão média das famílias segundo os Censos. 481

Tabela 54 - Variação (%) Famílias Clássicas 1 pessoa (Censos 1981-2011). 485

Tabela 55- Variação (%) Famílias Clássicas 2 pessoas (Censos 1981-2011). 486

Tabela 56 - Variação (%) Famílias Clássicas 3 a 5 pessoas (Censos 1981-2011). 486

Tabela 57 - Variação (%) Famílias Clássicas 6 + pessoas (Censos 1981-2011)..... 486

Tabela 58- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade e ensino superior, Grande Lisboa. 496

Tabela 59- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade e ensino superior, Península Setúbal. 496

Tabela 60- Variação população residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos por nível de escolaridade segundo os Censos (%). AML, 1981 a 2011. 497

Tabela 61- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social e por Sexo, AML. 2003 a 2017. 503

Tabela 62- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social e por Sexo, AML. 2003 a 2017. 504

Tabela 63- Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social % total e por sexo (2017). 505

Tabela 64- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado, agregados domésticos privados com crianças dependentes, Portugal, 2003 a 2016. 506

Tabela 65- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado, agregados domésticos privados sem crianças dependentes, Portugal, 2003 a 2016. 507

Tabela 66 – Projeção Hipóteses da componente fecundidade para Portugal (2012-2060)..... 526

Tabela 67 – Projeção Hipóteses da componente fecundidade para Portugal (2012-2060)..... 527

Tabela 68 – Cenários de projeção da população, Portugal (2012-2060)..... 528

Tabela 69- Cenários de projeção da população, segundo as hipóteses de evolução das componentes, Portugal e NUTII, 2012(último ano observado) e 2060 (último ano de projeção)..... 529

Tabela 70- Quadro síntese dos principais resultados, Portugal e NUTS II, 2012 (estimativa) e 2060 (projeção) 530

Tabela 71- Quadro síntese dos principais resultados, Portugal e NUTS II, 2012 (estimativa) e 2060 (projeção) 530

Tabela 72 – Universo, estudo quantitativo. 622

Tabela 73 – Amostra, escolas secundárias concelho de Setúbal. 622

Tabela 74 – Amostra, escola, turmas alunos matriculados. 623

Tabela 75 – Indicadores sociodemográficos da amostra, Freguesia de Residência. 624

Tabela 76 – Indicadores sociodemográficos da amostra, Sexo 624

Tabela 77 – Indicadores sociodemográficos da amostra, Idade 624

Tabela 78 – Indicadores sociodemográficos da amostra, com quem vive o aluno. 625

Tabela 79 – Indicadores sociodemográficos da amostra, situação profissional dos avós. 625

Tabela 80 – Indicadores sociodemográficos da amostra, onde vivem os avós. 627

Tabela 81 – Caraterização da População e Amostra do Focus Group. 629

Tabela 82 – Variáveis e objetivos do estudo. 635

Tabela 83 – Avaliação da Perceção. Opinião de Quem Cuida (P.7). 636

Tabela 84 – Avaliação da Perceção. Opinião de Quem Cuida – Satisfação com o papel da família..... 637

Tabela 85 – Avaliação da Perceção. Opinião de Quem Cuida – Sobrecarga financeira. 638

Tabela 86 – Avaliação da Perceção. Opinião de Quem Cuida – Sobrecarga Emocional. 639

Tabela 87 – Perceção global do Grau de Autonomia dos Avós (P.8)..... 640

Tabela 88 – Perceção das AIVD – Utilização do Telefone. 641

Tabela 89 – Perceção das AIVD – Fazer compras. 641

Tabela 90 – Perceção das AIVD – Preparação das Refeições. 641

Tabela 91 – Perceção das AIVD – Realização das Tarefas Domésticas. 642
Tabela 92 – Perceção das AIVD – Realização da Lavagem de Roupa. 642
Tabela 93 – Perceção das AIVD – Utilização de meios de transporte. 642
Tabela 94 – Perceção das AIVD – Tomar medicação. 643
Tabela 95 – Perceção das AIVD - Responsabilidade sobre assuntos financeiros. 643
Tabela 96 – Perceção do Grau de Dependência dos avós (P.9). 644
Tabela 97 – Frequência da Perceção das ABVD – Tomar Banho. 645
Tabela 98 – Frequência da Perceção das ABVD - Despir e vestir. 646
Tabela 99 – Frequência da Perceção - Utilização do WC. 646
Tabela 100 – Frequência da Perceção - Sentar, levantar e deitar. 646
Tabela 101 – Frequência da Perceção – Alimentação. 647
Tabela 102 – Frequência da Perceção do Uso do Tempo – Tempo dedicado aos Cuidados Informais (nº de horas). 648
Tabela 103 – Frequência da Perceção do Uso do Tempo – existência de Cuidados Informais. 648
Tabela 104 – Frequência da Perceção do Uso do Tempo – quem é o Cuidador Informal 649
Tabela 105 – Frequência da Perceção do Uso do Tempo – Serviços Externos de Apoio. 650
Tabela 106 – Frequência da Perceção do Uso do Tempo – Satisfação com os Serviços Externos de Apoio 651
Tabela 107 – Frequência da participação em atividades de Voluntariado (P.11). 651
Tabela 108 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas - Dar banho. 652
Tabela 109 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas- Ajudar a vestir. 653
Tabela 110 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas- Ajudar a fazer compras. 653
Tabela 111 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas- Ajudar a arrumar a casa. 653

Tabela 112 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas - Ajudar na lavagem e passagem de roupa a ferro. 654

Tabela 113 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas - Acompanhar nas consultas médicas. 654

Tabela 114 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas - Acompanhar nas consultas médicas - Acompanhar em actividades culturais. 654

Tabela 115 – Frequência disponibilidade para participar em atividades de apoio às pessoas idosas - Acompanhar nas consultas médicas ensinar a escrever e a ler. 655

Tabela 116 – Distribuição da Perceção Opinião de Quem Cuida. 657

Tabela 117 – Distribuição da Perceção Grau de autonomia. 658

Tabela 118 – Distribuição da Perceção Grau de Dependência. 659

Tabela 119 – Distribuição da Perceção do Uso do Tempo. 660

Tabela 120 – Distribuição da Perceção Voluntariado / Solidariedade Intergeracional. 661

Tabela 121 –Perceção Global da Solidaridade Intergeracional segundo a perpestiva dos Nativos Digitais (coorte 16-19 anos). 664

Tabela 122 – Análise comparativa por idade (coorte 16-19 anos) da Perceção dos Fatores por Idade. 665

Tabela 123 – Análise comparativa por Sexo (coorte 16-19 anos) da Perceção dos Fatores da Solidariedade Intergeracional. 668

Tabela 124 – Análise da Perceção (%) do Sexo Masculino dos Fatores da Solidariedade Intergeracional. 669

Tabela 125 – Análise da Perceção (%) do Sexo Feminino dos Fatores da Solidariedade Intergeracional. 670

Tabela 126 – Correlação entre Fatores Tipo Nominal (escala). 671

Tabela 127 – Correlação entre Fatores Principais e Variáveis (Teste Pearson). 672

Tabela 128 – Correlações entre variáveis e Fatores Principais..... 673

Tabela 129 – Correlação Freguesia de residência e Opinião de Quem Cuida. 674

Tabela 130 – Correlação Freguesia de residência e Grau de Autonomia. 675

Tabela 131 – Correlação Freguesia de residência e Grau de Dependência. 676

Tabela 132 – Correlação Freguesia de residência e Uso do Tempo. 677
Tabela 133 – Correlação Freguesia de residência e Disponibilidade para cuidar de idosos..... 678
Tabela 134 – Correlação Sexo e Opinião de quem cuida. 679
Tabela 135 – Correlação Sexo e Grau de Autonomia. 680
Tabela 136 – Correlação Sexo e Grau de Dependência. 681
Tabela 137 – Correlação Sexo e Uso do Tempo 682
Tabela 138 – Correlação Sexo e Disponibilidade para cuidar de idosos. 683
Tabela 139 – Correlação Idade e opinião de quem cuida. 684
Tabela 140 – Correlação Idade e Grau de Autonomia. 685
Tabela 141 – Correlação Idade e Grau de Dependência. 686
Tabela 142 – Correlação Idade e Uso do Tempo. 687
Tabela 143 – Correlação Idade e Disponibilidade para cuidar de pessoas idosas... 688
Tabela 144 – Correlação com quem vive com Opinião de quem cuida. 689
Tabela 145 – Correlação com quem vive e grau de autonomia. 690
Tabela 146 – Correlação com quem vive e grau de dependência. 691
Tabela 147 – Correlação com quem vive e Uso do Tempo- 692
Tabela 148 – Correlação com quem vive e disponibilidade para cuidar de idosos. 693
Tabela 149 – Percentagem de Respostas válidas. 694
Tabela 150 – Rácio Cuidador Informal Região Grande Lisboa, 2016. 696
Tabela 151 – Rácio Cuidador Informal Região Península de Setúbal, 2016. 696
Tabela 152 – Correlação Rácio Cuidador Informal e Indicadores do Território AML, 2016..... 698
Tabela 153 – Escalas de avaliação da procura de cuidados, Madrid I e II. 764
Tabela 154 – Escalões etários Censos Portugal e Escala de Madrid..... 764
Tabela 155 – Total População Residente, total grupo etário, 31 dezembro, Portugal, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal 2001,2011 e 2016. 767

Tabela 156 – Total População Residente, total grupo etário, 31 dezembro, Portugal, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal 2001,2011 e 2016..... 767

Tabela 157 - Total População Residente, Mulheres, 31 dezembro, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e 31 dezembro, e Município de Setúbal 2001,2011 e 2016. 768

Tabela 158 - Total População Residente, Homens, 31 dezembro, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e 31 dezembro, e Município de Setúbal 2001,2011 e 2016. 768

Tabela 159 - População residente segundo os Censos: total e por grupo etário; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (AML), 1981,2001 e 2011. 769

Tabela 160 - População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários / Total da População Residente 770

Tabela 161 - Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários (1981-2011)..... 771

Tabela 162 - População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário / total da população residente. 772

Tabela 163- Índice de Envelhecimento segundo os Censos. 773

Tabela 164- Índice de Longevidade segundo os Censos 774

Tabela 165- Índice de Dependência de pessoas idosas segundo os Censos. 775

Tabela 166- Índice de Sustentabilidade Potencial. 776

Tabela 167 – População Casados sem registo, uniões de facto / Total população residente com 15 e mais anos. 777

Tabela 168 – Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. 778

Tabela 169- Esperança de vida à nascença: total e por sexo. 778

Tabela 170- População Masculina estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente..... 778

Tabela 171- Taxa bruta de mortalidade, AML. 779

Tabela 172- Esperança de vida à nascença: sexo Masculino..... 780

Tabela 173- Esperança de vida à nascença: sexo Feminino. 780

Tabela 174- População total estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente..... 780

Tabela 175 – Evolução População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total sem nível de escolaridade, Portugal (1981, 2001, 2011). 781

Tabela 176 – Evolução População residente com 15 e mais anos segundo os Censos, total sem nível de escolaridade sobre Total População residente 15 e mais anos segundo os Censos, Portugal (1981, 2001, 2011). 782

Tabela 177 – Evolução População residente com 15 e mais anos segundo os Censos, total com Ensino Superior sobre Total População residente 15 e mais anos segundo os Censos, Portugal (1981, 2001, 2011..... 783

Tabela 178 – Evolução do Poder de Compra Per Capita Portugal, AML (2000 a 2015). 784

Tabela 179 - D Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%)AML, 2001 a 2016..... 785

Tabela 180- Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%)..... 786

Tabela 181- Variação do Rácio de Cuidador, sexo masculino, AML, 2001-2016. 787

Tabela 182- Variação do Rácio de Cuidador, sexo feminino, AML, 2001-2016. .. 788

Tabela 183- Variação do Rácio de Cuidador, sexo feminino, AML, 2016-2060. .. 789

Tabela 184- Variação do Rácio de Cuidador, sexo masculino, AML, 2016-2060. 790

Tabela 185 – Análise de Frequências. Opinião de Quem Cuida..... 797

Tabela 186 – Indicadores da Frequência geral das AIVD. 801

Tabela 187 – Dados estatísticos da População, Famíla, Bem-estar, Desemprego e Escolaridade AML, 2016. 827

Quadros

Quadro 1 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período. 74

Quadro 2 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período. 75

Quadro 3 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período. 76

Quadro 4 - Fases do Modelo de Transição Demográfica, segundo Stockwell e Groat (1984). 82

Quadro 5 - Diferenças entre a 1ª e a 2ª Transição Demográfica (Stockwell & Groat, 1984). 88

Quadro 6 - Diferenças entre a 1ª e a 2ª Transição Demográfica 89

Quadro 7 - Análise comparativa entre população imigrante e naturalização na UE28, 2004 -2015. 105

Quadro 8 – Projeção da variação média da população mundial por região, ... 115

Quadro 9 – Orientações prioritárias da Assembleia Mundial do Envelhecimento, Madrid 2002. 129

Quadro 10 – Pilares Temáticos e Áreas de Ação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014. 136

Quadro 11 – Pilares Temáticos e Áreas de Ação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014. 137

Quadro 12 – Objetivos de apoio às pessoas idosas inscritas no Programa de Ação da Conferência sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014. 139

Quadro 13 – Medidas de apoio às pessoas idosas inscritas no Programa de Ação da Conferência sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014. 139

Quadro 14 – Papel das pessoas idosas na comunidade no âmbito dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. 144

Quadro 15 – Recomendações da Nova Agenda do Envelhecimento Ativo e Saudável 2017. 148

Quadro 16 - Teorias Sociológicas do Envelhecimento por nível de abordagem e Geração. 157
Quadro 17 - Gerações dasTeorias Sociológicas do Envelhecimento principais sociólogos. 158
Quadro 18 -Princípios da Teoria do Ciclo de Vida. 175
Quadro 19 – Princípios da Teoria do Ciclo de Vida. 176
Quadro 20 Princípios da Teoria do Ciclo de Vida. 177
Quadro 21 – Principais autores da Teoria Ciclo de Vida. 178
Quadro 22 – Níveis de análise do Modelo da Teoria Política Económica Social. 189
Quadro 23– Princípios do estudo da Gerontologia. 225
Quadro 24 - Influências da Gerontologia Integradora. 226
Quadro 25 - Princípios da Gerontologia Integradora. 228
Quadro 26 –Tipos de Solidariedade, Durkheim (1977). 232
Quadro 27 – Enquadramento teórico do desenvolvimento da coesão familiar. 234
Quadro 28 – Dimensões da Solidariedade. 237
Quadro 29 -Dimensões e indicadores da Solidariedade Intergeracional. 238
Quadro 30 - Normas do Contrato entre Gerações – expetativas e obrigações. 242
Quadro 31 – Caraterísticas da Solidariedade, Conflito e Autonomia 249
Quadro 32 – Mudanças no Contrato entre Gerações no Século XXI. 250
Quadro 33 – Perspetivas sobre a investigação no domínio da solidariedade intergeracional e o conflito. 253
Quadro 34 - Tipo de conflitos da Equidade Geracional. 254
Quadro 35 – Dimensões de estudo da Ambivalência Intergeracional. 261
Quadro 36 - Taxonomia da Ambivalência Intergeracional. 269
Quadro 37- Objetivos Principais do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações. 278
Quadro 38- Cuidados informais na Europa: resultados do módulo determinantes sociais da saúde do ESS (2014). 389
Quadro 39- Cuidados informais na Europa: resultados do módulo determinantes sociais da saúde do ESS (2014). 390

Quadro 40 – Total Cuidadores Informais EU 28, sexo e escalão etário, EQLS 2016. 393

Quadro 41 –Cuidadores Informais face à situação de emprego, escalão etário 35-64 anos EU 28. EQLS, 2016. 395

Quadro 42 – Comparação Total Cuidadores, Despesa Pública do PIB e Índice de Envelhecimento, países do Sul da EU. 397

Quadro 43- Comparação Total Cuidadores, Despesa Pública do PIB em Cuidados de Longa Duração e Índice de Envelhecimento, países da EU que fazem parte da OCDE. 398

Quadro 44 – Cuidados Informais caraterísticas do Problema Sociai Complexo 567

Quadro 45 – Dimensões da análise do Objeto de Estudo segundo a Perspetiva Teórica do Modelo Concetual do Ciclo de Vida – Dimensão Ciclo de (Life Course). 577

Quadro 46 – Dimensões da análise do Objeto de Estudo segundo a Perspetiva Teórica do Modelo Concetual do Ciclo de Vida – Dimensão Resultados (Outcomes). 578

Quadro 47 – Dimensões da análise do Objeto de Estudo segundo a Perspetiva Teórica do Modelo Concetual do Ciclo de Vida, Dimensão Nível de Análise. 579

Quadro 48 – Formulação das Hipóteses. 590

Quadro 49 – Classificação das Hipóteses do Estudo Empírico. 591

Quadro 50 –Hipóteses do Estudo Empírico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes. 593

Quadro 51 – Referencial Metodológico do Estudo Empírico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais àspessoas idosas dependentes. Estudo de caso, concelho de Setúbal, Portugal. 597

Quadro 52 – Cronograma das Atividades da Tese de Doutoramento. 609

Quadro 53 – Participação em Congressos Internacionais durante o processo de Elaborado da Tese de Doutoramento. 610

Quadro 54 – Tipo de Escalas 611

Quadro 55 – Questionário, categorização das questões. 614

Quadro 56 - Metodologia de aplicação do Focus Group. 618

Quadro 57 – Focus Group, caraterização sociodemográfica da amostra (sexo e idade). 630

Quadro 58 – Focus Group categorização e codificação das questões-chave. 633

Quadro 59 – Dimensão Estrutura Populacional Área Metropolitana de Lisboa, 2001 e 2011. 791

Quadro 60 – Dimensão Variáveis Demográficas, Área Metropolitana de Lisboa, 2011 e 2011. 792

Quadro 61 –Dimensão Dinamica da Família, Área Metropolitana de Lisboa, 2011 e 2011. 793

Quadro 62 – Dimensão Dinamica da Família, Área Metropolitana de Lisboa, 2011 e 2011. 794

Quadro 63 – Dimensões Migrações, Rácio do Cuidador, Bem-Estar, Desemprego, Área Metropolitana de Lisboa, 2011 e 2016. 795

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Graficos

Gráfico 1 – Variação da população Mundial, Europa e Portugal 1850-1950. 52

Gráfico 2 – Análise Comparativa da Evolução em % da População entre 1750 e 2010. 53

Gráfico 3– Fases da Transição Demográfica. 71

Gráfico 4 – Comparação entre a primeira e segunda transição demográfica. 72

Gráfico 5 – Representação das Fases da Transição Demográfica (taxa de natalidade e mortalidade) 72

Gráfico 6 – Etapas da Transição Demográfica 77

Gráfico 7 – Variação do poder de compra per capita (1820-1013). 80

Gráfico 8 – - Evolução da Taxa de Fecundidade EU 28, Portugal, Espanha, Itália e França (2004 a 2015). 93

Gráfico 9 – Relação entre nº de nascimentos e nº emigrantes sobre o total população na UE, entre 2006 e 2015. 95

Gráfico 10 – Análise comparativa entre o número de imigrantes, naturalização de imigrantes e % de naturalizações / nº total de imigrantes, 2004 – 2015, UE28. 103

Gráfico 11 – Esperança média de vida à nascença por sexo, Europa, 1950, 2000, 2050, 2100. 142

Gráfico 12 – Projeção da população com 65 e mais anos, Europa, 1950 a 2100. .. 143

Gráfico 13 – Aumento em % na EU28 da população com 65 e mais anos entre 2006 e 2016. 282

Gráfico 14 - Pirâmides populacionais, UE-28, 2016 e 2080 (% da população total). 283

Gráfico 15 - Estrutura demográfica por principais grupos etários, UE-28, 2016-80 (% da população total). 283

Gráfico 16 – Pirâmides etárias Portugal, 2013 previsão 2060. 284

Gráfico 17 – Portugal, estimativas da evolução da população residente, 2013 e 2060. 285

Gráfico 18 - Portugal evolução da Esperança de vida à nascença 1960 – 2015. 290

Gráfico 19 - Portugal, evolução dos indicadores do envelhecimento (índice de envelhecimento, índice de longevidade e índice de dependência de pessoas idosas, 1961-2015. 294

Gráfico 20 - Portugal, análise comparativa da evolução do Índice Global de Bem-Estar, Índice de Qualidade de Vida Índice de Condições Materiais de Vida, 2004 – 2016. 305

Gráfico 21 – Portugal, análise comparativa da evolução da Taxa de Desemprego, total e por grupo etário e Índice de Bem-Estar, 2004 a 2016. 305

Gráfico 22 – Crescimento da população com mais de 80 anos, 1950 a 2050. 309

Gráfico 23 - Percentagem das populações em idade ativa, 2010 a 2050. 310

Gráfico 24 – Evolução da % da população 65 – 79 anos na OCDE, 2000 a 2050. 311

Gráfico 25 – Evolução do ratio da dependência da População com mais de 80 anos por 100 habitantes de 2000 a 2050. 311

Gráfico 26 – Evolução do Ratio homem/mulher com mais de 70 anos, 2007 a 2050. 313

Gráfico 27 – Proporção de mulheres casadas com mais de 70 anos. 314

Gráfico 28 - Proporção de homens casados com mais de 70 anos. 315

Gráfico 29 - Proporção de dependentes vulneráveis na população total com deficiências (70+). 316

Gráfico 30 - Proporção de casais com ambas as AVD sobre a população total com deficiências. 316

Gráfico 31 – Análise comparativa da Taxa de Ocupação das Respostas Sociais para a População Idosa, Continente, 2011 e 2018. 341

Gráfico 32 - Evolução do investimento em Portugal na rede formal de respostas sociais para a população idosa, 2004-2014. 346

Gráfico 33- Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, Portugal Continental - 2000 – 2016. 347

Gráfico 34 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Trabalho de cuidado (horas: minutos). 357

Gráfico 35 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Total (horas: minutos). 357

Gráfico 36 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Tarefas Domésticas (horas: minutos). 358

Gráfico 37 – Tempo médio de trabalho não pago por dia útil, segundo o grupo etário, por sexo (hora: minutos) 358

Gráfico 38 – Escala de Madrid, Análise comparativa da evolução do nº de unidades da procura de cuidados, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal. 2001 a 2016. 372

Gráfico 39 - Escala de Madrid, Análise comparativa da evolução comparativa do incremento da percentagem da procura de cuidados, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal, 2001 e 2016. 373

Gráfico 40 – Previsão da evolução do Ratio de Cuidador no EUA, 1990 a 2050. 376

Gráfico 41 – Evolução do Ratio Cuidador Informal, 2001 a 2016. NUT III, Portugal Continental. 378

Gráfico 42 – Taxa de prevalência dos cuidadores informais por país da UE, os cuidadores intensivos são assinalados a cinzento claro. 388

Gráfico 43 – Percentagem total de Cuidadores Informais sobre o total da população, 2016. 392

Gráfico 44 – Percentagem total de Cuidadores Informais desempregados. EU.28. EQLS, 2016. 394

Gráfico 45 - Variação (%) População residente segundo os Censos: total; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011). 411

Gráfico 46 - Variação (%) População residente segundo os Censos: por grande grupo etário; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011). 412

Gráfico 47 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 0-14 anos; Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011). 413

Gráfico 48 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 0-14 anos; Península de Setúbal (1981-2011). 413

Gráfico 49 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 15-64 anos; Grande Lisboa (1981-2011). 414

Gráfico 50 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 15-64 anos; Península de Setúbal (1981-2011). 415

Gráfico 51 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 65 + anos; Grande Lisboa (1981-2011). 416

Gráfico 52 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 65 + anos; Península de Setúbal (1981-2011). 416

Gráfico 53 – Variação da população 65 e mais anos sobre o Total da população residente, Grande Lisboa (1981-2011). 418

Gráfico 54 – Variação da população 65 e mais anos sobre o Total da população residente, Península de Setúbal (1981-2011). 419

Gráfico 55 – Evolução do Índice de Envelhecimento (2001-2016). 419

Gráfico 56 – Índice de Envelhecimento Grande Lisboa (2016). 421

Gráfico 57 – Índice de Envelhecimento Península de Setúbal (2016). 421

Gráfico 58 – Variação da população com 85 e mais anos, sobre a População Total Grande Lisboa (2001-2016). 423

Gráfico 59 – Variação da população com 85 e mais anos, sobre a População Total por Censos, Península Setúbal (2001-2016). 423

Gráfico 60 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (1981-2011). 425

Gráfico 61 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (1981-2011). 425

Gráfico 62 - Variação Índice Longevidade, Península de Setúbal (1981-2011). 426

Gráfico 63 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (2001-2016). 426

Gráfico 64 - Variação Índice Longevidade, Península de Setúbal (2001-2016). 427

Gráfico 65 – Evolução do Índice de Dependência das pessoas idosas, AML (2001-2016). 428

Gráfico 66 – Variação (%) do Índice de Dependência das pessoas idosas segundo os Censos, Grande Lisboa (1981-2011). 429

Gráfico 67 – Variação (%) do Índice de Dependência das pessoas idosas segundo os Censos, Península Setúbal (1981-2011). 429

Gráfico 68 – Índice de Dependência das pessoas idosas, Grande Lisboa (2001 e 2016). 430

Gráfico 69 – Índice de Dependência das pessoas idosas, Península de Setúbal (2001 e 2016). 430

Gráfico 70 – Evolução do Índice de Sustentabilidade Potencial (2001-2016). 432

Gráfico 71 – Variação do Índice de Sustentabilidade Potencial, Grande Lisboa (1981-2011). 432

Gráfico 72 – Variação do Índice de Sustentabilidade Potencial, Península de Setúbal (1981-2011). 433

Gráfico 73 – Índice de Sustentabilidade Potencial, Grande Lisboa 433

Gráfico 74 –Índice de Sustentabilidade Potencial, Península de Setúbal 434

Gráfico 75- Evolução da Relação de Masculinidade, AML (2001-2016). 435
Gráfico 76 - Variação índice Masculinidade, Grande Lisboa (1981-2011). 436
Gráfico 77 - Variação índice Masculinidade, Península de Setúbal (1981-2011). 436
Gráfico 78 – Relação de Masculinidade, Grande Lisboa (2001-2016). 437
Gráfico 79 – Relação de Masculinidade, Península Setúbal (2001-2016). 437
Gráfico 80 – População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (%). 439
Gráfico 81 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (1981-2011). 439
Gráfico 82 – Percentagem de População Residente segundo os Censos em União de Facto (2001-2011). 440
Gráfico 83 –Percentagem de População Residente segundo União de Facto, Península Setúbal (2001-2011). 441
Gráfico 84 – % População Residente segundo União de Facto, Grande Lisboa (2001-2011). 441
Gráfico 85 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Censos 1981. 443
Gráfico 86 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Censos 2011. 443
Gráfico 87 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Censos 1981. 444
Gráfico 88 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Censos 2011. 444
Gráfico 89 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Censos 1981 445
Gráfico 90 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Censos 2011. 445
Gráfico 91 – Pirâmide Populacional, Município de Setúbal, Censos 1981. 446
Gráfico 92 – Pirâmide Populacional, Município de Setúbal, Censos 2011. 446
Gráfico 93 – Grande Lisboa, Variação População residente: total e por grandes grupos etários (2001-2016). 448
Gráfico 94 – Península de Setúbal, População residente: total e por grandes grupos etários (2001-2016). 448
Gráfico 95 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Estimativas Anuais da População Residente, 2016. 449

Gráfico 96 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Estimativas Anuais da População Residente, 2016. 449

Gráfico 97 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Estimativas Anuais da População Residente, 2016. 450

Gráfico 98 – Pirâmide Populacional, Município Setúbal, Estimativas Anuais da População Residente, 2016 450

Gráfico 99 – Evolução da Taxa de nupcialidade (1981-2016). 451

Gráfico 100 – Evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade na Região da Grande Lisboa (1981-2016). 452

Gráfico 101 – Evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade na Região da Península de Setúbal (1981-2016). 452

Gráfico 102 – Evolução da Taxa Bruta Divorcialidade, AML, (1984-2016). 453

Gráfico 103 – Evolução da Taxa Bruta de Divorcialidade, Grande Lisboa (1984-2016). 454

Gráfico 104 – Evolução da Taxa Bruta de Divorcialidade, Península Setúbal 454

Gráfico 105 – Análise comparativa da evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade e Taxa Bruta de Divorcialidade, Península de Setúbal (1984-2016). 455

Gráfico 106 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, AML (2001-2016). 456

Gráfico 107 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Grande Lisboa 457

Gráfico 108 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Península de Setúbal (2001-2016). 457

Gráfico 109 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Portugal e AML (2001-2016) NUTII. 458

Gráfico 110 – Taxa Bruta de Natalidade (‰) AML (1981-2016). 459

Gráfico 111 – Taxa Bruta de Natalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016). 459

Gráfico 112 – Taxa Bruta de Natalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016). 460

Gráfico 113 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), AML (1981-2016). 461

Gráfico 114 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016). 461

Gráfico 115 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016). 462

Gráfico 116 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016). 463

Gráfico 117 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016 463

Gráfico 118 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Município de Setúbal (1981-2016)..... 464

Gráfico 119 – Esperança Média de vida à nascença: total e por sexo, NUT III, Portugal e Área Metropolitana de Lisboa. 465

Gráfico 120 – Esperança Média de vida à nascença: por sexo, NUT III, Área Metropolitana de Lisboa (2001-2015). 465

Gráfico 121 – Óbitos de residentes em AML, total (2001 A 2017)..... 467

Gráfico 122 – Óbitos de residentes em Grande Lisboa, por sexo (2001 A 2017)..... 467

Gráfico 123 – Óbitos de residentes em Península de Setúbal, por sexo (2001 A 2017)..... 468

Gráfico 124 – Óbitos de residentes em Município de Setúbal, por sexo (2001 A 2017)..... 468

Gráfico 125 – População total estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016)..... 471

Gráfico 126 – População Masculina estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016)..... 472

Gráfico 127 – População Feminina estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016)..... 472

Gráfico 128 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente, por sexo na Grande Lisboa (2008-2016)..... 473

Gráfico 129 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente por sexo, na Península de Setúbal (2008-2016)..... 473

Gráfico 130 – Imigrantes provenientes de outro Município (%), AML, segundo os Censos. 474

Gráfico 131 – Imigrantes provenientes de outro país, AML, segundo os Censos..... 475

Gráfico 132 – Emigrantes para outro Município, AML, segundo os Censos. 475

Gráfico 133 - Saldo populacional anual Total AML, 2001-2016 476

Gráfico 134 - Saldo populacional anual Total da Grande Lisboa, 2001-2016. 476
Gráfico 135 - Saldo populacional anual Total da Península de Setúbal, 2001-2016. 477
Gráfico 136 - Saldo populacional anual Total do Município de Setúbal, 2001-2016. 477
Gráfico 137 - Saldo populacional anual Total Município da Península de Setúbal, 2001-2016. 478
Gráfico 138 - Saldo populacional anual Total Municípios da Grande Lisboa, 2001-2016. 478
Gráfico 139 – Evolução da dimensão média dos agregados domésticos privados (NUT III) 481
Gráfico 140 – Evolução (%) da dimensão média das famílias dos Municípios da região da Grande Lisboa, Censos (1981-2011). 482
Gráfico 141 – Evolução (%) da dimensão média das famílias dos Municípios da região da Grande Lisboa, Censos (1981-201). 482
Gráfico 142 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total: 1 pessoa, AML 483
Gráfico 143 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 2 pessoas, AML 484
Gráfico 144 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 3 a 5 pessoas, AML 484
Gráfico 145 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 6 e mais pessoas. 485
Gráfico 146–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) total, AML 487
Gráfico 147–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, Grande Lisboa. 488
Gráfico 148–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, Península de Setúbal. 488
Gráfico 149–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, 65 e mais anos, AML. 489
Gráfico 150–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, pessoas de 65 e mais anos, Grande Lisboa. 490
Gráfico 151–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, pessoas 65 e mais anos, Península de Setúbal. 490

Gráfico 152- Evolução dos agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, NUTII, região AML (1991-2017) 491

Gráfico 153- Evolução dos agregados domésticos privados monoparentais: total NUTII, região AML (1991-2017). 492

Gráfico 154- Evolução dos agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo, NUTII, região AML (1991-2017). 492

Gráfico 155- Evolução dos agregados domésticos privados: total e por tipo de composição (%), NUTII, região AML (2001-2017). 493

Gráfico 156- Evolução dos agregados domésticos privados: total e por tipo de composição (%), NUTII, região AML (2001-2017). 494

Gráfico 157- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade, AML. 495

Gráfico 158- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), ensino superior, AML. 495

Gráfico 159- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos, sem nível de escolaridade segundo os Censos (%), AML. 1981 a 2011. 498

Gráfico 160- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos com o ensino secundário segundo os Censos (%), AML 1981 a 2011. 498

Gráfico 161- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos com o ensino superior segundo os Censos (%), AML.1981 a 2011. 499

Gráfico 162- Poder de compra per capita, AML (2000-2015) 500

Gráfico 163- Poder de compra per capita, Município de Setúbal (2000-2015) 500

Gráfico 164- Poder de compra per capita, Grande Lisboa (2000-2015). 501

Gráfico 165- Poder de compra per capita, Península de Setúbal (2000-2015) 501

Gráfico 166- Evolução do nº Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo, AML, 2003 a 2017. 502

Gráfico 167 - Evolução do nº Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo, Município de Setúbal, 2003 a 2017. 503

Gráfico 168- Evolução da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes transferências sociais, Portugal, 2003 a 2016 508

Gráfico 169- Evolução da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: após transferências sociais, Portugal, 2003 a 2016.....509

Gráfico 170- Comparação da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes E depois transferências sociais, Portugal, 2016. 509

Gráfico 171- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), AML, (2001-2016).....510

Gráfico 172- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), Grande Lisboa (2001-2016).....511

Gráfico 173- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), Península de Setúbal (2001-2016). 511

Gráfico 174- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), AML.....512

Gráfico 175- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Grande Lisboa.....513

Gráfico 176- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Península de Setúbal. 513

Gráfico 177- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Município de Setúbal. 514

Gráfico 178 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), AML.....515

Gráfico 179 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Grande Lisboa.....515

Gráfico 180 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Península de Setúbal. 516

Gráfico 181 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Município de Setúbal. 516

Gráfico 182 - Taxa de atividade segundo os Censospor sexo (%), AML. 517

Gráfico 183 – Evolução do ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrempor sexo. AML, 2002 e 2013. 518

Gráfico 184 – Variação do ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrempor sexo. AML, 2002 e 2013. 519

Gráfico 185 – Taxa de emprego segundo os Censos: sexo masculino (%),.....520

Gráfico 186 – Taxa de emprego segundo os Censos: sexo feminino. 520

Gráfico 187 – Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo masculino, Península Setúbal (%)..... 521

Gráfico 188 – Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo feminino, Península Setúbal (%). 521

Gráfico 189 – Evolução do Rácio do Cuidador, AML (2001-2016). 533

Gráfico 190 – Evolução do Rácio do Cuidador, Grande Lisboa (2001-2016)..... 533

Gráfico 191 – Evolução do Rácio do Cuidador, Peninsula Setúbal (2001-2016). 534

Gráfico 192 – Análise comparativa do Rácio do Cuidador por Sexo, Grande Lisboa (2016). 535

Gráfico 193 – Análise comparativa do Rácio do Cuidador por Sexo, Península de Setúbal (2016). 535

Gráfico 194 – Projeção Rácio do Cuidador, Grande Lisboa (2060). 536

Gráfico 195 – Projeção Rácio do Cuidador, Península de Setúbal, 2060. 536

Gráfico 196 – Projeção Rácio do Cuidador, sexo feminino (2016-2060). 537

Gráfico 197 – Projeção Rácio do Cuidador, sexo masculino (2016-2060). 537

Gráfico 198 - Fator Perceção da Contribuição das pessoas idosas para a Sociedade. A contribuição dos Cuidadores Informais às pessoas idosas não é suficientemente apreciada (%). 581

Gráfico 199 - Fator Perceção Autonomia de Vida, Cuidados de Saúde e Apoio Social. Os Cuidadores Informais de pessoas idosas não recebem bom apoio dos serviços sociais do Estado. 581

Gráfico 200 – Perceção "Opinião de quem cuida", Bem-Estar do Cuidador Informal (P.7). 636

Gráfico 201 - Avaliação da Ausência de Perceção de Autonomia (P.8). 640

Gráfico 202 - Ausência de Perceção das ABVD (P.9). 645

Gráfico 203 - Perceção do Uso do Tempo do apoio da família às pessoas idosas (P.10). 649

Gráfico 204 - Perceção do Uso do Tempo do apoio da família às pessoas idosas (P.10). 650

Gráfico 205 – Disponibilidade para cuidar das pessoas idosas (P.11)..... 652

Gráfico 206 – Participação em atividades de voluntariado (P.12*)*. 655

Gráfico 207 – Distribuição da Perceção da Opinião de Quem Cuida. 657
Gráfico 208 – Distribuição da Perceção do Grau de Autonomia 658
Gráfico 209 – Distribuição da Perceção do Grau de Dependência. 659
Gráfico 210 – Distribuição da Perceção do Uso do Tempo 660
Gráfico 211 – Distribuição da Perceção Voluntariado. 661
Gráfico 212 – Gráfico da Distribuição da Perceção Global da Solidariedade.Intergeracional. 662
Gráfico 213 – Distribuição da Perceção por Idade dos Nativos Digitais dos Cuidados Informais. 666
Gráfico 214 – Distribuição da Perceção por Sexo dos Nativos Digitais. 667
Gráfico 215 – Os cuidados informais e Solidariedade Intergeracional. 717
Gráfico 216 – Os cuidados informais e Dimensões da Solidariedade Intergeracional. 718
Gráfico 217 – Os cuidados informais e a Polaridade da Ambivalência e Ambivalência Estrutural. 725
Gráfico 218 – Os cuidados informais e a Polaridade da Ambivalência 726
Gráfico 219 – Despesa Pública com os Cuidados de Longa Duração (cuidados de saúde e sociais), 2014 em % do PIB 739

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumo

"..se reconoce la importancia del cuidado informal en los distintos sistemas de dependencia por constituir, siendo en todos los países la forma predominante a través de la cual se prestan cuidados a los dependientes –fundamentalmente la familia–, aunque los cambios económicos y sociales que vive la familia nos planteen serias dudas sobre su disponibilidad en el futuro" (Rodríguez Galdo & Freire, 2011, p. 32).

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. Antecendentes e xustificación do interese da investigación

A planificación e o desenvolvemento do territorio implican o coñecemento específico do obxecto de intervención, requirindo unha acción multidisciplinar, articulada por parte dos diversos actores que intervén no proceso e dotada de diferentes perspectivas de análise. As distintas aproximacións á observación dos fenómenos do territorio son un valor engadido cando se aplican "libres de conflitos de interese", contribuíndo ao crecemento sostible das rexións.

O desenvolvemento rexional é en ocasións un concepto abstracto, pero tamén é un espazo xeográfico moi concreto, no mundo real, no que se manifestan as forzas económicas. O crecemento económico está condicionado por restricións e oportunidades derivadas dos recursos da rexión (Capello & Nijkamp, 2009, p. 282). Subordinado á perspectiva do desenvolvemento estratéxico do territorio, na presenza dun acentuado avellentamento da poboación da Península de Setúbal (INE, 2017), e dadas as fortes implicacións do fenómeno na calidade de vida das familias (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), elixiuse o tema dos Coidados de Longa Duración como o elemento central do estudo.

A existencia de diferentes modelos sociais e sistemas de planificación do territorio, está acompañada e condicionada pola sucesión de diferentes culturas de ordenamento, xerándose procesos de interacción e influencia reciproca que deben ser entendidos no contexto dos modelos sociais particulares nos que ocorren eses procesos (Ferrão, 2014, pp. 36- 37).

Atopándose o concello de Setúbal inserido na Área Metropolitana de Lisboa (NUT III), na que se rexistra a maior concentración poboacional e económica (INE, 2017) e tratándose dun dos territorios máis competitivos a nível nacional, a rexión está tamén caracterizada polas elevadas asimetrías ao nível dos indicadores de Calidade de Vida e Benestar das Poboacións, Estrutura poboacional, Variables Demográficas, Dinámica da Familia, Mercado Laboral e Migracións[1].

O feito de que o número de persoas maiores en Portugal sexa superior ao número de persoas novas desde hai décadas, chegando en 2015 a 140 persoas maiores por cada 100 novos, existindo en paralelo, un aumento continuado nos últimos anos do índice de dependencia,

[1] Anexo 4

sendo en 2015 de 31 persoas maiores por cada 100 en idade activa, e un descenso do índice de fecundidade ata 1,3 nenos nacidos vivos por muller, no caso de confirmarse as proxeccións demográficas para as próximas décadas, estaría en dúbida a renovación das xeracións .

En Portugal, o 60% da poboación con 65 e máis anos vive en solitario (INE, 2016). Por outro lado, os datos epidemiolóxicos apuntan a un aumento de persoas con doenzas crónicas e algún tipo de incapacidade. Se a isto lle engadimos que a dependencia, entendida como a perda progresiva de funcionalidade (Bolin et al., 2008), está asociada á tendéncia ao aumento do grupo de idade con máis de 85 anos, prevese o incremento do número de persoas maiores dependentes.

Nun contexto de discusión de medidas destinadas á promoción do avellentamento activo, a cuestión da perda progresiva da funcionalidade, designada por dependencia, asociada a limitacións físicas, sensoriais e mentais, é considerada actualmente un dos temas que serve de base á formulación de medidas dos Plans Xerontológicos (Zarit,1997), atopándose tamén presente nos factores a estudar no ámbito da planificación do desenvolvemento estratéxico rexional.

O Plano de Desenvolvemento Social de Setúbal (PDSS) constitúe un instrumento de definición conxunta e negociada de obxectivos prioritarios para a promoción do desenvolvemento social local, constatándose ao nível dos obxectivos para 2014-2018 a ausencia de Políticas Interxeracionais no território (Ferreira, 2017) e atopándose en revisión a estratexia para 2019-2022, pensamos que os resultados da investigación poden ser unha referencia para a implementación de futuras accións inseridas na mellora da calidade vida e benestar dos coidadores informais do municipio de Setúbal.

A súa vez, a existencia de desiquilibrios entre a oferta e a demanda de servizos sociais para as persoas maiores (ESPI) e o índice de avellentamento, (CARTA SOCIAL, 2017; PORDATA, 2017), xunto coa constatación da tendencia á redución da taxa de cobertura dos ESPI, entre 2010 e 2016, permite concluír que o apoio informal ás persoas maiores dependentes poderá converterse nun dos obxectivos estratéxicos para o desenvolvemento do território.

Se comparamos a evolución entre 2001 e 2016 do índice de poder de compra dos diversos concellos da Península de Setúbal, co importe destinado ao apoio ás persoas maiores dependentes soportado polas familias, aparecen dúbidas sobre a súa capacidade para atribuir recursos financeiros adecuados ás necesidades e esixencias dos Coidados Informais.

O aumento da esperanza de vida ao nacemento e da lonxevidade son factores que caracterizan o proceso da Transición Demográfica (Van de Kaa, 2001) e que contribuen á emerxencia de novas formas de relación familiar e social na cadea interxeracional. Paralelamente, as modificacións da familia, redución do agregado familiar e aumento das familias unipersoais con membros de 65 e máis anos, alteran de forma significativa as relacións entre as xeracións e as posicións xeracionais, transformanse as familias multixeracionais e aparecen novas cuestións sociais, que non se limitan unicamente a tres xeracións (Saraceno & Naldini, 2003, p. 177; Leandro, 2001, pp. 286-287).

Ao analizar as políticas de desenvolvemento que dominan as sociedades urbanas e industrializadas, conclúese que a prioridade nas últimas décadas foi a asistencia materno-infantil, en detrimento do apoio aos Coidados Informais de persoas maiores dependentes.

Ante as dificultades para obter consensos políticos sobre a priorización do investimento público no apoio á natalidade ou nos Coidados de Longa Duración, finalmente é nas familias onde se percibe a falta de apoio aos Coidados Informais, destinados aos máis vellos ou aos máis novos.

Tres décadas despois da realización da primeira conferencia do avellentamento, Viena (1982), chegados ao século XXI, quedou claro para todos os Estados Membros da Unión Europea a importancia da inclusión das poboacións na discusión sobre a mellora das condicións de vida das familias, sobre todo as que apoian ás persoas máis vellas.

A pesar de ser un deber da sociedade coidar daqueles que deran tanto de si para as xeracións futuras, é un feito que as persoas maiores constitúen un grupo de idade vulnerable, políticamente fráxil, esquecéndose o Estado que as persoas maiores son o principal soporte das transferencias interxeracionais (Rodriguez Galdo et al., 2014).

En ausencia de políticas sociais destinadas a apoiar aos coidadores

informais, prevese que, posiblemente, nun futuro próximo se agraven as tensións familiares e sociais, motivadas pola ausencia de perspectivas de futuro dos máis novos e do "peso dos mais vellos" nos sistemas de protección social e de saúde (OCDE, 2011).

O relatorio do Eurobarómetro "*Discrimination in EU, 2009*" ao indicar que o 53% dos portugueses consideran a discriminación pola idade moi frecuente na sociedade, motivou o interese polo estudo da percepción da Solidariedade Interxeracional.

Xunto coas referencias bibliográficas que contribuiron á delimitación do obxecto de estudo, contamos cos resultados do relatorio *European Social Survey* (ESS, 2009) sobre o prexuizo e discriminacións das persoas máis vellas, realizada no conxunto dos 27 países europeos. O feito de que Portugal sexa identificado como o cuarto país europeo en percibir a discriminación por idade como un problema grave/bastante grave, reforzou a importancia de profundar no tema.

Shiovitz-Ezra et al. (2016) consideran que o idadismo é un fenónemo cultural, entre varios grupos étnicos, que ocorre en varias escalas, desde o nível microsocial (familia, comunidades) ao plano macrosocial (entre países), revelándose importante o desenvolvemento de instrumentos de medición e, ao mesmo tempo, a creación de intervencións Políticas e socioculturais.

Presentándose o idadismo[2] en Europa como un problema grave en todos os grupos de idade (Lima et al., 2010, p. 34), de feito o 61% da poboación portuguesa percibe a descriminación por idade como un problema moi grave ou bastante grave, e revelándose os diversos estudos empíricos importantes para o coñecemento da discriminación contra as persoas maiores (Wilmoth & Ferraro, 2013), fortaleceuse o interese pola búsqueda da literatura no campo da Xerontoloxía Social, asociada ao estudo do proceso do avellentamento segundo a perspectiva da interxeracionalidade.

O relatório da OMS (2018) menciona que Portugal ten un serio problema no que respecta aos malos tratos contra as persoas maiores,

[2] O termo idadismo, resulta da tradución ao portugués de "ageism". Segundo Butler (1969) o idadismo consiste en actitudes e prácticas negativas xeneralizadas en relación aos individuos baseadas unicamente nunha característica, a súa idade.

xa que existe un 39% que son vitimas de violencia e sitúa ao país no grupo dos cinco peores no tratamento dos máis vellos. Ademais, é dos países de Europa que rexistrou o maior índice de avellentamento nas dúas últimas décadas e con menor investimento para mellorar a calidade de vida das famílias envellecidas (ESS, 2014; Verbakel et al, 2017). Ante esta situación, os aspectos anteriores constitúen os principais argumentos que sustenta o interese para a elaboración do presente estudo.

Atendendo ao elevado desgaste físico e emocional dos Coidadores Informais (Brody et al., 1994; Fernández-Ballesteros, 2009; Montgomery et al., 2016), dadas as consecuencias na família e nas persoas maiores dependentes ao nível dos impactos positivos e negativos dos Coidados Informais (García, 2010; Paúl, 2005; Martin, 2010; Fernandes, 2008; Gil, 2010), e considerando a importancia de involucrar às persoas novas na discusión do avellentamento, a observación centrouse na análise da percepción dos Nativos Dixitais sobre os Coidados Informais.

Diante do escenario de territorios avellentados, considerados sociedades maduras (Díaz, 2002), constituíndo as persoas maiores verdadeiros doadores de tempo cara a familia (Rodríguez Galdo et al, 2014), identificando na literatura sobre o Uso do Tempo que as mulleres son o piar dos Coidados Informais (Gil, 2010; Rodríguez Galdo & Freire, 2011; Dúran, 2013; Cordero-Torrón et al., 2014; Perista, 2016, European Social Survey, 2014), a diversidade dos impactos producidos na familia (García, 2010) sustentan unha visión distinta sobre as necesidades de deseño de pontes xeracionais (Neves & Fernandes, 2016) entre as xeracións Baby Boomers[3] e Nativos Dixitais[4].

En presenza de escenarios que suscitan dúbidas sobre a dispoñibilidade no ano 2060 de sistemas formais e informais que respondan aos retos dos Coidados de Longa Duración nas sociedades avellentadas (OCDE, 2017), sendo Portugal dos países da OCDE con maior índice de avellentamento, integrado no grupo dos Estados membros da Unión Europea que presenta menor porcentaxe de gasto público nos Coidados de Longa Duración, e menor porcentaxe de

[3] Xeración que naceu entre 1942-1964.

[4] Os mozos nacidos despois de 1996, tamém designados como xeración Z, iGen e Centennials.

cuidadores informais (EQLS, 2016), reforzouse a opción do estudo no campo dos Coidados Informais.

As conclusións da Enquisa Europea sobre a Calidade de Vida (EQLS, 2016), a pesar de presentar unha mellora xeral da calidade de vida desde 2011, ao apuntar que o equilíbrio entre a vida profesional e persoal se deteriorou, dado que existen serias preocupacións sobre os ingresos insuficientes na vellez en dous terzos dos países, limitaron o obxecto de estudo ao ámbito das transferencias interxeracionais, admitíndose que a vida familiar e as relacións persoais constitúen o principal factor de satisfación.

Na recente Declaración Ministerial asinada en Lisboa o 22 de setembro de 2017 polos 56 Estados membros da Comisión Económica de Nacións Unidas para a rexión Europa (UNECE), "A Sustainable Society for all ages: Realizing the potencial of living longer", Portugal e os restantes países recoñecen o potencial das persoas maiores.

Na axenda da UNECE confírmase a importancia do desenvolvemento de respostas políticas mais amplas cara as necesidades individuais e sociais do avellentamento da poboación, garantindo ou incluso mellorando o acesso das persoas maiores á proteción social adecuada e ao bo funcionamento dos sistemas de saúde e coidados de longa duración (UNECE, 2017).

Foi neste contexto, en liña cos obxextivos do Plan Internacional de Acción de Madrid Sobre o Avellentamento (MIPAA, 2017) que reforza entre varias prioridades, a promoción da Solidariedade Interxeracional, que neste estudo definíuse como obxectivo analizar as percepcións das persoas mozas sobre a Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998) segundo a perspectiva do coidador informal, pretendéndose demostrar que a solidariedade é un dos factores que inflúe na cohesión entre xeracións.

"*The concept of intergenerational solidarity usually focuses on shared values, normative obligations of care, and bonds between generations, and has been considered central in family relations, family cohesion, and even social integration in old age* (Lowenstein, 2005, citado por Neves & Fernandes, 2015, p. 3).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2. Obxectivos

Considerando que o Avellentamento Interxeracional é unha das prioridades da Estratexia de Europa 2020, a investigación pretende contribuír ao Desenvolvemento do Territorio da Península de Setúbal, demostrando que a percepción dos Nativos Dixitais sobre o avellentamento é un dos factores que favorece o establecemento dunha sociedade para todas as idades.

Non menos importante que a evidencia empírica da existencia da percepción dos mozos sobre o Avellentamento Interxeracional, pretendeuse tamén demostrar a importancia da Solidariedade Interxeracional, en canto elemento de cohesión social que contribúe ao desenvolvemento sostible do Territorio da Península de Setúbal.

Adoptando a perspectiva da visión dos Nativos Dixitais[5] sobre os Coidados Informais a persoas maiores dependentes, o estudo empirico ten como objectivo analizar as percepcións da solidariedade e ambivalencia interxeracional, demonstrandose como inflúe a solidariedade da cohesión interxeracións ao nível das dimensións afectiva, asccociativa, consensual, normativa, funcional e estrutural.

Segundo o modelo teórico da Solidariedade Interxeracional de Bengtson & Robert (1991), as percepcións individuais do equilíbrio nos intercambios interxeracionais ten un impacto positivo nos sentimentos e afectos e na futura interación, promovendo maiores ou menores contactos entre pais e fillos. A súa vez, os níveis de afectos conducen a unha maior ou menor probabilidade de asociación nas relacións interxeracionais.

Apoiado nesta perspectiva, o estudo pretende demostrar ao nível microsocial da família (Bengtson & Oyama, 2007; Bass, 2009; Silverstein & Giarrusso, 2011; Lowenstein, Katz, & Prilutzky, 2014), que os Coidados Informais inflúen na solidariedade e na cohesión interxeracional.

[5] De acordo com Prensk (2001), o termo "Nativo Dixital" é aquel que naceu e medrou entre 1995 e 2010 coas tecnoloxias dixitais presentes na súa vida diaria. O autor compara esta xeración coa xeración máis vella que está aprendendo e adoptando as novas tecnoloxias nomeandoos "inmigrantes dixitais".

O tratamento da Ambivalencia xorde como contraste as teorías da Solidariedade e do Conflito, asociada aos dilemas e às contradicións que caracterizan a sociedade contemporánea. Preséntase como um elemento que representa o esforzo da familia para xestionar e negociar as ambivalencias existentes nas relacións (Lowenstein, 2014).

Tomando como referencia o concepto da Ambivalencia Interxeracional (Lüscher & Pillmer, 1998) que reflicte as contradicións das relacións entre os pais e os fillos adultos, pretendeuse demostrar que os Coidados Informais constitúen unha atividade xeradora de contradicións ao nível estrutural e psicológico da família.

Explóranse as tensións provocadas na familia polos Coidados Informais (Katz et al., 2004; Kingston, Phillips & Ray, 2014), observándose as narrativas dos mozos sobre a converxencia e a diverxencia existente entre pais e fillos, influenciadas simultaneamente por factores estruturais que afectan á dinámica das relacións interxeracionais.

Partindo das evidencias empíricas que sustentan a importancia de profundizar nos estudos do Benestar das Poboacións (Dopico & Losada, 2007; Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009; Rodríguez Galdo et al., 2014), á luz das pontes xeracionais e das transformacións na familia (Attias-Donfut, 2005; Knipscheer 1988; Neves & Fernandes, 2016), o estudo das transferencias interxeracionais ascendentes e descendentes dentro da familia (Rodríguez Galdo et al., 2014) pretendeu comprobar a presenza da visión familista existente nas percepcións dos Nativos Dixitais, segundo a perspectiva de potenciais coidadores informais da xeración Baby Boomers.

Future Needs

> *"Intergenerational transfer systems are Crítical to the functioning of all societies. They channel resources to children, providing for their material needs and, with a lag, influencing their productivity as adults. And they channel resources to the elderly, with profound implications for their health, their economic security, and other essential features of their lives"* (Mason & Lee, 2018, p. 187).

3. Metodoloxía

Tendo en conta que o estudo dos Nativos Dixitais é unha área recente de investigación, a metodoloxia para validar as hipóteses do estudo atopouse nos procedementos técnicos para a recollida de datos, a enquisa e o focus group.

A investigación é non experimental, aséntase sobre as descripcións e definicións do fenómeno do avellentamento, aborda o problema da falta de apoio aos coidadores informais, e desenvólvese en dúas partes complementarias. Na primeira, partindo de datos secundarios procedentes da revisión da literatura, o tipo de estudo é de natureza bibliográfica. Na segunda parte, tendo como base o encadramento teórico, os datos son primários, recollidos directamente da enquisa efectuada ao alumnado matriculado no 12º ano de escolaridade nas escolas secundarias do concello de Setúbal nos anos lectivos 2015/2016 e 2017/2018, considerándose metodoloxicamente un estudo de campo da cohorte 16-19 anos de idade.

Os Estudos de Campo recollen datos dunha forma directa da realidade (Vilelas, 2017). En relación á clasificación da investigación en canto estudo bibliográfico, foi validada pola utilización de datos secundarios obtidos de PORDATA, INE, estudos sobre o Uso do Tempo, entre outras fontes consideradas importantes para a formulación das hipóteses.

Metodoloxicamente, o enfoque estableceuse a partir da consideración de que a familia funciona como um espazo de coordinación e de tempos diversos (Saraceno, 2003; Attias-Donfut, 2016), na que os seus membros distribúen varias tarefas e achegan valor para o seu desenvolvemento, non restrinxíndose á dimensión económica.

A concepción metodolóxica do deseño da investigación, cuantitativa versus cualitativa, ten como obxectivo obter a complementariedade entre os datos secundarios e os primarios. Tomando como base o marco teórico do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Procesos de Avellentamento (Silverstein & Giarrusso, 2011), deseñouse unha enquisa que ten como principal obxectivo a obtención da percepción da cohorte 16-19 anos sobre factores que

inflúen na calidade de vida das persoas máis vellas e dos coidadores informais.

O estudo recurre á análise da percepción segundo a perspectiva tridimensional do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Procesos de Avellentamento: Nível de Análise, Ciclo de Vida e Resultados[6].

A dimensión "Nível de Análise" é estudada no plano macrosocial, correspondendo ao território da Área Metropolitana de Lisboa (NUT III) e município de Setubal, coa desagregación á unidade administrativa da "Parroquia", na que se integran as seis escolas secundarias obxecto de estudo. A efectos de análise da dimensión "Ciclo de Vida" seleccionouse a cohorte 16-19 anos de idade, correspondendo ao alumnado matriculado no 12º ano de escolaridade nos anos letivo 2015/2016 e 2017/2018.

Os "Outcomes" da investigación baseanse na análise da importancia dos Proxectos Interxeracionais, no ámbito do Plan de Desenvolvemento Social de Setúbal (Ferreira, 2017), tendo presente a sensibilización das persoas novas e da comunidade para as cuestións do impacto do avellentamento na dinámica da familia, segundo a perspectiva do coidador informal e a promoción no territorio dunha cultura de avellentamento interxeracional.

O enfoque teórico do Ciclo de Vida[7], de acordo coa literatura, é considerado unha metodoloxía de referencia do estudo dos procesos do avellentamento, considerando que a perspetiva da interxeracionalidade é un dos factores que contribúe á promoción do avellentamento con calidade de vida (Waite & Plewes, 2013).

Partindo de referencias teóricas que permiten avaliar a autonomía, a dependencia das persoas maiores (escalas de avaliación xeriátrica) e cuestións asociadas ao benestar do coidador informal (escalas de avaliación da sobrecarga dos coidados informais), o enfoque cuantitativo permitiu observar a percepción dos Nativos Dixitais sobre os factores implicados na avaliación da calidade de vida das persoas maiores e dos coidadores informais.

[6] Tradución de Outcomes do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Procesos de Avellentamento (Silverstein & Giarrusso, 2011).

[7] Teoría Life Course, tamén representada na literatura polas teorías do Ciclo Vital.

En paralelo, o método cualitativo lévase a cabo nun intento de explicar o fenómeno da Solidariedade Interxeracional, interactuando o Modelo Teórico do Ciclo de Vida coa formulación teórica da Solidariedade Interxeracional (Bengtson & Robert, 1991) e a Ambivalencia Interxeracional (Lüscher & Pillmer, 1998). O enfoque do estudo de caso é presentado como unha estratexia de resposta ás cuestións "cómo" e "porqué", cando o investigador ten pouco control sobre os acontecementos, e cando o foco está nos fenómenos contemporáneos dentro do contexto da vida real (Yin, 1994).

O deseño da investigación tivo como piares os principios da visión integradora da Xerontoloxía (Bass, 2009), atopando na interacción da Teoría da Transición Demográfica (Van de Kaa, 2002) coas referencias teóricas do Ciclo de Vida e os modelos que estudan os procesos das transferencias interxeracionais, a consolidación dos paradigmas positivista e construtivista (Vilelas, 2017).

A investigación destacou tamén a importancia do estudo do Uso do Tempo dos Coidadores Informais. O emprego do tempo dos membros da familia define á sociedade en si. Para iso é vital a súa observación para saber como evoluciona e poder estabelecer criterios de políticas económicas que permitan avaliar os obxectivos definidos (Rodríguez-Galdo et al., 2014; Perista et al., 2016).

O estudo parte do método cuantitativo para coñecer a percepción dos Nativos Dixitais sobre os coidados informais prestados pola familia ás persoas maiores dependentes. Posteriormente, nun momento distinto, atopouse nas narrativas dos mozos obtidas na metodoloxia cualitativa (Focus Group) a confirmación das hipóteses de estudo: a existencia de Solidariedade e de Ambivalencia nas relacións interxeracionais, segundo a perspectiva do Coidador Informal.

4. Materiais e Métodos

A primeira parte do estudo utilizou como procedemento técnico para a recollida de datos, o cuestionario cumprimentado polos propios participantes, que consta de 12 preguntas de resposta pechada, dicotómicas, elección múltiple e de ordenación. As variables son de natureza sociodemográfica e sociorelacionais.

A escala utilizada é aditiva presentando varias categorias de aordo coas variables obxecto de estudo (Fortin, 2006). Para validar o cuestionário realizouse unha proba previa en setembro de 2015. Ao nível da selección da mostra, atendendo á existencia de alumnado menor de idade (16 anos) solicitouse aos responsables de educación a autorización para participar na enquisa.

Para a elaboración do cuestionario utilizouse a metodoloxía do estudo preliminar (Herzber et al., 1959). A análise dos factores da Sobrecarga do Coidador Informal e Actividades da Vida Diaria (AVD), deu lugar á formulación de preguntas que permitiran avaliar a Solidariedade e Ambivalencia na perspectiva da interxeracionalidade.

O Benestar do Coidador Informal (variable designada por Opinión de quen coida[8]), o Grao de Autonomía, (variable de avaliación da percepción do grao de autonomía dos avós[9]), Grao de Dependencia (variable de avaliación da percepción do grao de dependencia dos avós[10]) e a variable do Uso do Tempo dos Coidados prestados a familiares[11], definíronse como variables sociorelacionais. A variable Voluntariado / Dispoñibilidade para coidar das persoas maiores foi concebida en base aos indicadores da Teoria da Solidariedade Interxeracional (Bengtson & Robert, 1991).

Na segunda parte do estudo, de natureza cualitativa, a análise de contido do Focus Group, centrado nunha mostra por conveniencia (non probabilística), composta por 24 alumnos, 12 do sexo feminino e 12 do masculino, matriculados en catro escolas secundarias do concello de Setúbal. A distribuición dos alumnos no Focus Group foi homoxénea en número (3) e en sexo, atribuíndose códigos ás escolas e aos alumnos e garantindo as cuestións éticas. A idade media dos participantes é 17,20 anos, correspondendo ao sexo feminino 17,25 anos e ao masculino 17,17.

A construción do guión do Focus Group (GFG) tivo como punto de partida a identificación das cuestións-chave do estudo, asociadas á

[8] Empregouse como referencia a escala de avaliación da sobrecarga do coidador (QASCI, Martins et al., 2005).
[9] Escala de Katz (JAMA, 1963).
[10] Escala de Lawton & Brody (Gerontologist, 1965).
[11] Utilizouse como referencia as Enquisas de Uso do Tempo (Perista et al., 2015; IMSERSO, 2011).

avaliación das percepcións da xeración Nativos Dixitais sobre a existencia na familia de Solidariedade Interxeracional segundo a Teoría de Bengtson & Robert (1911) e a da Ambivalencia Interxeracional, de acordo co Modelo Teórico de Lüscher & Pillmer (1998).

As preguntas do GFG seguen o mesmo alineamento do Cuestionario, pretendendo desta forma lograr a comparación entre a análise cuantitativa e a cualitativa.

Apoiado pola metodoloxía de grupo focal auto-referente (Morgan, 1997), a análise de contido do estudo cualitativo estruturouse a través da categorización e codificación das cuestións. Tendo como base as palabras-chave que xurdían na discusión dos temas, que obrigaba a pensar nas percepcións transformadas en feitos, obtivéronse narrativas que se transformaban pola vía da intensidade e frecuencia en temas principais das categorías, transcribíndose as citas que se consideraron máis adecuadas ao obxecto de estudo.

A avaliación das narrativas dos Nativos Dixitais, segundo a perspectiva do Modelo Teórico da Solidariedade Interxeracional de Bengtson & Robert (1991), encontrase asociada á caraterización das relacións de longa duración, pola interacción conductual e emocional, cohesión, e apoio entre pais e filos, avós e netos.

Trátase dunha teoría que pretende explicar os patróns de solidariedade entre pais e fillos durante o período de vida familiar ata a fase adulta, trazando a arquitectura microsocial do vínculo interxeracional a través da natureza dos vínculos entre mozos pos-adolescentes e os seus pais.

A análise do contido centrouse en dúas categorías: Caracterización da familia do Nativo Dixital (A – Benestar do Coidador Informal; B – Autonomía dos Avós; C- Dependencia dos Avós; D – Uso do Tempo do Coidador Informal) e Avaliación da percepción do Avellentamento Interxeracional (E – Perspectiva da Solidariedade Interxeracional de Bengtson & Robert (1991); e F – Perspectiva da Ambivalencia Interxeracional (Lüscher &Pillmer, 1998).

O modelo estuda a cohesión interxeracional entre os mozos adultos e a familia, considerándose que a solidariedade familiar interxeracional é o resultado dunha construción multifacética e multidimensional, que se reflicte a través de seis elementos distintos de interacción entre pais

e fillos: cariño, associación, consenso, reparto de recursos, normas e a estrutura de oportunidade da interacción entre pai e fillo.

5. Resultados

5.1. Cuestinonario

O estudo cuantitativo permitíu obter, en relación ao universo dos 993 alumnos matriculados no 12º ano de escolaridade nas Agrupacións de Escolas do concello de Setúbal no ano lectivo 2015/2016, unha mostra do 61,7% de alumnos con idades comprendidas entre os 16 e 19 anos, correspondendo o 57,2% ao sexo feminino e 42,8% ao masculino, cunha media de idades de 17,4 anos. Os resultados indican un erro de mostra imputable aos aos resultados da orde do 2,45% con nível de confianza superior ao 99%.

Aplicouse un cuestionario con preguntas de natureza sociodemográfica e de avaliación da percepción sobre o avellentamento na perspectiva do Coidador Informal. A efectos do estudo da percepción elaborouse unha escala cualitativa (0= ausencia de percepción, 1=baixa percepción, 2= media percepción e 3 = alta percepción).

Na análise do nível de percepción (*Teste Spearman*) establecéronse correlacións tipo nominal, utilizando cinco factores: (F1) Benestar do coidador informal (referencia Escala de QASCI versión reducida), (F2) Grao de autonomía dos avós (referencia Escala de Lawton & Brody), (F3) Grao de dependencia dos avós (referencia Escala de Katz), (F4) Uso do tempo dos coidados prestados a familiares (referencia *Encuesta de Empleo del Tiempo* 2009, 2010; INE España, 2015), e (F5) Dispoñibilidade para coidar de persoas maiores / Solidariedade Interxeracional / Voluntariado.

Ao nível da caraterización sociodemográfica do alumnado, o 59,4% vive cos pais, existindo un 27,8% que vive cos pais e outros familiares. En canto á situación dos avós, no que respecta ao emprego, o 52,6% dos avós están xubilados, sendo maior o número de mulleres xubiladas. En relación á situación de desemprego, verifícase que é maior no sexo feminino (3,3%). Na composición do agregado familiar dos avós, o 24,8% son unipersoais, existindo máis mulleres que viven en solitario. Rexístrase un 2,5% dos avós residindo en Residencias para maiores, sendo máis elevada a institucionalización no sexo masculino.

En termos globais, a Percepción máis elevada (49,4%) rexístrase en (F3), alcanzando a máis baixa e (F5) Dispoñibilidade para coidar persoas maiores. As percepcións máis elevadas atópanse asociadas ás cuestións que utilizan como referencia as escalas de Avaliación Xeriátrica (F2 e F3) e as escalas de Avaliación da Sobrecarga do Coidador Informal (F1).

No que se refire á análise da Percepción global por sexos, os valores máis elevados rexístranse no sexo feminino. Obtense maior percepción dos factores asociados ás AVD[12] (F2: 50,7%), coa cifra máis elevada na percepción dos mozos sobre as actividades de preparación das comidase a administraçción dos medicamentos.

En relación ao sexo masculino, o valor da Percepción máis baixa dase no Factor Dispoñibilidade para coidar a persoas maiores / voluntariado / Solidariedade Interxeracional (F5: 53,1%).

A percepción dos Nativos Dixitais por idade é maior aos 16 anos (58,5%), verificándose o valor máis baixo nos mozos con 19 anos de idade. Atendendo á media de idade do alumnado (17 anos), admítese a probabilidade de que os avós non sexan moi vellos (60-70 anos) e, consecuentemente, a probabilidade de ser dependentes é baixa, xustificándose desta forma a existencia da percepción elevada da autonomia dos avós.

Da análise da correlación[13] conclúese que é positiva entre todos os factores. A correlación máis forte (0,883) obtense entre o Factor Grao de Dependencia (F3) e o Factor Grao de autonomía da persoa maior (F2). As correlacións entre as variables do estudo e os principais Factores[14], son maiores entre a Parroquia de Residencia e a Dispoñibilidade para Coidar persoas maiores (0,905). Admítese que a existencia de maior correlación da variable "Parroquia de Residencia" co Factor Dispoñibilidade para Coidar persoas maiores (F5), poida estar asociada a cuestións de accesibilidade e que os fillos residan lonxe dos pais. A existencia de correlación elevada entre a variable "Con quen vive" e o Factor Opinión de Quen Coida (F1), poderá estar asociada ás relacións establecidas entre fillos, pais e avós.

[12] Atividades da Vida Diaria.

[13] Foi utilizado o Test Spearm para a análise dos factores tipo nominal.

[14] Test Pearson Qui-Quadrado.

As menores correlaciónss danse entre a variable sexo e (F3) Grao de dependencia dos avós (0.000) e a (F5) Dispoñibilidade para coidar de persoas maiores (0.000). Tamén se obtivo correlación igual a 0.000 entre a variable idade e os factores Grao de autonomía dos avós (F2) e Grao de dependencia (F3).

5.2. Correlación da Ratio de Coidador Informal cos indicadores do territorio

Co intento de obter un coñecemento máis profundo sobre as relacións existentes entre os Coidados Informais e os Indicadores do Territorio da Área Metropolitana de Lisboa[15], procedeuse á análise das correlacións entre o Ratio Coidador Informal[16] (RCI) e a Estrutura Poboacional, Dinámica da Família, Condicións de Vida, Desemprego e Nível de Escolaridade da Poboación.

Rexistráronse os valores máis elevados na correlación entre o RCI e os Indicadores de Escolaridade da Poboación na subrexión da Peninsula de Setúbal, no nível ensino básico 2º ciclo (0,839) e poboación sen escolaridade (0,773).

En canto á Estrutura Poboacional, as maiores correlacións co RCI obtivéronse na subrexión da Gran Lisboa, Índice de Avellentamento (0,619), Índice de Dependencia de Persoas maiores (0,647), Índice de Sostibilidade Potencial (0,653) e Índice de Lonxevidade (0,591).

A correlación do RCI co Índice do Poder de Compra é máis elevada na subrexión da Gran Lisboa (0,548). No caso do número de Familias Unipersoais, a correlación co RCI é maior na Gran Lisboa (0,619). En termos do desemprego, a maior correlación obtense na Península de Setúbal (0,694) e non se verifica ao nível da idade dos desempregados.

[15] A análise da correlación no Territorio corresponde ás NUT III da Área Metropolitana de Lisboa (AML), que agrega a Rexión da Gran Lisboa e Península de Setúbal (Anexo 4).

[16] O RCI establece a relación entre a poboación do grupo de idade 45-65 anos por cada persoa con 80 e máis anos, define o número potencial de coidadores na familia para apoiar nos coidados de longa duración (Redfoot et al., 2013).

5.3. Análise de contido, Grupos Focais

Despois da análise dos resultados provisorios, a literatura suxeriu complementar o estudo cunha nova metodoloxía (Bengtson & Oyama, 2007; Waite & Plewes, 2013; Bengtson & Settersten, 2016), decidíndose finalmente a opción metodolóxica dos Grupos Focais (Morgan, 1998; Krueger & Casey, 2009; Silva et al., 2014).

A segunda parte do estudo, de natureza cualitativa, a análise de contido do Focus Group, permitiu coñecer a posición dos Nativos Dixitais en relación aos indicadores da Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998).

A agregación das tres subcategorías destinadas á análise do rexistro das frecuencias das palabras-chave relacionadas coa Sobrecarga do Coidador Informal (SCI), deu lugar á existencia de 58,3% rexistros no sexo feminino que confirmam a existencia de SCI. A percepción negativa dos Nativos Dixitais é maior no sexo masculino (30,6%).

A análise de contido das frecuencias do rexistro das respostas ás preguntas da Autonomía dos avós, obtén a maior percepción positiva (72,7%) no sexo feminino. A súa vez, os varóns teñen unha maior percepción da existencia no agregado de persoas maiores menos autónomas (25%).

Nas mulleres verifícase o maior número de rexistros da percepción de dependencia dos avós (63,6%), obténdose no sexo masculino a menor percepción da existencia na familia de persoas maiores dependentes (33,3%). Os homes tamén manifestas un maior descoñecemento da existencia de persoas maiores dependentes na familia.

As mulleres rexistran maior percepción da existencia de coidados informais na familia (58,0%). Pola contra, os homes presentan unha percepción da non existencia de cuidados informais na familia (50%).

No que se refire ao tempo dedicado aos máis vellos por parte da família, os dous sexos consideran que os pais dedican o mesmo tempo (50%). En relación á existencia de servizos externos de apoio ás persoas maiores dependentes, cerca do 66,7% dos alumnos varóns mencionan que os avós non dispoñen de servizos de apoio externo. As mulleres rexistran as maiores percepcións negativas sobre a calidade dos servizos (58,3%).

A Solidariedade Estrutural é a dimensión que presenta valores de percepción máis elevados (no sexo feminino, o 100% e no masculino, o 91,7%). A análise das restantes subcategorías rexistra o valor máis elevado da Solidariedade Afectiva no sexo feminino (91,7%) e un valor inferior no outro sexo (83,3%).

No que se refire á Solidariedade Consensual, a amplitude da frecuencia entre sexos é maior no feminino (83,3%), obténdose un 58,3% no masculino.

A Solidariedade Asociativa presenta rexistros de frecuencias idénticos á Solidariedade Afectiva (91,7% no sexo feminino e 83,3% no masculino).

A dimensión da Solidariedade Normativa é a que presenta maior amplitude entre os sexos (91,7% no feminino e 66,7% no masculino).

A análise dos rexistros da totalidade dos Focus Group permite concluír que existe manifestación da Polaridade da Ambivalencia e da Polaridade da Ambivalencia Estrutural nas relacións interxeracionais. No sexo feminino rexístranse as maiores frecuencias da existencia de tensións na familia, cun 91,7%, e no masculino, o 83,3%.

A Polaridade da Ambivalencia Estrutural, relacionada co factor condicións de traballo dos pais, obtén maior número de rexistros nas mulleres (91,7%), mentres que nos homes situase no 83,3%. No que se refire ao factor económico, cerca do 56,7% do alumnado considera que é um factor estrutural que afecta as relacións intergxeracionais.

A Polaridade da Ambivalencia asociada á relación entre os coidados informais e a separación da familia, como resultado das tensións e dilemas das relacións interxeracionais, obtivo o 66,7% de rexistros no sexo feminino e 50% no masculino.

No que refire á percepción dos mozos sobre o consenso dos pais para institucionalizar aos avós dependentes, cerca do 66,7% das alumnas considera que non hai consenso na familia, rexistrándose o 50% nos alumnos. Os resultados dos Focus Group permiten concluír que existe ambivalencia entre a autonomía e a dependencia. O dilema entre obter axuda, apoio e educación e as presións compensatorias da liberación da relación pai-fillo forman parte do paradoxo na sociedade contemporánea (Cohler, 1983; Cohler & Altergott, 1995; Moss & Moss, 1992; Cohler & Grunebaum, 1981).

Por un lado, acredítase que os adultos se esforzan por manterse psicoloxicamente e economicamente autónomos e autosuficientes, en tanto que, por outro, os resultados das investigacións sobre as relacións da vida familiar demostran que a dependencia entre as xeracións é o modo típico das relacións interxeracionais, incluíndo a interdependencia de pais máis velhls en relación aos fillos.

O potencial total do concepto de ambivalencia interxeracional podeque aínda non fose descuberto. As nocións da polarización (ou diferenzas básicas) están no cerne das relacións interxeracionais se se fixese un intento de integración das dimensións fundamentais da ambivalencia[17].

En conclusión, a comprensión diferenciada da ambivalencia suxírese como un camiño posible para desenvolver a análise das relacións interxeracionais. É certo que se avanzou moito pero, dada a importancia fundamental das relacións interxeracionais no desenvolvemento humano, a relevancia crucial teórica, empírica e práctica do concepto apenas empezou a florecer, particularmente no contexto de sociedades que envellecen rapidamente, carecendo de maior profundización.

> *"The ambiguity of competing meanings and the ambivalence of conflicting feelings. Modernity is keyed to an ambivalence struggle between liberation and alienation, between individual freedom and group security "* (Lowenstein, 2014, p. 27).

6. Conclusións

Os resultados permitem validar as hipóteses da existencia de Percepción no proceso do Avellentamento Interxeracional, por parte das persoas mozas con idades compreendidas entre 16 e 19, residentes no concello de Setúbal e matriculados no 12º ano de escolaridade nos anos lectivo 2015/2016 e 2017/2018.

[17] A ambivalencia é o resultado da procura de identidade do individuo, reflicte o impacto do poder nas relaciónes, entre persoas, tarefas e institucións. As experiencias, que oscilam temporal ou permanentemente, producen sentimentos que xeran emocións simultaneamente positivas e negativas, que se transformam en conflito nas relacións (Lüscher & Hoff, 2013).

O Modelo Teórico da Solidariedade Interxeracional de Bengtson & Robert (1991) estuda a cohesión interxeracional entre os mozos adultos e a familia. Atópase asociado á caraterización das relacións de longa duración, pola interacción codutual e emocional, cohesión e apoio entre pais e fillos, avós e netos. Trátase dunha teoría que pretende explicar os patróns de solidariedade entre pais e fillos durante o período de vida familiar ata a fase adulta, analizando a arquitectura microsocial do vínculo interxeracional a través da natureza dos vínculos entre mozos posadolescentes e os seus pais.

Considerando que a solidariedade familiar interxeracional é o resultado dunha construción multifacética e multidimensional, reflectida a través de seis elementos distintos de interacción entre pais e fillos (cariño, asociación, consenso, reparto de recursos, normas e a estrutura da oportunidade da interacción entre pai-fillo), os resultados obtidos da Percepción da Solidariedade Interxeracional na presente investigación permiten validar as hipóteses formuladas nos dous estudos (Cuantitativo e Cualitativo).

Tendo en conta que o instrumento utilizado para avaliar a percepción foi construído en base a escalas de avaliación xeriátrica, cuxa utilización faise por profesionais de ciencias da saúde e sociais, os resultados obtidos permitem validar que a métrica utilizada nas escalas é de fácil percepción, i.é, as persoas mozas non terian dificuldades para aplicar as escalas como futuros profesionais.

O feito de que os resultados presenten índices de significación inferiores a 0,05 para a maior parte das variables, coa excepción da Parroquia de Residencia, son indicadores que permitem validar as hipóteses sobre o grao de percepción dos mozos en relación ao avellentamento interxeracional, o que se manifestou baixo no estudo cuantitativo, de maneira xeralizada en todo o territorio do concello de Setúbal.

Da análise das Dimensións que caraterizan o Modelo Teórico da Solidariedade Interxeracional, en asociación cos Factores obxecto de estudo, resulta unha forte relación entre os indicadores empíricos das Dimensións Asociativa, Afectiva, Funcional e Estrutural cos Factores do Benestar (43,0%) e as Actividades da Vida Diária (49,3%).

No que se refire á Percepción Media do Uso do Tempo dos Coidados Informais, existindo unha maior correlación co Factor "Opinión de Quen Coida" (0,346), admítese que a probabilidade da Percepción dos mozos sobre os Coidados Informais vese influenciada teoricamente pola opinión dos pais, e tamén polo coñecemento das caraterísticas das actividades realizadas polo Coidador Informal.

Aínda que a Percepción do Voluntariado é baixa (0,3%), admítese a probabilidade de presenza da Solidariedade Interxeracional na xeración dos Nativos Dixitais.

En termos globais, rexístranse nas dúas subrexións da Área Metropolitana de Lisboa correlacións entre os indicadores Demográficos do territorio e o Ratio do Coidador Informal.

A existencia de percepción dos Nativos Dixitais ao nível da Sobrecarga do Coidador Informal corrobora a ampla literatura sobre a elevada prevalencia do "Burnout" nos coidadores informais de persoas maiores dependentes (Shanas, 1979; Brody et al., 1994; Peinado et al., 1998; Bazo, 2003; Martin, 2005; Rodriguez-Rodriguez, 2006a, 2006b; Carvalho, 2009; Rogero-García, 2010; Tobío et al., 2010; Melo et al., 2014; Cordero-Torrón et al, 2014; Bauer & Sousa-Poza, 2015; Agree, 2018; Fernández-Carro, 2018).

De igual modo, a elevada percepción obtida ao nível dos factores asociados ás AVD (Grao de autonomía e Dependencia) acredita a existencia de impactos positivos e negativos, sinalados na literatura, dos Coidados Informais relacionados co aumento da dependencia das persoas maiores (Walker et al. 1995; Penland & McCool, 1996; Paúl, 2005; Duran & Garcia 2005; Rodriguez Rodriguez, 2006; Fernandes, 2008; Pickard, 2008; Garcia, 2010; Martin 2010; Gil, 2010; OCDE 2011; Murphy, 2011; SHARE, 2017; Whitehouse, 2017; Agree, 2018).

O Uso do Tempo é a categoría que presenta maior número de "insights" no estudo cualitativo, relacionados coas opcións da familia para coidar as persoas maiores.

Os rexistros das narrativas dos Nativos Dixitais sobre o Uso do Tempo dedicado aos coidados informais a persoas maiores dependentes, presenta unha concordancia positiva coa literatura sobre Uso do Tempo, Sobrecarga do Coidador Informal e coas Transferencias Interxeracionais (Durán 1997, 2012, 2013; Torres et al., 2004;

Carvalho, 2009; Perista, 2010, 2016; Rogero-Garcia, 2010; Tobio et al., 2010; Gil, 2010; Garcia, 2010; Rodríguez Galdo & Freire, 2011; Cordero-Torrón et al., 2014; Bauer& Sousa-Poza, 2015).

A pesar de non explorarse no presente estudo o tema do idadismo, algunhas das narrativas sinalan a necesidade de analizar as cuestións de discriminación negativa e malos tratos ás persoas maiores que residen en institucións.

A análise das frecuencias das seis subcategorias (correspondentes ás dimensións do modelo teórico) permite constatar que, a pesar das maiores percepcións de Solidariedade Interxeracional no sexo feminino, non existen grandes amplitudes. Contrariamente ao obtido no estudo cuantitativo, no que as percepcións eran maiores nas mulleres, os datos do Focus Group non presentan diferenzas substanciais ao nível das dimensiónss da Solidariedade Interxeracional.

As conclusións do presente estudo validaron a circunstancia de que a xeración dos Nativos Dixitais non se deixa influenciar polos impactos negativos do avellentamento na familia e que o Familismo[18] herdado do século pasado anda se mantén vivo.

A constatación da existencia dunha baixa percepción de Solidariedade Interxeracional, resultado do estudo cuantitativo, cando se compara coas narrativas positivas sobre o tema, validan as hipóteses do presente estudo confirmándose que a Solidariedade e Ambivalencia Interxeracional inflúen na percepción sobre os coidados informais.

A implementación dos métodos cuantitativo e cualitativo proporcionou "insights" dos Nativos Dixitais en relación ao coidador informal do século XXI. Confirmouse que a metodoloxía mixta empírica aplicada en diferentes momentos de investigación (Morgan, 1997; Yin, 2003; Fortin, 2006; Stewart et al., 2007; Krueger & Casey, 2009; Vilelas, 2017), contribúe a ampliar o coñecemento de fenómenos complexos e mal coñecidos, como o dos Coidados Informais.

[18] O termo "Familismo" está asociado à existencia dunha confianza permanente na familia, na estrutura de sexo e na solidariedade interxeracional, sendo considerado o principal suporte de apoio, cohesión e, en definitiva, do benestar (Rodriguez Galdo et al., 2014, p.110).

7. Discusión

Os resultados do estudo de caso realizado no concello de Setúbal, proporcionan información que apoian a aplicación da mesma metodoloxía á escala de todas as escolas secundarias da Península de Setúbal (PS). A través da realización dun estudo de natureza lonxitudinal nesta rexión, pódese obter un coñecemento máis amplo en relación a percepción das persoas mozas sobre o Avellentamento Interxeracional na PS.

Con este novo estudo, que tería como base o acentuado avellentamento demográfico da rexión de Setúbal (previamente identificado a través das proxeccións demográficas do INE para o período 2016-2050), e dada a dimensión do potencial universo obxecto de estudo (42 escolas secundarias e 25.000 alumnos matriculados no ensino secundario no corrente ano lectivo), xustificaríase a importancia de revisar os contidos dos manuais escolares de Ensino Secundario, nos que non aparece o tema da Xerontologia Social nin o da importancia do apoio ás familias coidaoras de persoas miores dependentes.

Coa inclusión destes novos temas, seguramente, se contribuiría a unha maior sensibilización do alumnado nas implicacións dos coidados informais.

O estudo de caso abre tamén pistas de reflexión para o Desenvolvemento Estratéxico da Península de Setúbal en materia de investimento en Servizos Sociais para a poboación maior e servizos de apoio aos Coidadores Informais, enmarcado nos Obxectivos Estratéxicos do Plan de Acción da Área Metropolitana de Lisboa de 2016 (AML, 2016).

A investigación reforza a importancia de desenvolver novos estudos sobre o tema do Emprego do Tempo utilizado nas famílias aos coidados das persoas máis vellas. Nunha lóxica de mellora da calidade de vida das familias, destácase, primeiro, a importancia das mulleres como principais protagonistas dos coidados informais e, segundo, os efectos derivados dos escenarios prospectivos do avellentamento demográfico, destacando o patrón dunha familia avellentada, na que predominan as unipersoais e as monoparentais.

A literatura dos Coidados de Longa Duración, ao identificar dúas tendencias políticas: a "re-familiarización", na que os coidadores

informais asumem a responsabilidade de coidar da familia e a "des-familiarización", onde o Estado retíralle á familia a responsabilidade de coidar (Bettio & Plantenga, 2004; Zigante, 2018), esperta o interese da avaliación do impacto na calidade de vida e benestar da familia dos modelos de financiamento dos coidados informais, relacionados cos conceptos da re-familiarización e da des-familiarización.

Tendo como base as conclusións do estudo, apoiado polo Relatorio Europeo sobre a Calidade de Vida (EQLS, 2016) que se refire ao deterioro do equilibrio entre a vida profesional e persoal, existindo serias preocupacións sobre os ingresos insuficientes na vellez en dous terzos dos países europeos, unha recomendación para novos estudos consistiría en centrar o enfoque do fenómeno da interxeracionalidade nos coidados informais, profundizando no coñecemento de áreas máis especificas asociadas ao benestar dos coidadores informais.

Dado o encadramento do estudo na Estratexia de Europa 2020, que aposta polo establecemento dunha sociedade para todas as idades, polo Avellentamento Activo e pola Solidariedade entre xeracións, o resultado da percepción máis baixa ao nível do factor "Percepción Solidariedade Interxeracional" xustifica a importancia de replicar o estudo a unha escala superior ao nível da Península de Setúbal.

Seguindo esta vía, en presenza de escenarios demográficos prospectivos que presentan unha Península de Setúbal con elevadas asimetrías rexionais, con tendencia cara un acentuado avellentamento e cara unha degradación da calidade de vida das persoas maiores e das familias, o investimento na continuidade da investigación a través de estudos lonxitudinais e multidisciplinares, contribuirían ao desenvolvemento de Políticas Públicas para a Rexión de Setúbal que se baseen na prevención de forma articulada entre as áreas Educación, Social e Saúde por medio da aposta do Avellentamento Interxeracional efectivamente Solidario.

"Generational bridges can be forms of intergenerational Solidarity when they involve co-operation, affection, resource-sharing (such as financial help and care), integration of family norms, and a better understanding of coexistence among generations. But families also experience conflicts and ambivalence related to, for example, divergent norms and caregiving obligations" (Bengtson et al., 2002, citado por Neves & Fernandes, 2016, p. 3).

"O que nos moveu no estudo empirico Família, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes, foi a tentativa de demonstrar que a Solidariedade e a Ambivalência estão presentes nas relações intergeracionais, e que as estatísticas podem contribuir para a melhoria da qualidade vida e do bem-estar da família" (Lourenço, 2018).

Introdução

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

O momento de negociar o contrato intergeracional

O tema do envelhecimento da população, enquanto desafio Demográfico na maior parte dos países europeus, presume-se que seja o assunto na agenda da Europa com maior transversalidade em termos das implicações nos sistemas económicos e sociais nos diversos países.

As recentes projeções do EUROSTAT de 2017 demonstram que nos próximos 50 anos o envelhecimento da população atingirá níveis sem precedentes em 31 países europeus, embora a magnitude, a velocidade e o momento variem de país para país.

> "*As projeções não deixam dúvidas: a Europa caminha para um suicídio Demográfico. Em nenhum país da União Europeia (UE) o número de nascimentos é suficiente para assegurar a renovação das gerações e na grande maioria dos Estados-membros há vários anos que já se fabricam mais caixões do que se montam berços. Com a população em declínio, o Velho Continente, cada vez mais envelhecido, perderá 50 milhões de habitantes em idade ativa até 2050*" (Robert Schuman Foundation, 2017).

O envelhecimento Demográfico produziu nas sociedades várias alterações, existindo a preocupação e a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas dependentes entre a família e os sistemas formais. Os objetivos da União Europeia inscritos no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo (EU, 2012) reforçam o papel essencial das pessoas idosas, o qual apesar de são ser contabilizado, nem valorizado economicamente, tem uma importância fulcral para o equilíbrio da sociedade, constituindo-se num capital que não pode ser ignorado nem desperdiçado.

Durante as últimas décadas a literatura tem vindo a alertar sobre os diversos impactos, existindo perspetivas opostas face aos desafios Demográficos. De um dos lados, temos a visão que o envelhecimento fará, até 2040, diminuir para metade o potencial de crescimento económico da Europa; do outro lado, a perspetiva que os avanços tecnológicos e a integração dos imigrantes ajudarão a Europa a reestruturar as prioridades da agenda política dos países envelhecidos (Hayward & Majmundar, 2018).

À medida que vão surgindo atualizações dos vários indicadores económicos e Demográficos, percebe-se que a questão essencial não se restringe somente à discussão do crescimento económico da Europa, mas também à especificidade cultural de cada país, razão pela qual existe o entendimento que cada Estado é soberano em relação à implementação das medidas aprovadas nos respetivos parlamentos.

Para alguns "*curiosos*" do tema do envelhecimento Demográfico, consideram que é a Comissão Europeia, o Parlamento Europeu, quem decide as políticas que irão permitir aos países inverter a tendência do aumento das pessoas com mais de 65 anos. Acontece, porém, que por mais Diretivas Comunitárias que sejam publicadas, cada país é diferente, o que significa que apesar das projeções demográficas apresentarem indicadores comuns, as políticas aplicadas em cada território Europeu, não podem ser tipo "*copy-paste*".

O caso concreto de Portugal, que se apresenta atualmente ao mundo como o quinto país mais envelhecido e o oitavo com menor índice de fecundidade à escala global, tem sido referido na Europa como um exemplo que deveria inspirar os outros países.

> "*Portugal faz mais do que a sua parte, o que constitui um exemplo um exemplo que deveria inspirar alguns. Os portugueses sempre mostraram saber dar vida e cor aos valores comuns e designadamente à solidariedade europeia*" (Jean-Claude Juncker, 2017).

Não deixa de ser verdade, muito menos desvalorizado, que o envelhecimento tem impacto na economia. Contudo, há uma dimensão de carater cultural que não é ponderada nos indicadores do desenvolvimento humano, que não deve ser sob valorizada em relação ao PIB, motivada por opções económicas.

Em 2003 quando Jorge Sampaio, Presidente da República, no discurso da celebração do 29º aniversário do 25 de Abril, referiu "*Há mais vida para além do orçamento. A economia é mais do que finanças públicas"*, reforçava a importância do investimento nas pessoas. Esta perspetiva, a de olhar para as pessoas como pessoas e não como números, marca a diferença de abordagem em relação à elaboração de um projeto de investigação, norteando-se a presente pesquisa pelas

recomendações do Relatório da Comissão de Medição do Desempenho Econômico e do Progresso Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009).

A referência do *Flash Eurobarometer Intergenerational Solidarity Analytical Report* (EU, 2009), ao mencionar que 44% dos inquiridos em Portugal referem que jovens e as pessoas idosas não concordam facilmente sobre o que é melhor para a sociedade, constatando-se ainda uma elevada perceção (74%) da falta de reconhecimento do Estado sobre o apoio aos Cuidadores Informais, motivou o interesse pelo estudo segundo a perspetiva da Solidariedade Intergeracional.

Paralelamente, na presença de um cenário que suscita dúvidas sobre a disponibilidade em 2060 dos sistemas formais e informais responderem aos desafios dos Cuidados de Longa Duração nas sociedades envelhecidas (OCDE, 2017), enquadrando-se Portugal nos países da OCDE com maior índice de envelhecimento, integrando-se simultaneamente no grupo dos Estados-membros da União Europeia que apresentam menor percentagem da despesa pública com os Cuidados de Longa Duração, e menor percentagem de cuidadores informais (EQLS, 2016), reforçou a opção do estudo no domínio dos Cuidados Informais.

Encontrando-se a pesquisa enquadrada no Programa de Doutoramento em Desenvolvimento Regional e Integração Económica, na linha de investigação da mudança demográfica e modernização socioeconómica a longo prazo, a constatação do Plano de Desenvolvimento Social de Setúbal (PDS, 2014-2018) não apresentar nos Eixos Estratégicos objetivos associados à promoção do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (EU, 2012) perante a ausência de Políticas Intergeracionais no território, encontrou-se a no concelho de Setúbal uma janela de oportunidade para o desenvolvimento de um estudo de caso.

A Declaração de Lisboa (UNECE, 2017) constitui a estratégia da EU para os próximos cinco anos com o objetivo de promover o envelhecimento ativo, reconhecendo-se que as mudanças demográficas em curso apresentam oportunidades e desafios para a formulação de políticas de igualdade de sexo e solidariedade intergeracional.

Foi neste contexto, em alinhamento com os objetivos do Plano Internacional de Ação de Madrid Sobre o Envelhecimento (MIPAA,

2017) que reforça entre várias prioridades, a promoção da Solidariedade Intergeracional, que o presente estudo definiu como objetivo analisar as perceções dos jovens sobre da Solidariedade e Ambivalência Intergeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998) segundo a perspetiva do cuidador informal, demonstrando-se que a solidariedade é um dos fatores que influencia a coesão entre gerações.

As conclusões do recente Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida (EQLS, 2016), não obstante apresentarem uma melhoria geral da qualidade de vida desde 2011, ao referirem que o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal se deteriorou, existindo sérias preocupações quanto a rendimentos insuficientes na velhice em dois terços dos países, limitaram o objeto de estudo no plano das transferências intergeracionais, admitindo-se que a vida familiar e as relações pessoais constituem o principal fator de satisfação.

Perante um pano de fundo de territórios envelhecidos, considerados sociedades amadurecidas (Díaz, 2002), na presença das pessoas idosas que se constituem verdadeiros doadores de tempo à família (Rodríguez Galdo et al, 2014), identificando-se na literatura do Uso do Tempo que a mulher é o pilar dos cuidados informais (Gil, 2010; Rodríguez Galdo & Freire, 2011; Dúran, 2013; Cordero-Torrón et al., 2014; Perista, 2016, European Social Survey, 2014), a diversidade dos impactos produzidos na família pelos cuidados informais (García, 2010), sustentaram um olhar distinto para a necessidades de serem desenhadas pontes geracionais (Neves & Fernandes, 2016) entre as gerações Baby Boomers[19] e Nativos Digitais[20].

As conclusões do presente estudo validaram a circunstância segundo a qual a geração dos Nativos Digitais não se deixa influenciar pelos impactos negativos do envelhecimento na família e que o Familismo[21] herdado do século passado ainda se mantém vivo.

A constatação da existência de uma baixa perceção de solidariedade intergeracional, resultado do estudo quantitativo, quando

[19] Geração que nasceu entre 1942-1964.

[20] Os jovens nascidos depois de 1996, também designados por geração Z, iGen e Centennials.

[21] O termo "Familismo" está associado à existência de uma confiança permanente na família, estrutura de sexo e à solidariedade intergeracional, sendo considerado o principal suporte do apoio, coesão e, em última análise, do bem-estar (Rodriguez Galdo et al., 2014, p.110).

comparada com as narrativas positivas sobre o tema da solidariedade intergeracional, validaram as hipóteses do presente estudo confirmando-se que a Solidariedade e Ambivalência Intergeracional influenciam a perceção sobre os cuidados informais.

A implementação do método quantitativo e qualitativo permitiu providenciar *insights* dos Nativos Digitais em relação ao cuidador informal do século XXI. Confirmou-se que a metodologia mista empírica aplicada em diferentes momentos de investigação (Morgan, 1997; Yin, 2003; Fortin, 2006; Stewart et al., 2007; Krueger & Casey, 2009; Vilelas, 2017), contribui para o aumento do conhecimento de fenómenos complexos e mal conhecidos, como o dos Cuidados Informais.

Estrutura da Tese de Doutoramento

A estrutura da Tese de Doutoramento encontra-se definida em função do processo de investigação, correspondendo a sete capítulos, atribuindo-se ao 1º, 2º, 3º e 4º a base concetual do estudo apoiada por quatro dimensões teóricas da revisão da literatura. No Capítulo 5 procede-se à caraterização socio demográfica do território objeto de estudo, destinando-se o Capítulo 6 ao Estudo Empírico e o Capítulo 7 às Conclusões e Recomendações do Estudo.

O **Capítulo 1 – Teorias do Crescimento e do Desenvolvimento Demográfico** desenrola-se em três abordagens complementares. Na primeira é abordada a perspetiva histórica da Demografia, sugerindo-se as várias visões das teorias do crescimento da população e do Desenvolvimento Económico (Barricarte, 2008). São referidos os principais autores da Visão Pessimista (Kingsley, Ansley Johnson Coale; Edgar Hoover), Visão Neutra (Richard Esterlin; Amartya Sem; Livi-Bacci) e a Visão Otimista (Escola Francesa: Paul-Leroy Beaulieu; Adolphe Landry; Alfred Sauvy; Pierre Channu; Gerard-François Dumont; Jean-Claud Chesnais. Escola de Chicago: Theodore Schultz, Gary Becker. Outros economistas: Simon Kuznets; Colin Grant, Peter Bauer; Julian Simon; George Reisman).

Na segunda abordagem do capítulo, a âncora é a Transição Demográfica (Thompson, 1929; Notestein, 1945; Landry, 1934; Blacker, 1947; Wilcox, 1953; Coale, 1973; Tauber, 1960; Van de Walle

e Knodel, 1967; Concepción & Murphy, 1973; Stockweel & Groat, 1984; Lesthaeghe & Van de Kaa, 1986; Donaldson, 1991; Jones, 1997; Lesthaeghe, 2005, Stolnitz, 2017). São abordadas as características das diferentes Transições, associando-se a primeira ao crescimento da população até à Era Contemporânea, a segunda à mudança de valores e desinstitucionalização das relações familiares. Na terceira Transição Demográfica é dado destaque às perspetivas dos fatores económicos e sociais, enquanto elementos determinantes para o equilíbrio Demográfico do século XXI. São apresentadas as perspetivas teóricas da Migração enquanto fator determinando para o reequilíbrio Demográfico, a manutenção dos padrões de vida (Coleman, 2006; Reher, 2011; Canales, 2016). O capítulo encerra com uma perspetiva subordinada à discussão da primeira década do XXI como a era perdida da Reposição Demográfica.

O **Capítulo 2 – Marcos Históricos Internacionais das Políticas do Envelhecimento**, pretende apresentar de forma resumida as principais Resoluções da Organização Mundial das Nações Unidas, elaboradas entre 1942 e 2017, consideradas principais referências bibliográficas no âmbito das Políticas Mundiais do Envelhecimento, que serviram de guião para o desenvolvimento das Políticas da União Europeia e respetivos Estados Membros (ONU, 1983; ONU, 1984; ONU, 1991; ONU, 1994; ONU, 2000; ONU, 2002).

O capítulo termina com a apresentação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o envelhecimento e as pessoas idosas, aprovado na Terceira Conferência Internacional do Financiamento e Desenvolvimento da ONU (2015), apresentando-se ainda os Compromissos da Declaração de Lisboa (UNECE, 2017), associados ao relatório de Portugal de Avaliação do Plano Internacional de Ação de Madrid o Envelhecimento (MIPAA, 2017), no qual entre várias prioridades é definida uma estratégia de Políticas para a Promoção da Solidariedade Intergeracional.

O **Capítulo 3 – Perspetivas Teóricas do Envelhecimento**, tem como objetivo a delimitação sociológica do estudo, encontrando-se na Sociologia do Envelhecimento o principal marcador do enquadramento

teórico da Tese Doutoramento. O capítulo desenvolve-se em torno das diversas gerações das Teorias Sociológicas do envelhecimento, definidas por Bengtson et al. (2009), dividindo-se em três níveis de abordagem, microssocial, macrossocial e micro/macrossocial.

Desenvolve-se a primeira geração das teorias sociológicas do envelhecimento (1946-1949), determinadas a partir do nível microssocial, apresentam-se as teorias da Desvinculação (Cumming & Henry, 1961), a Teoria da Atividade (Cavan et al., 1963), a Teoria da Subcultura (Rose, 1965) e a Teoria da Modernização (Cowgill & Holmes, 1972). Ao nível da abordagem macrossocial (1970 e 1985) são focalizadas as transformações nas condições sociais que influenciam o processo de envelhecimento, sendo o idoso entendido como uma categoria coletiva (Guiddens, 2013). São incluídas, a Teoria da Continuidade (Maddox, 1968 e Atchley, 1989), a Teoria da Estratificação por Idade (Riley et al., 1972), a Teoria do Colapso de Competência (Bengtson & Kuypers, 1989), a Teoria do Ciclo de Vida (Elder, 1974), a Teoria da Troca (Blau, 1964; Dowd, 1975 e Passuth & Bengtson, 1988).

A perspetiva da Terceira geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento (década de 90) focaliza a tentativa de abordagem micro e macrossocial, considerando-se que as pessoas idosas são atores contribuintes ativos para o seu próprio mundo. Incluem-se no capítulo a descrição da Teoria do Construcionismo Social (Bengtson et al., 1987; Kuyports & Bengtson, 1998), a Teoria Crítica da Gerontologia (Lynott, 2002; Baars et al., 2006 e Wilson, 2007), as Teorias Feministas (Calasanti, 2009) e a Teoria da Economia Política do Envelhecimento (Johnson, 1999; Quadagno et al., 1993; Kall et al., 2009; Estes C., 2001 e Guiddens & Sutton, 2013).

O capítulo é concluído com o desenvolvimento da Teoria do Ciclo de Vida (Life Course), segundo o modelo teórico de Silverstein & Giarrusso (2011) estabelecendo-se uma ponte com o Capítulo 4, no qual são desenvolvidas as teorias sociológicas do Envelhecimento numa perspetiva intergeracional.

O **Capítulo 4 – A Solidariedade Intergeracional na perspetiva do Cuidador Informal de Pessoas de pessoas idosas** – desenrola-se

em duas partes complementares. Na primeira, são apresentadas as perspetivas teóricas da Solidariedade Intergeracional (Bengtson & Roberts, 1991) e a Ambivalência Intergeracional (Lüscher & Pillemer, 1998). Na segunda parte é apresentado o enquadramento teórico dos Cuidados Informais.

Empregando como fio condutor a teoria do Ciclo de Vida (Elder, 1985) na primeira parte do capítulo, numa tentativa de fornecer o Quadro teórico do percurso social e da trajetória de vida do individuo, que incorporam os fundamentos da ação humana (Thomas & Znaniecki, 1920), desenrola-se tendo em vista a interpretação das perceções dos Portugueses registadas no *Flash Eurobarometer Intergenerational Solidarity Report* (EU, 2009).

Utilizando os princípios de Bass S. (2009) que caraterizam o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do Ciclo de Vida, influenciado pela estrutura social e pelas vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida, a visão integradora da Gerontologia serve de ancora para o estudo da Solidariedade Intergeracional. A primeira parte é concluída com a proposta da Taxonomia da Ambivalência Intergeracional de Kingston et al. (2014).

A segunda parte do capítulo herda da teoria da segunda Transição Demográfica, o impacto produzido na sociedade. Reconhece-se que o arquétipo da família matrimonializada, heterossexual, indissolúvel, hierarquizada, patriarcal e patrimonialista, sofreu alterações durante a segunda metade do século XX. A perspetiva de Knipscheer (1988) da ponte geracional, associada à abordagem de Attias-Donfut et al. (2005) da sobreposição de papéis e das relações familiares, conduz a segunda parte do capítulo para a importância das transferências intergeracionais de Rodríguez Galdo et al. (2014) no uso do tempo do cuidador informal do século XXI.

Enquadrado na perspetiva da maturidade das sociedades, adquirida no século XX pela via do aumento da longevidade (Pérez Díaz, 2002), é abordada a questão da mitificação dos dados estatísticos (Dopico & Losada, 2007). Com foco na qualidade do bem-estar das populações, definido pelas Recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho e Desenvolvimento Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), analisam-se as contradições dos indicadores estatísticos.

Com base nas tendências demográficas futuras dos custos dos cuidados de longa duração (OECD, 2011), identificam-se os fatores do aumento da pressão sobre os serviços de apoio às pessoas com dependência. Resulta da análise da queda do ratio do Cuidador Informal (Durán & Diez, 2005; Redfoot et al., 2013) e taxa de utilização das respostas sociais, interrogações sobre a capacidade futura dos sistemas formais e informais apoiarem as pessoas dependentes.

O Uso do Tempo sustenta o capítulo com o papel determinante das mulheres como principal ator dos cuidados informais (Cordero-Torrón et al., 2014; Durán & Díez, 2005; Durán, 1997b, 2013; Rodríguez Galdo et al, 2014; Tobío et al., 2010; Perista et al., 2016; Gil, 1999; Perista et al., 1997; Perista, 2002; Rogero-García, 2010). A multiplicidade das consequências do cuidado familiar a pessoas dependentes (Paúl, 2005; Martin, 2005; Fernandes, 2008; Gil, 2010; García, 2010), com repercussões ao nível da saúde, económica e das relações sociais (Brouwer et al, 1999; Fast, 1999; Rogero-García, 2009), são identificadas como os desafios dos Nativos Digitais, futuros cuidadores informais.

O capítulo é concluído com os resultados do European Social Survey (ESS, 2014), que apresentam mais de um terço da população europeia como cuidadores informais, registando-se um aumento dos cuidados intensivos (Verbakel et al., 2017). Conclui-se do Inquérito à Qualidade de Vida dos Europeus (EQLS, 2016), que os países com maior % do PIB de investimento em Cuidados de Longa Duração, não correspondem aos países com maior índice de envelhecimento, evidenciando-se uma disparidade das políticas de envelhecimento na União Europeia (Zigante, 2018).

O **Capítulo 5 – Desafios do Território e o Envelhecimento Intergeracional, caraterização sociodemográfica do Concelho de Setúbal**, tem como objetivo elaborar uma caraterização socio demográfica do território objeto de estudo, Município de Setubal, estabelecendo-se uma análise comparativa entre os diversos indicadores da Península de Setúbal e da Área Metropolitana de Lisboa, designada no estudo por AML.

O capítulo subdivide-se em duas partes, apresentando-se na primeira, indicadores Demográficos que sustentam os desafios do território face ao envelhecimento. Na segunda parte é estabelecida uma relação entre as projeções demográficas e o rácio do cuidador informal, numa perspetiva de resposta ao aumento dos cuidados de longo prazo.

A análise da evolução da estrutura populacional é efetuada com recurso aos Censos de 1981, 2001 e 2011, apresentando-se ainda estimativas da população residente em 2016 (INE, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018; PORTADA, 2017, 2018). A exposição das variáveis demográficas contribui para a validação da Teoria da Transição Demográfica (Van de Kaa, 2002), estabelecendo-se ainda uma comparação entre os indicadores da população do Município de Setúbal, com os territórios Península de Setúbal e Grande Lisboa, enquanto sub-regiões da AML.

Partindo do pressuposto da relação dos indicadores do emprego e mercado de trabalho, educação e condições de vida, enquanto fatores que contribuem para a análise do bem-estar das populações, numa tentativa de caraterizar o perfil do cuidador informal, são apresentados dados estatísticos da escolaridade, desemprego e índice de poder de compra per capita da população residente no território NUT III da Área Metropolitana de Lisboa. O capítulo é concluído com a apresentação das projeções de população residente 2012-2060 para a AML, e o número potencial de cuidadores na família para apoiar nos cuidados de longa duração. A relação da projeção da população 45-64 com a população envelhecida com mais de 85 anos, pretendeu sustentar as hipóteses do estudo obtendo-se por este método uma estimativa da disponibilidade dos cuidados informais em 2060.

O **Capítulo 6** destina-se à apresentação do **Estudo Empírico Família, Cuidados Informais, Solidariedade Intergeracional e Cuidados Informais a pessoas idosas dependentes no concelho de Setúbal (Portugal).**

O capítulo está estruturado em duas partes, a Concetual e a Metodológica. O ponto de partida para o desenvolvimento do enquadramento teórico apresenta como questões prévias as conclusões do Relatório Europeu da Avaliação da Perceção da Solidariedade

Intergeracional (EU, 2009), as Recomendações do Relatório da Comissão de Medição do Desempenho Econômico e do Progresso Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), a Avaliação dos Cuidados de Longa Duração (OECD, 2011), o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (EU, 2012) e a análise dos indicadores estatísticos da Estrutura Populacional, Variáveis Demográficas, Dinâmica da Família, Migrações, Perceção das Condições de Vida, Educação e Desemprego no concelho de Setúbal, enquadrado no território da Península de Setúbal e Área Metropolitana de Lisboa (INE, 2016, 2017, 2018 ; PORDATA, 2017, 2018 ; CARTA SOCIAL, 2016, 2017, 2018).

A formulação do Problema da Investigação é desenvolvida no capítulo partindo-se do pressuposto que os Cuidados de Longa Duração (CLD) constituem um problema social complexo (Rittel & Webber, 1973; Ritchey, 2013; Camillus, 2008; Ferlie et al., 2013; Teixeira et al, 2017; Peters et al., 2017). A construção do pensamento cientifico dos CLD desenvolve-se em torno dos desafios das sociedades envelhecidas ao nível da manutenção da sustentabilidade dos sistemas formais e informais de apoio às pessoas dependentes, tendo como principal foco as transferências intergeracionais (Rodríguez Galdo et al, 2014; Mason & Lee, 2018).

Em termos conceptuais o estudo atribui ao Uso do Tempo das famílias um elemento de abordagem dinâmica, de interação entre as relações intergeracionais e os cuidados informais (Perista, 1992, 1997, 1999, 2010, 2016; Torres et al., 2004; Gil, 2010; García, 2010; Durán, 1997, 2012, 2013; Rogero-García, 2010; Tobío et al, 2010; Dopico, 2010; Rodríguez Galdo et al., 2014; Rodríguez Galdo & Freire, 2011; Cordero-Torrón et. al, 2014; Bauer & Sousa-Poza, 2015).

A delimitação do objeto de estudo é representada no capítulo pela moldura do amadurecimento em massa das sociedades registado século XX (Díaz, 2002), na qual os mais velhos se constituem como verdadeiros doadores do tempo à família (Xunta de Galicia, 2009; Rodríguez Galdo et al., 2014). Considera-se que a feminização da velhice é um fator que está presente nos cuidados informais (Stockwell & Groat, 1984; Van de Kaa, 2003; Silverstein & Bengtson, 2009; Saraceno & Naldini, 2003; Lee, 2003; Lesthaeghe, 2005; Palloni et al.,

2009; Knodel, 2009; Glaser et al., 2010; Gierveld, 2009; Murphy, 2011; Sear & Coall, 2011; Reher, 2011; George & Ferrarro, 2013; Fine & Finchan, 2013; Cruz-Saco & Zelenev, 2010; Settersten & Angel, 2011; McDaniel & Zimmer, 2013; Waite & Plewes, 2013; Cordero-Torrón et al., 2014; Goldscheider et al., 2015; Bengtson & Settersten 2016; Shanahan et al., 2016).

A operacionalização do conceito do Envelhecimento Intergeracional no capítulo é estruturada com base na análise no Plano de Desenvolvimento Social de Setúbal (PDS, 2014), tendo em vista a inventariação das Políticas locais intergeracionais (Kaplan & Sánchez, 2014; Strohmeier, 2009; Ferreira, 2017). A perspetiva do cuidador informal é obtida através da análise dos resultados do *European Social Survey* (2009) sobre o preconceito e descriminações das pessoas mais velhas e os resultados do inquérito *European Quality of Life Survey Integrated Data File* (EQLS, 2016).

A abordagem teórica do Ciclo de Vida é considerada no estudo empírico o pilar principal da ponte intergeracional (Mannheim, 1997; Bengtson et al., 2000; Lowenstein, 2005; Neves & Fernandes, 2016), o qual sustenta o contexto social em que se desenrolam as diversas atividades de vida diária (AVD) dos cuidados informais (Bengtson & Allen, 1993; Hareven, 1996; Giele & Elder, 1998; Shanahan, 2000; Mortimer & Shanahan, 2002; Elder & Crosnoe, 2003; Dannefer & Kelley-Moore, 2009; Fricke, 2010; Agree, 2018; Mason & Lee, 2018).

O suporte teórico do envelhecimento intergeracional e da perspetiva dos jovens, futuros cuidadores informais, é obtido através do Modelo Teórico do Ciclo de Vida (O´Rand & Lucker, 2005; Dannefer & Philipson, 2010; Settersten & Angel, 2011; Silverstein & Giarrusso, 2011; George & Ferraro, 2016).

A segunda parte do capítulo tem como objetivo o desenvolvimento da metodologia utilizada no estudo empírico, pretendendo-se demonstrar ao nível microssocial da família (Bengtson & Oyama, 2007; Bass, 2009; Silverstein & Giarrusso, 2011; Lowenstein, Katz & Prilutzky, 2014), que os Cuidados Informais são influenciados pela Solidariedade e Ambivalência Intergeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998).

A fundamentação teórica do referencial metodológico (Yin, 1994; Morgan, 1996; Fortin, 2006; Stewart et al., 2007; Krueger & Casey, 2009; Hill & Hill, 2012; Silva et al., 2014; DeHaro, 2016; Vilelas, 2017) constituiu a base para a conceção dos instrumentos utilizados no processo de recolha de dados com recurso ao método quantitativo (Questionário) e qualitativo (Focus Group)[22]

Partindo da visão da integração dos Cuidados Informais no Modelo Teórico do Ciclo de Vida (Silverstein & Giarrusso, 2011) e da Gerontologia enquanto ciência integradora dos processos do envelhecimento (Bass, 2009), para efeitos de formulação das hipóteses do estudo foram selecionadas questões dos instrumentos de Avaliação Geriátrica (GERMI, 2016; Escala de Katz[23]; Escala de Lawton & Brody[24]; Escala Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal[25], (Martins et al., 2003) e Uso do Tempo (INE, 2015; IMSERSO, 2011), tendo sido as mesmas transpostas para os instrumento de recolha de dados.

O capítulo termina com o processamento e análise dos dados destinados à obtenção da perceção dos jovens sobre a Solidariedade Intergeracional, segundo a perspetiva do Cuidador Informal de pessoas idosas dependentes. Sustentando pela análise estatística e multivariada da perceção do Grau de Autonomia, Grau de Dependência dos avós, Uso do Tempo dedicado pela família às pessoas dependentes, Disponibilidade para Cuidar de pessoas idosas, pelas projeções do Rácio de Cuidador Informal até 20160 e pelas Narrativas dos Nativos Digitais, o capítulo é concluído com a obtenção de Insights destinados à demonstração das hipóteses do estudo.

No **Capítulo 7** são apresentadas as **Conclusões, Limitações e Recomendações do Estudo Empírico.** Exploradas as evidências empíricas, revistos os objetivos da pesquisa, demonstradas as hipóteses do estudo, resultou da análise dos dados do questionário e das narrativas do Focus Group, um conjunto de insights subordinados ao papel dos

[22] Ver Capítulo 6, Ponto 2 – Metodologia.
[23] Jama, 1963.
[24] Gerontologist, 1969.
[25] QASCI.

futuros cuidadores informais da geração Baby Boomers, atestando-se a existência de um processo de re-familiarização (Zigante, 2018).

O capítulo passa em revista as questões prévias da Transição Demográfica (Van de Kaa, 2002), concluindo-se que a eficiência reprodutiva poderá constituir uma janela de oportunidade no território objeto de estudo para a formação do capital humano e a mudança e económica e social (Barricarte, 2008; Reher, 2011).

Em paralelo à análise dos indicadores do desenvolvimento Demográfico do território (INE, 2017; PORDATA, 2017; CARTA SOCIAL, 2017), o capítulo reforça a importância das Políticas de promoção da Solidariedade Intergeracional inscritas no MIPAA (2017) e na Declaração de Lisboa (UNECE, 2017) confirmando-se que a ausência de programas intergeracionais (Ferreira, 2017) enquanto lacuna das Políticas é um desafio para os diversos atores fortalecerem o diálogo entre gerações.

Neste capítulo conclui-se a opção do estudo do Ciclo de Vida da coorte 16-19 anos, segundo o modelo teórico de análise dos processos de envelhecimento (Silverstein & Giarrusso, 2011; Waite & Plewes, 2013; Hayward & Majmundar, 2018), constitui uma metodologia que permite estudar o desenvolvimento de Programas Intergeracionais no domínio da melhoria da qualidade de vida das famílias (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009; Dopico, 2010).

A análise dos resultados da perceção dos jovens sobre as dinamicas dos cuidados informais obtida no estudo, permite estabelecer no presente capítulo o fio condutor com as perceções empiricas da Solidaridade Intergeracional (EU, 2009), Indicadores das Condições de Vida na União Europeia (EQLS, 2016) e a Visão da Saúde da OCDE (2017). Conclui-se que a sustentabilidade dos sistemas formais e informais dos Cuidados de Longa Duração (ESS, 2014; OCDE, 2017 ; Verbakel et al, 2017; Teixeira et al, 2017; Oldenkamp, 2018 ; Agree, 2018) fazem parte da agenda poltica da União Europeia, e que os compromissos da Declaração de Lisboa (UNECE, 2017) representam uma oportunidade e desafio para a formulação de Políticas de igualdade de sexo e solidariredade intergeracional.

O capítulo 7 termina com a exposição das evidências empíricas que permitiram concluir que a Solidariedade Intergeracional não está em

perigo e que o modelo Familista está presente nas relações intergeracionais. Confirma-se que através das perceções dos jovens, a Solidariedade e Ambivalência Intergeracional resultam de uma construção multifacetada e multidimensional, refletida através de elementos distintos de interação entre pais e filhos (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998; Lowenstein, 2014). Por fim, suscita-se como principal recomendação do estudo, explorar os fatores e as dinâmicas familiares que influenciam a qualidade de vida e bem-estar dos Cuidadores Informais.

> "*The differences between spousal, adult-child and other caregivers, emphasize the importance of taking the type of care relationship into account in caregiving research. For the study of positive caregiving experiences, future caregiving research should recognize and evaluate the possible differences between spousal, adult-child, and other caregivers, since the majority of studies does not differ between these types of care relationship*" (Oldenkamp, 2018, p. 181).

.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 1 - Teorias do Crescimento e do Desenvolvimento Demográfico



USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

O presente capítulo desenvolve-se em três abordagens complementares.

Na primeira, numa lógica de enquadramento teórico, segundo uma perspetiva histórica no domínio da Demografia, sumariamente são apresentadas as várias visões das teorias do crescimento da população e do Desenvolvimento Económico. São referidos os principais autores da Visão Pessimista, Visão Neutra e a Visão Otimista.

A segunda secção é ancorada sob o tema da Transição Demográfica. São abordadas as caraterísticas das diferentes fases, associando-se a primeira ao crescimento da população até à Era Moderna, a segunda fase à mudança de valores e desinstitucionalização das relações familiares.

Na terceira fase da Transição Demográfica é dado destaque às perspetivas dos fatores económicos e sociais, enquanto elementos determinantes para o equilíbrio Demográfico do século XXI. Nesta seção são ainda apresentadas as perspetivas teóricas da Migração enquanto fator determinando para o reequilíbrio Demográfico, a manutenção dos padrões de vida. A secção encerra com uma perspetiva do autor da Tese, subordinada à discussão da primeira década do XXI como a era perdida da Reposição Demográfica.

A terceira secção visa estabelecer uma ponte com o quarto capítulo, dedicado à solidariedade intergeracional.

Desenvolve-se em torno dos efeitos da Transição Demográfica na família, segundo a perspetiva do cuidador informal de pessoas idosas em situação de dependência, dando-se enfase ao envelhecimento populacional e em concreto à forte feminização da velhice, às mudanças na estrutura do agregado familiar, funcionalidades da família e às mudanças das relações intergeracionais.

1.1 A Questão prévia da Demografia enquanto disciplina científica, uma perspetiva histórica

O tema do envelhecimento da população, não é recente, faz parte das agendas políticas dos diversos países à escala mundial, assinalando-se o Plano de Ação Internacional de Viena[26], em 1982, como o primeiro marco histórico das políticas do envelhecimento (ONU, 1982).

Como principal referência das estratégias e planos internacionais, decorridas mais de três décadas, os objetivos gerais da Assembleia de Viena, designação dada o primeiro plano de ação sobre o envelhecimento, mantêm-se válidos.

Fomentar a compreensão para as consequência económicas, sociais e culturais que o envelhecimento tem no processo do desenvolvimento, promover as questões humanitárias, propor políticas que garantam a segurança social e económicas das pessoas idosas e estimular o desenvolvimento do ensino e capacitação das populações para responder aos desafios do envelhecimento, foram objetivos gerais definidos na Assembleia do Envelhecimento de Viena a 26 de Julho de 1982[27], que integram atualmente qualquer proposta política para o desenvolvimento dos países.

A abordagem empírica sobre o estudo do envelhecimento das populações registou grandes desenvolvimentos durante o século passado através de várias perspetivas, existindo como referência de qualquer estudo sobre o envelhecimento o contributo da demografia enquanto disciplina científica.

O interesse pela Demografia surge como uma resposta científica a um conjunto de questões relacionadas com a descrição da população humana (Nazareth, 2000, pp. 11-22). Derivada do sentido etimológico das palavras gregas *demos* (o povo ou a população) e *graphein* (escrever), encontram-se dados numéricos do interesse pela Demografia nas referências no Egipto antigo que remonta à primeira dinastia, cerca de 3000 anos antes da nossa era, relacionados com um recenseamento.

O estudo do tamanho, o crescimento e as características das populações tem uma larga história. Os antigos filósofos chineses

[26] Ver Capítulo 2 – Marcos Históricos Internacionais das Políticas do Envelhecimento.
[27] http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/vipaa.pdf

(Confúcio, 555-479 a.C.), gregos (Platão, 428-348 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.), árabes (Ibn Jaldún, 1332-1406) preocuparam-se na sua época com os vários problemas da população. Os seus pontos de vista estavam centrados em considerações do tipo político, militar, social e económico.

Os romanos, por exemplo, analisaram os problemas populacionais numa perspetiva de criar um grande império e as vantagens militares que poderiam obter com o crescimento contínuo da população. As grandes religiões como a hebraica, cristã ou a muçulmana também se apoiaram no crescimento da população (Barricarte, 2008, p. 61).

A primeira História da População Mundial, elaborada nos finais dos anos 50 por Marcel Reinhard, desenvolvida vinte anos depois por André Armengaud e Jacques Dupâquier, publicada em 1968, apresenta a evolução da população mundial desde a Pré-História até ao século XX, sendo identificado os finais do século XVIII como o início da teoria demográfica moderna (Nazareth, 2000, p. 13).

A designação do conceito Demografia nasceu com Achille Guillard, em 1855 (Nazareth, 2000, p. 52). É a primeira ciência que, situando-se no domínio do conhecimento do homem e das coletividades humanas, adopta os princípios da ciência moderna formulados por Galileu, Copernico, Kepler, Descartes, Espinoza e Leibbniz (Fernandes, 2008, p. 16).

Nos domínios das ciências genericamente designadas por sociais, a Demografia terá sido a primeira ciência a sobressair de maneira nítida a por em prática regras próprias de conhecimento cientifico moderno, sendo considerada como ciência precursora do grande movimento que, durante o século XIX, conduziu à invenção das ciências do homem e da sociedade (Bandeira, 1996, p. 24)

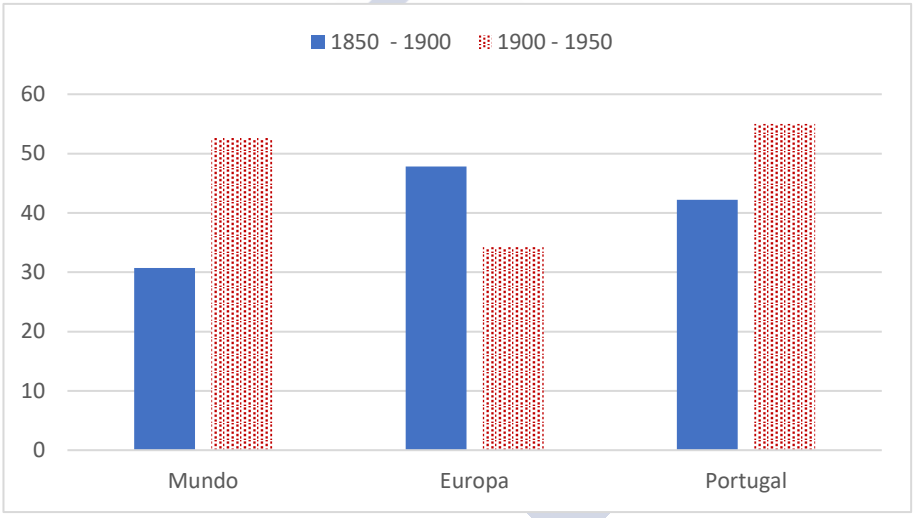
1.2 As diferentes visões do crescimento da população no Século XX

O século XX marca uma nova era de desenvolvimento científico e tecnológico, e uma nova fase política com a implantação de sistemas democráticos em muitos países do globo.

No início do século XX, a Europa vivia num clima de paz, que proporcionava um ambiente confiante e racionalista, contudo esta

conjuntura mudou radicalmente com o ressurgimento de crises económicas e depressões. O período compreendido entre 1850 e 1950 é um dos períodos do desenvolvimento da população mundial que regista maior crescimento (Gráfico 1, Gráfico 2) associando-se à revolução industrial o desenvolvimento acelerado das diversas áreas do conhecimento. «*Esta mudança colossal, apoiada em máquinas que recorriam à energia armazenada na terra (no carvão ou no petróleo) para produzir tudo, de tecidos baratos a comida enlatada – e até fabricar outras máquinas-, reconfigurou o relacionamento da humanidade com a natureza»,* (Marr, 2012, pp. 452-538).

Gráfico 1 – Variação da população Mundial, Europa e Portugal 1850-1950.

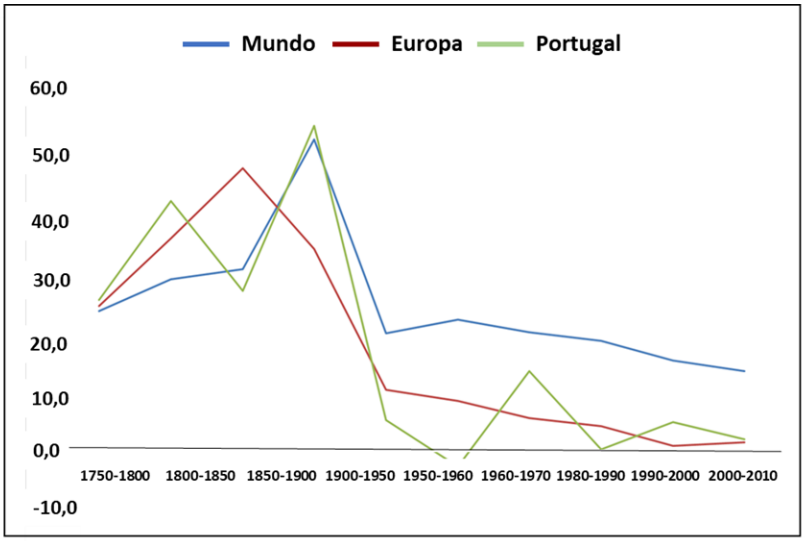


Fonte: Elaborado a partir de Livi Bacci (1971, p. 31); Livi Bacci (1998, p. 16); Population Reference Bureau (2010).

As novas descobertas da ciência vieram abalar velhas certezas e abriram caminho à ciência moderna. A difusão da imprensa iniciada no final do século XIX, contribuiu com a alfabetização para a melhoria das condições de vida e também para divulgação dos diversos avanços que se faziam sentir nos vários domínios do saber, com especial destaque na área da saúde, contribuindo para a redução da mortalidade.

Apesar do triunfo da democracia e da revolução intelectual e artística, herdadas do século XIX, os pilares da civilização ocidental, assentes no humanismo e nos princípios cristãos, foram profundamente abalados por regimes autoritários, pela hostilidade dos estados socialistas contra o poder da burguesia e pelo movimento de descristianização emergente entre as elites e a pequena e média burguesia.

Gráfico 2 – Análise Comparativa da Evolução em % da População entre 1750 e 2010.



Fonte: Elaborado propria a partir de Livi Bacci (1971, p. 31); Livi Bacci (1998, p. 16); Population Reference Bureau (2010).

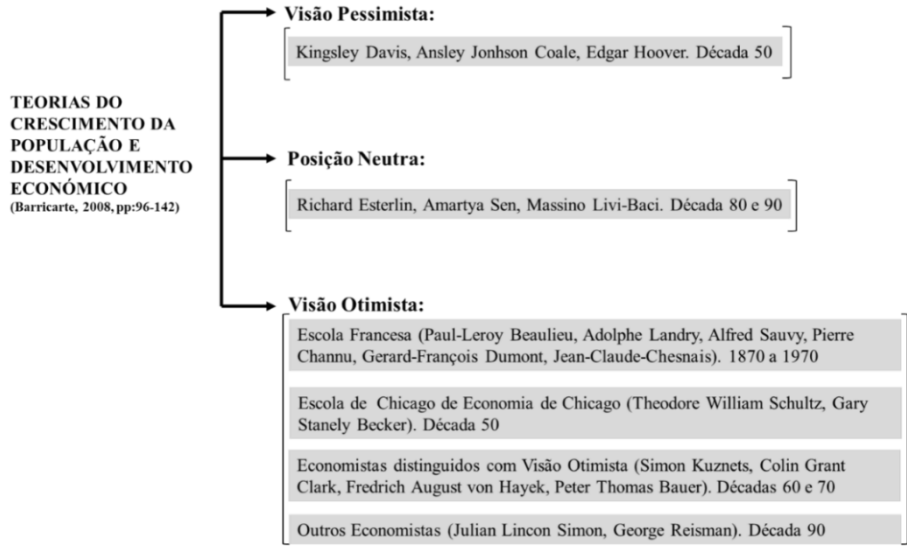
No período compreendido entre as duas guerras mundiais (1ª GM 1914 a 1918 e 2ª GM 1939 a 1945) desenvolveram-se formas autoritárias de poder, como por exemplo o nazismo germânico, entrando a Europa num clima de pessimismo generalizado.

A mentalidade positivista do início do século deu lugar a um clima de incerteza e de instabilidade, provocado pelo estalar da Primeira Guerra Mundial, que trouxe a rutura dos valores tradicionais e transformou o racionalismo em pessimismo.

O desenvolvimento acelerado das cidades quebrou o equilíbrio mantido entre os meios urbanos e os meios rurais e alterou inclusivamente as formas de sociabilidade dentro das cidades. A vida urbana, com a introdução da sociedade de massas, passou a privilegiar o individualismo, perdendo-se práticas de solidariedade ancestrais.

É neste contexto que se desenvolvem um vasto número de trabalhos científicos, nos quais se incluem várias visões do pensamento Demográfico. De acordo com Barricarte (2008, pp. 96-142) no debate atual do crescimento da população sobre o desenvolvimento económico os vários autores podem agrupar-se em três grupos de pensamento: A Visão Pessimista, a Posição neutral e a Visão otimista (Ilustração 1).

Ilustração 1 – Teorias do Crescimento da População e Desenvolvimento Económico (1850 – 2002).



Fonte: Elaborado a partir de Barricarte (2008, pp. 96-142).

Autores com Visão Pessimista do crescimento Demográfico

Kingslay Davis (1908-1997)
Sociólogo
Universidade da Califórnia em Berkeley

Foi um dos principais partidários da aplicação do incentivo de políticas de controlo Demográfico, ao estilo de Malthus. Aumentar a idade mínima de acesso ao casamento, aplicar multas para gravidezes ilegítimas, aliviar os impostos das pessoas solteiras, foram algumas das medidas propostas.
Davis acreditava que o rápido crescimento da população adiava o desenvolvimento económico nos países em desenvolvimento porque, para se obter um aumento de rendimentos *per capita*, é necessário agregar capital à produção com maior rapidez que trabalho, considerando que a alta taxa de crescimento Demográfico sobretudo nos países em desenvolvimento impede o desenvolvimento económico (Davis, 1945).

Ansley J. Coale (1917-2002)
Demógrafo
Universidade de Princeton, New Jersey

Edgar Malone Hoover (1907-1992)
Economista
Universidade de Harvard, Pittsburgh

Consideram que o rápido crescimento Demográfico gera na sociedade uma estrutura de idades muito jovem, diminuindo a formação do capital por trabalhador. O elevado crescimento Demográfico contribui para a diminuição dos salários, aumenta as taxas de desemprego e o preço de determinados bens e serviços, piorando a situação das classes economicamente mais desfavorecidas (Coale A. , 1973)
De acordo com Coale e Hoover para qualquer nível de desenvolvimento económico, quanto maior seja o crescimento Demográfico, menores são os recursos disponíveis para cada pessoa.
Coale e Hoover trataram o capital da mesma forma que Malthus tratou a terra, como se fosse uma quantidade fixa que diminuiria inevitavelmente em função do aumento da população. A principal crítica à teoria foi a falta de validação empírica (Coale & Hoover, 1958).

Para além da perspetiva negativa de Davis, Coale e Hoover que argumentavam que o rápido crescimento da população travava o crescimento económico e aumentava o consumo da população juvenil dependente e que diminuía a poupança per capita, os relatórios publicados em 1984 pelo Banco Mundial[28] e a Conferencia de Bellagio em 1998, reforçam a perspetiva negativa dos referidos autores.

De acordo com o Relatório do Banco Mundial nos países em desenvolvimento com população muito dispersa, com baixa densidade demográfica, o aumento da população encurta o tempo requerido para alcançar o tamanho mínimo necessário para gerar economias de escala nos transportes, sistemas de comunicação, serviços sociais e sistemas produtivos. Para além desta conclusão, o Banco Mundial recomendava que se travasse o crescimento Demográfico para evitar diminuir a qualidade de vida de muitas pessoas.

A conferência de Bellagio, em 1998 sobre a mudança demográfica e o desenvolvimento económico, engloba também uma visão pessimista sobre o crescimento Demográfico. Os participantes concluíram que o rápido crescimento Demográfico dos países em desenvolvimento tem um impacto negativo no desenvolvimento económico, e que a redução das taxas de crescimento da população teria um efeito potencial negativo no progresso económico. Foi ainda advertido que o efeito negativo da queda de fecundidade nos países em desenvolvimento é importante, embora não sendo determinantes, o seu êxito dependerá em grande parte das políticas económicas que acompanhem a transição demográfica (Barricarte, 2008, pp. 100-102).

[28] https://www.student.uni-augsburg.de/fachschaften/politik/service/downloads/internationale_Politik/world_development_reports/1984.pdf

Autores com Posição Neutra (Visão Pessimista?) do crescimento Demográfico

Richard Easterlin (1926) Economista Universidade do sul da Califórnia	Easterlin defende que independentemente do ponto de vista teórico ou empírico, não se encontra associação clara entre o crescimento Demográfico e o económico, existem situações que geram o crescimento e outras a retração. Nas diferentes análises que realizou, registou diferentes resultados sobre a associação entre as variáveis do crescimento económico e Demográfico. Para Easterlin as conclusões mais importantes sobre a análise do crescimento acelerado da população não impediram o aumento do rendimento per capita, existindo alguns exageros promovidos por alguns investigadores, promovidos pelos meios de comunicação.
Amartya Kumar Sen (1933) Economista Universidade de Cambridge, Reino Unido	Sen defende que a solução do crescimento Demográfico nos países em desenvolvimento está na liberdade dos indivíduos e não na implementação de medidas coercivas. A solução passa por mais liberdade e não por menos. Para reduzir as taxas de fecundidade nos países do Terceiro Mundo devem ser dadas mais oportunidades educativas aos jovens, sobretudo às mulheres. Para reduzir as taxas de mortalidade, principalmente a infantil e a juvenil deve ser dada prioridade à segurança económica. Sen tem dedicado parte das suas publicações para denunciar tanto as razões como os métodos coercivos que defendem aqueles que têm a visão apocalíptica de Malthus sobre o crescimento Demográfico.
Massimo Livi-Bacci (1936) Demógrafo Universidade de Florença, Itália	Bacci é considerado atualmente um dos mais prestigiados demógrafos do mundo. Os estudos que efetuou indicam que as relações entre o crescimento Demográfico e o desenvolvimento económico são muito débeis. Embora se mantenha numa posição neutra, reconhece que os países que tiveram maior desenvolvimento económico também aumentaram significativamente a população. Segundo Bacci os fatores que contribuíram desde os princípios do século XIX até à atualidade para acelerar o desenvolvimento económico, estão associados a fatores Demográficos (*diminuição da mortalidade, diminuição da natalidade, mudança da estrutura etária das sociedades*) fatores de escala (*o aumento da população facilita a divisão do trabalho, e gera economias de escala*) e as reservas de conhecimento e o progresso técnico (*o progresso produz-se quando os indivíduos com inteligência criam novos conhecimentos*).

Segundo Barricarte (2008, pp. 103-109) os autores com Posição Neutra consideram que o crescimento da população não tem efeito significativo sobre o crescimento económico.

O Comité da População da Academia Nacional da Ciências[29] dos Estados Unidos, criado em 1983 com o objetivo de aplicar os conhecimentos e os métodos da demografia aos temas de maior interesse público (fecundidade, saúde, mortalidade e fluxos migratórios), através das suas recomendações, tem vindo a demonstrar uma posição neutra entre a relação do crescimento da população e os efeitos sobre o crescimento económico.

No relatório de 1986 (Preston & Donaldson, 2016), é reconhecido que o crescimento e o tamanho da população podem ter efeitos positivos e negativos, e que os problemas do crescimento da população não estão só associados ao crescimento económico. Existem outras causas, grande parte dos problemas do crescimento Demográfico estão associados a políticas ineficazes e ao condicionamento da qualidade dos mercados e às características do meio ambiente.

Autores com Visão Otimista do crescimento Demográfico

Da literatura sobre os autores com Visão Otimista do crescimento Demográfico, identifica-se a Escola Francesa (fundada em 1896 com a Aliança Nacional para o Aumento da população Francesa) e a Escola da Economia de Chicago (Fundada na década de 1950).

Autores da Escola Francesa

Paul-Leroy-Bealieu (1843-1916) Economista	Rejeitou os pressupostos de Malthus considerando que os mesmos só se aplicavam às civilizações primitivas e Barbaras. Leroy-Beaulieu justificava a queda da fecundidade com o desejo dos indivíduos e das famílias querem ascender socialmente, o que é possível quando se tem poucos filhos. Considerava que a estagnação demográfica afetava adversamente a produtividade e iniciativa.

[29] http://www.nationalacademies.org/

Adolphe Landry (1874-1956) Economista

É considerado um dos economistas mais influentes dos demógrafos contemporâneos. Para Landry a queda das taxas de fecundidade acompanha a queda da mortalidade e ocorre mais tarde nas sociedades avançadas, fenómeno que designou por «revolução demográfica». Considerava que nestas sociedades quando se travava a fecundidade era difícil assegurar o nível mínimo de reposição geracional. Landry argumentava que o problema não era a sobrepopulação, mas sim o despovoamento das regiões, a qual tinha consequências nefastas para as sociedades. (Landry A. , 1934)

Alfred Sauvy (1898-1990) Demógrafo

Foi o criador do prestigiado Instituto Nacional de Estudos Demógrafos de Paris. Sauvy Crítica os autores que defendem a estagnação da população e que apresentam a economia como a solução dos problemas do Planeta. Considerava que não havia o problema do excesso da população mundial, mas sim desequilíbrios de entre regiões. Sauvy defendia que o problema ambiental não estava associado ao excesso de população, mas sim aos desperdícios gerados pelas sociedades. Critico dos modelos matemáticas americanos, os quais consideravam que não tinham em conta o fator humano e a capacidades das pessoas resolverem as dificuldades. Sauvy defendia que não se devia confundir sobrepopulação com subdesenvolvimento. Na primeira conferencia mundial da população em Roma (1954), Sauvy advertiu que eram mais as vantagens do crescimento Demográfico do que as desvantagens e que o desenvolvimento económico exigia mais mudanças estruturais que permitia uma maior divisão do trabalho e redução dos desequilíbrios Demográficos.

Sauvy foi um dos primeiros demógrafos que alertou para o envelhecimento Demográfico, como resultado da queda de fecundidade, argumentava que todos os países enfrentam o dilema de «crescer e envelhecer». Um país com a população envelhecida não é capaz de encontra inovações que permita superar as dificuldades.

«*No mínimo, os países devem assegurar o futuro das novas gerações se não quiserem sucumbir aos estragos da única doença que não tem remédio, que é a velhice. O antidoto é não deixar debilitar a natalidade*» (Sauvy, 1948, 1957, 1991).

Pierre Channu (1923-2009) Historiador	Advertiu em 1982 através do livro «História e População um Futuro sem Futuro» para as consequências nefastas do colapso Demográfico que atravessavam as sociedades ocidentais e uma boa parte da população mundial. Todas as suas propostas se baseavam num principio «Salvar a vida». Para Channu a conservação da espécie humana e a restauração social exigem que se proteja a família, para poder pagar as pensões e assegurar uma qualidade de vida digna das pessoas idosas é necessário assegurar em primeiro lugar o início da vida, argumentava. Para Channu uma Política familiar é uma simples Política de justiça, que implica a existência de solidariedade. Considerava que era necessário incentivar economicamente a natalidade nas famílias em função do número de filhos e reconhecer os direitos das mulheres enquanto mães trabalhadoras. Channu argumentava que existiam medidas Políticas, que eram caras, mas que faltava coragem Política para as implementar. (Channu, 1979, 1982, 1986).
Gérard-François Dumont (1948) Demógrafo	Dumont foi seguidor da teoria de Alfred Sauvy, argumenta que a demografia é utilizada como o «bode expiatório» do mundo. Considera que as publicações Malthusianas não têm base cientifica e que se servem dos meios de comunicação social para contaminar a opinião pública. Segundo Dumont os problemas da pobreza e da fome estão associados ao excesso Demográfico, resultam de más decisões Políticas, das guerras e das práticas de corrupção dos governantes dos países em desenvolvimento. Dumont defende que o problema não é o da explosão demográfica (crescimento acelerado da população) mas sim, a «implosão demográfica» associada à queda da natalidade. Dumont designa a redução persistente da fecundidade no período de 1970, como o «*inverno Demográfico*», fenómeno que provoca consequências ao nível da redução do número de pessoas ativas por reformado e da capacidade dos países manterem as reformas no futuro. Para Dumont, a solução passa pela promoção de Políticas protetoras das famílias por intermédio da solidariedade entre gerações. (Dumont, 1995a,1995b, 2004a, 2004d)

Jean-Claude Chesnais (1948) Demógrafo

Chesnais é também um seguidor de Alfred Sauvy, nas diversas obras publicadas desmonta as bases teóricas apocalípticas dos teóricos Malthusianos, argumentando que o crescimento Demográfico pode provocar tanto efeito positivo como negativo no desenvolvimento económico dos países. «*Uma fecundidade elevada obriga grande parte da população adulta a dedicar tempo, recursos e esforços para criar os filhos, reduzindo-se a atividade produtiva, principalmente das mulheres*».

Por sua vez, Chesnais admite também que o crescimento Demográfico pode ter efeitos muito positivos e ser um valioso estímulo para aumentar o nível de vida, na medida em que aumenta a mão de obra disponível para explorar os recursos naturais e aumenta os mercados. Chesnais considera que o crescimento Demográfico e económico estão unidos e obedecem ao mesmo motor externo, (exemplo a mudança institucional e o progresso tecnológico). O maior ou menor efeito positivo do crescimento Demográfico depende das políticas de desenvolvimento postas em prática pelos governos e da difusão do progresso tecnológico nas diferentes esferas da vida coletiva.

Há semelhança de Dumont, argumenta que a regressão económica nos países em desenvolvimento não foi uma consequência do crescimento económico, mas sim, das guerras, uma gestão Política desastrosa e a delapidação dos fundos públicos e das ajudas internacionais (ex. Coreia, Camboja, India, Nigéria, Paquistão, Médio Oriente, etc.).

Para Chesnais, são as doutrinas catastróficas Malthusianas que exercem alguma atração pelo pessimismo em relação ao crescimento Demográfico. (Chesnais J., 1986, 1988, 1996, 1999)

Autores da Escola de Economia de Chicago

A Escola de Chicago foi concebida na década de 1950 para se referir aos professores que lecionavam no Departamento de Economia da Universidade de Chicago. As suas ideias estão associadas à teoria neoclássica da formação de preços e ao liberalismo económico, refutando e rejeitando o Keynesianismo em favor do monetarismo. Em termos metodológicos enfatiza a "economia positiva", isto é, estudos empíricos baseados no uso de estatísticas, dando menor ênfase à teoria económica e maior importância à análise estatística de dados.

Destacam-se da Escola de Chicago os seguintes economistas:

Theodore William Schultz (1902-1998) Economista	Gary Becker obteve o Prémio Nobel da Economia em 1992 dedicado ao estudo da análise microeconómica do comportamento na interação entre humanos.
Gary Stanely Becker (1930) Economista	Schultz e Becker demonstraram que o investimento em capital humano geralmente é mais importante para o crescimento económico do que para a acumulação de bens de capital. Defendem que o investimento nos trabalhadores (em capital humano) é o fator mais importante do desenvolvimento dos países com maiores rendimentos.
	Segundo a perspetiva de Schultz e Becker o investimento na educação e na saúde são na realidade investimentos na capacidade produtiva dos trabalhadores. De acordo com estes economistas o investimento em capital humano deveria ser uma prioridade nos países pobres, incluído nas etapas iniciais da industrialização.
	Becker propôs um modelo que relaciona o conceito do capital humano com a família e o crescimento económico, considerando-o uma fonte muito importante do desenvolvimento económico que depende dos avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos. O capital humano da família é a base de uma sociedade e do êxito económico.
	Becker argumentava que se as Nações Unidas querem ajudar a reduzir o crescimento da população e da miséria no mundo, tem que dar conselhos sensatos às famílias pobres, através do mercado livre a promoção de Políticas educativas. «Os anticoncetivos mais eficazes são o desenvolvimento económico e a educação, sobretudo a educação das mulheres, investindo-se em programas de planeamento familiar», (Becker, 1960, 1964, 1974, 1976, 1981, 2004).

Julian Licon Simon (1932-1998) Economista

Os principais estudos de Simon foram na área dos efeitos económicos das mudanças demográficas, assim como o impacto no meio ambiente. Os seus trabalhos tiveram muita influência em grandes personalidades do século XX, ex. Ronald Reagan e o Papa João Paulo II.

Graças a Simon os Estados Unidos deixaram de financiar os programas coercitivos de controlo Demográfico em todo o mundo.

As suas ideias baseavam-se nos seguintes princípios: «*O crescimento da população e as reservas de capital, os efeitos do crescimento da população sobre a tecnologia, a produtividade e a educação, o crescimento da população e o nível de vida nos países mais desenvolvidos e subdesenvolvidos e o respeito pela liberdade individual».*

Simon considerava que uma taxa de fecundidade mais elevada poderia reduzir a taxa de poupança dos pais, porque estes poupavam menos para gastar mais com os filhos.

O crescimento da população estimula o trabalho extra que se transforma em reservas de capital. Para Simon o efeito do crescimento da população tinha implicações na tecnologia, educação e produtividade. Um país com mais população é sinónimo da existência de um maior mercado que facilita o desenvolvimento de novas industrias, reduzindo-se os custos de produção e aumentando a oferta de serviços.

A longo prazo, o efeito económico mais importante do tamanho e do crescimento da população é a contribuição adicional de pessoas face à reserva de conhecimento útil disponível. O próprio crescimento da população estimula o desenvolvimento de novos processos.

Para Simon o principal combustível para acelerar o progresso é a reserva de conhecimentos em que os «travões» são a falta de imaginação e as regulamentações sociais desajustadas.

(Simon, 1977, 1981,1995, 1996,1998)

George Reisman (1935) Economista	Reisman é um defensor do mercado livre e do sistema capitalista, que considera que numa sociedade onde há divisão de trabalho, uma população mais numerosa aumenta o nível de vida. Para Reisman numa sociedade onde há divisão de trabalho, os problemas dos rendimentos decrescentes são superados facilmente com o progresso tecnológico que implica presença de uma população mais numerosa. Reisman considera ainda que quanto maior forem os mercados (população) mais elevados são os lucros, na medida em que a divisão do trabalho é maior e existe mais pessoas especializadas. Considerou ainda que as tarifas alfandegárias e outras barreiras comerciais limitam os pequenos países, apresentando como exemplo o rápido crescimento da UE após a eliminação das barreiras alfandegárias entre Estados membros. Para Reisman o livre comércio internacional e os lucros derivam da divisão do trabalho que requerem a existência de um mercado interno para consumir os produtos/serviços, (Reisman, 1998, 2006)

Outros autores economistas

Ainda dentro da Visão Otimista das Teorias do Crescimento da População e Desenvolvimento Económico, Barricarte (2008, pp. 135-142), identifica os seguintes economistas:

Ester Boserup (1910-1999) Economista	De acordo com Boserup muitas sociedades ficaram numa etapa primitiva do desenvolvimento tecnológico e intelectual, porque a sua população era demasiado pequena e dispersa para se investir em infraestruturas necessárias que permitissem a aplicação de níveis tecnológicos mais avançados e porque provavelmente conseguiam sustentar-se com sistemas agrícolas primitivos. Boserup considerava que não teria sido possível o crescimento Demográfico de algumas regiões sem os sucessivos desenvolvimentos tecnológicos. Por sua vez, os fatores Demográficos também tiveram um papel importante na transmissão dos avanços tecnológicos. O progresso agrícola é um dos exemplos do resultado das inovações induzidas pela pressão demográfica. O Crescimento Demográfico obriga os agricultores a renunciarem aos métodos tradicionais (extensivos e de baixo rendimento) para adotarem métodos e técnicas mais intensivas e produtivas, (Boserup, 1965, 1982, 1987, 1990).

Simon Kuznets (1901-1985) Economista

Kuznets estudou as tendências demográficas sobre o crescimento económico moderno nos últimos 200 anos, associada ao aumento do rendimento per capita e do aumento da força laboral. Concluiu que com os dados estatísticos disponíveis não existe um único caso, em que o aumento sustentável da população seja acompanhado por uma queda da produção per capita.

O crescimento da população, apesar da pressão sobre os recursos naturais existentes e o capital, permite aumentos importantes da produção, especialmente nos países tecnologicamente mais avançados.

Kuznets concluiu que a queda das taxas de mortalidade contribuiu para melhorar a produtividade e o bem-estar da sociedade. Quando a população cresce aumenta a força laboral. Um aumento Demográfico nas regiões pouco povoadas do país facilitará a exportação de recursos naturais que estavam inacessíveis, contribuindo para o aumento da produtividade média.

Existem forças que emergem durante o processo de crescimento Demográfico que tendencialmente contribuem a formação de capital e desenvolvimento económico, por exemplo, quando uma família tem um novo filho investe parte dos recursos que podiam ser aplicados em bens e no lazer. Por sua vez, o aumento Demográfico rejuvenesce a estrutura etária da população o que permite às coortes mais produtivas ganharem peso.

Kuznets considera que ter filhos é um sinal de esperança no futuro, donde se espera que não tenham de ser os filhos a sustentarem os pais, muito menos serem os pais a sustentarem os filhos quando estes já são adultos, (Kuznets, 1960, 1973).

Friedrich August von Hayeck (1899-1992) Economista

Friedrich Hayeck foi Prémio Nobel da Economia em 1984, deu continuidade à tradição liberal iniciada por Adam Smith. Recusou a teoria catastrófica dos rendimentos decrescentes, de Malthus e dos seguidores pessimistas. Para Hayeck a humanidade deve a sua própria sobrevivência ao capitalismo, considerando que as Teorias Socialistas constituem uma ameaça ao bem-estar presente e futuro da espécie humana. Considera que os que se assumem como proletariado não existiriam se não lhes tivessem proporcionado meios de subsistência.

Hayeck considera indignantes as políticas de controlo Demográfico baseadas na ideia de que os países em desenvolvimento devem se transformar numa espécie de «parques naturais protegidos».

Segundo Hayeck, quando as populações aprendem a beneficiar das novas oportunidades do aumento da densidade demográfica, forma-se a base para o crescimento Demográfico posterior, (Hayeck, 2005).

Colin G. Clark (1905-1989) Economista

Clark contrariou a teoria de Malthus, pela falta de evidências empíricas. Defendeu que o crescimento Demográfico estimula o desenvolvimento económico, dando o exemplo através dos investimentos em várias áreas (ex. agricultura, rede viária, etc.).

Segundo Clark o crescimento Demográfico foi a única força capaz de romper com costumes e forçar as comunidades a adotar novos métodos mais produtivos e criativos. Apresenta como exemplos o desenvolvimento económico nos séculos XVI e XVIII dos Países Baixos e Grã-Bretanha, no século XVIII e XIX o Japão e a India no século XX.

Clark demonstrou as relações entre o aumento da população e os investimentos de capital, argumentando que os estudos existentes tinham erros grosseiros de análise. Tradicionalmente, pensava-se que para manter o nível de produtividade de uma população que aumentava, a quantidade de capital deveria crescer na mesma proporção que a população. Clark em conjunto com Everett Hagen demonstraram o contrário, na realidade com o aumento da população reduzem as necessidades de capital por pessoa. Apresentaram como exemplo o investimento nas grandes infraestruturas (ex. sistemas de comunicação, autoestradas, aeroportos) cujo custo por habitante é menor quando a população é maior.

Para Clark o problema dos países subdesenvolvidos não é só a falta de capital, mas a falta de espirito de iniciativa para fazer novos investimentos e a existência de governos nefastos que contribuíram para o atraso das populações (Haiti, Indonésia, Zaire, etc. (Clark, 1968, 1971, 1973, 1980, 2000)

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Peter Thomas Bauer (1915-2002) Economista

Bauer foi considerado um expoente do liberalismo económico, centrou os seus estudos no desenvolvimento económico através da liberdade, propriedade individual, instituições e comércio livre principalmente nos países subdesenvolvidos. Argumentava que o problema dos efeitos negativos do crescimento Demográfico estava associado à corrupção dos governos. O sucesso económico dos países depende da conduta dos governantes.

Para Bauer o medo do crescimento Demográfico era fundamentado por falsos pressupostos: a medição do bem-estar pelo índice de rendimentos per capita, o progresso económico depende essencialmente da terra e do capital per capita e as pessoas do Terceiro Mundo desconhecem como controlar a fecundidade ou estão despreocupadas com o tamanho das suas famílias, procriam sem ter em conta as consequências.

Estes pressupostos foram «desmontados» com argumentos muito sólidos: O bem-estar de uma população não pode ser somente medido através do rendimento per capita, dado que não é possível medir a satisfação de ter filhos e de viver mais anos.

Bauer demonstrou que nos países em desenvolvimento os filhos que nascem são desejados e que a maior parte das famílias sabe controlar a fecundidade.

Considerou que o crescimento Demográfico produz externalidades muito positivas, facilita a divisão do trabalho incrementa mais rendimentos nas famílias, (Bauer, 1981, 1990, 1998)

"The demographic transition will be considered as a largely autonomous process that ended up having profound social, economic, and even psychological or ideational implications for society Demography will be seen an independent variable. It is clear, of course, that history is never unilateral, and it is undeniable that this period of enormous change had many constituent causes."
Reher (2011, p. 12)

1.3 A Questão da Transição Demográfica

O pensamento Demográfico da segunda metade do século XX, associado à explicação da mudança dos comportamentos Demográficos e da evolução das populações, passou a ter desde os anos 50 como referência central a Teoria da Transição Demográfica (TTD), embora a sua origem seja anterior à II Guerra Mundial (Barricarte, 2008, p. 29).

É um facto que a questão das causas e dos efeitos da Transição Demográfica, tem estado em cima da mesa dos sociólogos e dos demógrafos há mais de um século e já fez correr muita tinta, procurando-se justificar as diversas dinâmicas da mortalidade, fecundidade e migrações.

Formulada nos anos 40, esta teoria foi objeto de uma extensa lista de estudos e de apreciações Críticas a partir dos anos 60, constituindo-se como o principal tema de debate entre demógrafos, sobretudo entre os de língua inglesa.

Uma das principais linhas de clivagem entre os teóricos e críticos da teoria, tem a ver com questão do paradigma europeu da transição. Muitos autores contestaram que a TTD fosse aplicável fora das populações europeias. Coale e Hoover (1958) foram provavelmente os primeiros a mostrar esta inadequação. Por outro lado, os estudos de demografia histórica e alguns estudos comparativos de fecundidade nos países europeus, como por exemplo o de Festy (1979), mostraram uma grande diversidade de situações demográficas, que não se ajustam aos parâmetros da TTD (Bandeira, 1996, pp. 32-33).

As grandes transformações demográficas não se produziram de forma gradual, foram alterando entre períodos de crescimento, estagnação e regressão, com mecanismos cuja interpretação teve várias perspetivas. São o resultado da oposição entre "forças de pressão" (associadas ao contexto ambiental) e a forças de eleição (determinadas por fatores sociais, individuais, familiares ou coletivos), regendo-se por regras que não são graduais nem fixas no tempo, facto que contribuiu para dificuldade de análise das mudanças demográficas (Livi-Bacci, 1998, pp. 9-10).

A transição demográfica é um modelo de leitura das grandes transformações demográficas que ocorreram ou que estão a ocorrer na época contemporânea. Começou por ser um modelo interpretativo das transformações demográficas da Europa, mas rapidamente adquiriu uma vocação planetária (Nazareth, 2000, p. 62).

Thompson (1929) aborda a questão demográfica numa perspetiva de equilíbrio entre o crescimento Demográfico e subsistência, apresentando em relação à teoria de Malthus, o reconhecimento da existência de diferentes estados de população e a utilização das tendências da mortalidade e da natalidade como critérios diferenciadores desses estados. Embora Thompson tenha desenvolvido a primeira «*abordagem revolucionária demográfica*», de acordo com Caldewell (2006, pp. 8-15) é Notestein em 1945 através da publicação do artigo « *Population: a Long View*» que referencia os dois estados da população, designando-os por « *estádios de desenvolvimento da população*», os quais apesar de serem simplistas segundo alguns demógrafos críticos está clara a ideia; «*a revolução demográfica de Warren Thompsom é transformada por Notestein em Transição Demográfica*».

Segundo Notestein (1945) o conceito de transição demográfica significa a passagem de um estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade tinham elevados níveis, para um outro estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade apresentam baixos níveis, na sequência ou paralelamente a um processo e modernização.

Apesar do termo «Transição Demográfica» ser atribuído a Notestein, de acordo com Barricarte (2008, p. 29) o primeiro esforço sistemático para descrever os distintos regimes Demográficos que representam etapas históricas vinculadas a mudanças sociais, é atríbuido aos trabalhos do francês Adolphe Landry (1934) realizados na primeira década do século XX.

De acordo com Barricarte (idem), são citados os trabalhos pioneiros da Teoria da Transição Demográfica os seguintes autores: Thompson (1929), Davis (1945), Blacker (1947), Wilcox (1953), Coale (1973), Tauber (1960), Van de Walle & Knodel (1967), Concepción & Murphy (1973), Donaldson (1991), Jones (1997) e Kalache (1997), Stolnitz (2017),

Não obstante existirem variantes de autor para autor e algumas Críticas a determinados aspetos da teoria (sobretudo quando é formulada numa linguagem muito dogmática e detalhada) a Transição Demográfica é considerada como um dos modelos interpretativos da Demografia.

A Transição Demográfica está associada às tentativas teóricas explicativas do crescimento da população[30], apoiada na análise da evolução das taxas de natalidade[31], mortalidade[32], fecundidade[33] e crescimento natural, também designado por crescimento vegetativo[34], estabelecendo-se relações com vários fatores (ex. económicos, culturais, políticos, etc), sendo representada por cinco fases (Gráfico 3, Quadro 1, Quadro 2, Quadro 3).

O modelo de transição demográfica é um esquema/Gráfico que permite descrever, de uma forma muito simplificada, o crescimento da população e relacionar o mesmo com os níveis de desenvolvimento. É um esquema teórico da representação da realidade complexa do crescimento da população, elaborado para facilitar a sua compreensão e o seu estudo.

Resulta da análise dos vários estudos empíricos que os regimes Demográficos pré-transicionais e pós-transicionais não foram uniformes. Em termos gerais, o nível da mortalidade pré-transicional foi mais baixo na Europa do que na África e Ásia, existindo dentro da europa grandes variações das taxas de mortalidade, especialmente a taxa mortalidade infantil (Barricarte, 2008, p. 31).

---

[30] Também designado por crescimento Demográfico, é a mudança positiva do número de indivíduos de uma população.

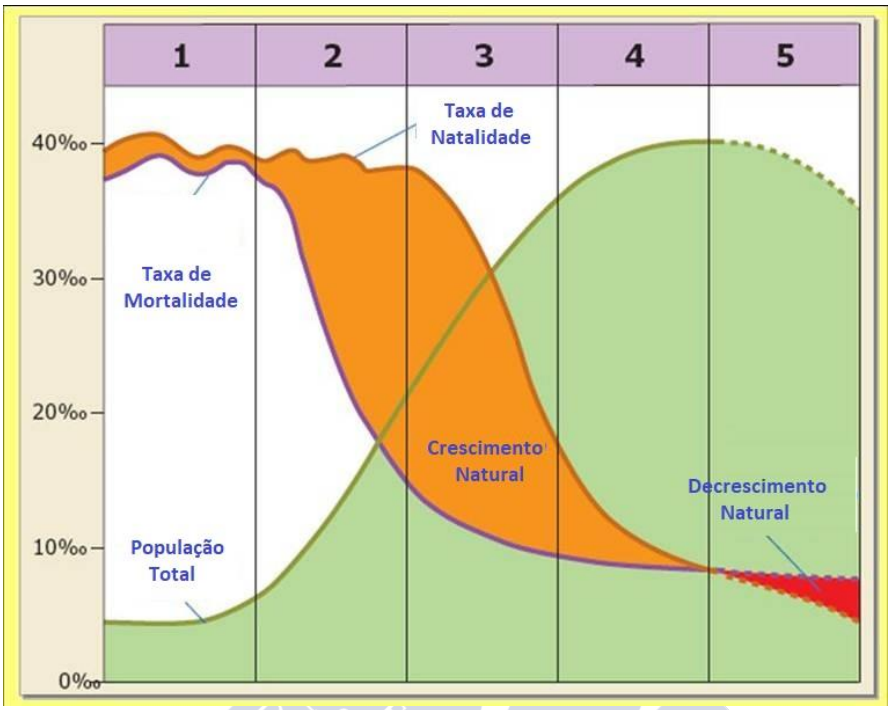
[31] O índice de natalidade corresponde ao número de [nados-vivos] que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área.

[32] Índice Demográfico que reflete o número de mortes registradas, em média por mil habitantes, em uma determinada região em um período de tempo. A taxa é expressa comumente em unidades de morte por 1000 pessoas ao ano.

[33] O índice de fecundidade corresponde a uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, mantidas constantes os índices.

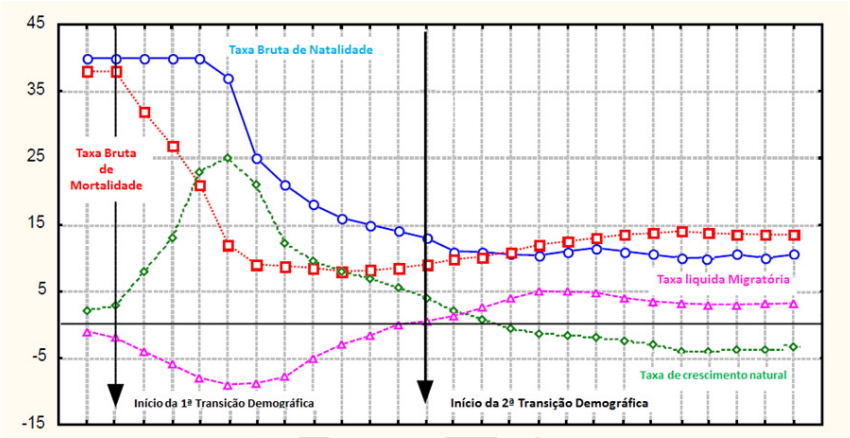
[34]Ttambém designado por crescimento natural, corresponde à diferença entre os nascimentos e mortes, ou seja, entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade, geralmente ele é expresso em permilagem. O Crescimento natural pode ser: Positivo: Quando o número de nascimentos é maior que o de mortes; Negativo: Quando o número de nascimentos é menor que o de mortes e Nulo: Quando o número de nascimentos é igual ao de mortes.

Gráfico 3– Fases da Transição Demográfica.



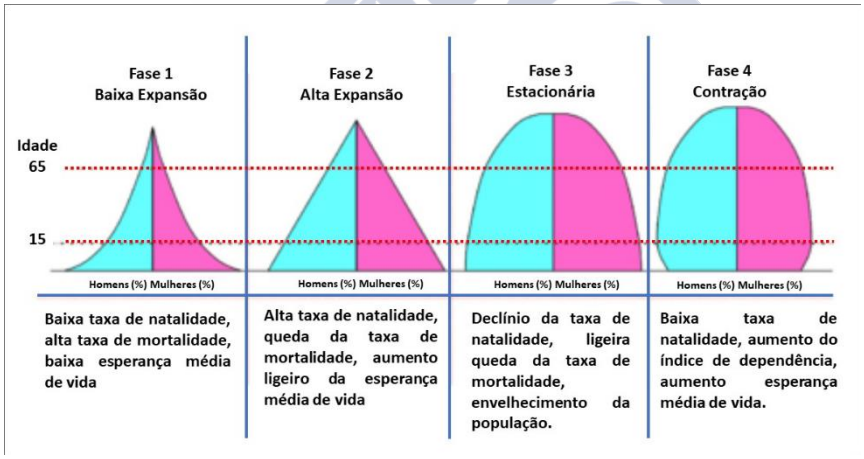
Fonte: Elaborado a partir de Bandeira (1996).

Gráfico 4 – Comparação entre a primeira e segunda transição demográfica.



Fonte: Elaborado a partir de Bandeira (1996).

Gráfico 5 – Representação das Fases da Transição Demográfica (taxa de natalidade e mortalidade)



Fonte: Barricarte (2008, p. 45).

O processo da transição demográfica pode ser entendido como uma mudança da natureza do equilíbrio Demográfico (Gráfico 4, Gráfico 5), entendendo-se que a população está em equilíbrio Demográfico quando os níveis de mortalidade e de natalidade são iguais, taxas de crescimento próximas do zero.

De acordo com o Barricarte (2008, pp. 29-52) existem dois tipos equilíbrio Demográfico sendo em qualquer uma das situações o crescimento muito perto do zero:

- **Equilíbrio Demográfico primitivo** - as taxas de natalidade e mortalidade são estáveis em níveis altos;

- **Equilíbrio Demográfico moderno** – as taxas de natalidade e mortalidade permanecem em níveis estáveis baixos.

O enquadramento teórico da Transição Demográfica, segundo o mesmo autor, abrange três etapas:

- ***Primeira Transição Demográfica*** (Crescimento da população até à Era Moderna);

- ***Segunda Transição Demográfica*** (Mudança de valores e desinstitucionalização das relações familiares);

- ***Terceira Transição Demográfica*** (Emigração e mudanças étnicas nos países com baixa fecundidade).

Quadro 1 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período.

Fase	Período	Caraterização das fases da Transição Demográfica
1ª Fase - Estabilidade **Época Pré-moderna** (Antigo Regime Demográfico)	Século XVIII	Fase marcada por altas taxas de natalidade e de mortalidade, sobretudo ao nível da mortalidade infantil, causando um crescimento vegetativo bastante retraído. Pouco desenvolvimento da medicina no período, péssimas condições sanitárias constantes guerras e epidemias, entre outros fenómenos. Ausência de planeamento familiar, sendo comum os casais terem muitos filhos. Culturalmente neste período os filhos integram a mão-de-obra para os trabalhos familiares.
2ª Fase - Expansão **Época Moderna**	Século XVIII até final do século XIX	Nesta fase, a taxa de mortalidade começa a cair, enquanto que a taxa de natalidade continua elevada, provocando um crescimento acelerado da população. O crescimento vegetativo é muito alto. Ocorreu do século XVIII ao final do século XIX nos chamados países "industrializados velhos" (Reino Unido e França) e do século XVIII ao século início do século XX nos "industrializados novos" (Estados Unidos, Alemanha, Japão). Esta fase está muito relacionada com a Revolução Industrial, que trouxe novas condições de vida para o mundo moderno. Surgiam tratamentos para doenças, produziam-se alimentos em larga escala, melhoravam-se as condições sanitárias e médico-hospitalares. Estes fatores cooperaram para a diminuição da taxa de mortalidade da população. É também o período marcado pelo início da urbanização e da superação da condição rural.

Fonte: Elaborado a partir de Livi-Bacci (1998), Bandeira (1996), Nazareth (2000), Barricarte (2008).

Quadro 2 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período.

Fase	Período	Caraterização das fases da Transição Demográfica
3ª Fase - **Recessão demográfica Industrial**	Final do século XIX até meados dos anos 1940	Neste período, ocorre a diminuição da taxa de natalidade, enquanto que a taxa de mortalidade permanece baixa. O crescimento vegetativo ainda ocorre, mas é em menor velocidade comparativamente com a fase anterior. Na Europa, ocorre do final do século XIX (ou início do século XX) até meados da década de 1940. Este período é marcado pela consolidação do modo de vida urbano, em detrimento do modo de vida rural. Os filhos, que antes significavam um fortalecimento da mão-de-obra nos trabalhos familiares, passam a ser motivos para gastos. A mulher insere-se no mercado de trabalho, tornando-se mãe cada vez mais tarde. Surgem também a maioria dos métodos contracetivos, que permitirão uma melhoria do planeamento familiar. Surge um conjunto de doenças não comunicáveis (ex. hipertensão, coronárias e algumas doenças degenerativas). Melhoria dos cuidados médicos. Morrem menos crianças. Melhoria das condições sanitárias. Aumento da esperança média de vida de 60 anos, e emergem doenças como os AVC, os cancros, os ataques cardíacos, e as infeções entram em recessão.

Fonte: Elaborado a partir de Livi-Bacci (1998), Bandeira (1996), Nazareth (2000), Barricarte (2008).

Quadro 3 - Caraterização das fases da Transição Demográfica por época e período.

Fase	Período	Caraterização das fases da Transição Demográfica
4ª Fase – **Estabilidade** **Pós-industrial**	Meados dos anos 1940 até os dias atuais	A quarta fase é resultado de um prolongamento dos processos da fase anterior. A taxa de natalidade estabiliza em valores baixos. No que se refere à taxa de mortalidade, mantém-se baixa, sendo o crescimento vegetativo também baixo. É também conhecida como fase do envelhecimento pelo fato da média de idade da população nestes países ser relativamente alta. Há um aumento da esperança média de vida, relacionada com a baixa mortalidade. Produzem-se alterações na estrutura da família com redução do número de filhos por casal. Comparativa a população infantil, decresce em relação à população idosa. A maioria dos países desenvolvidos, como Japão, Noruega e Suécia, encontra-se nesta fase, podendo-se considerar que a transição demográfica se encontra concluída. Aumento da esperança de vida ultrapassa os setenta anos, caracteriza-se pelas doenças degenerativas onde há uma esperança média de vida de oitenta anos.
5ª Fase - Recessão demográfica **Regime Demográfico do crescimento zero**		É uma fase que há a diminuição da população e sua não renovação. É caraterizada por uma taxa de natalidade muito baixa, baixa taxa de mortalidade gerando um crescimento vegetativo muito baixo, existindo uma redução da população em termos absolutos. É também designada pela taxa de crescimento zero. Trata-se uma fase que ocorre especialmente na Europa, sendo o exemplo, Alemanha, Itália, Eslovénia, Lituânia e Áustria.

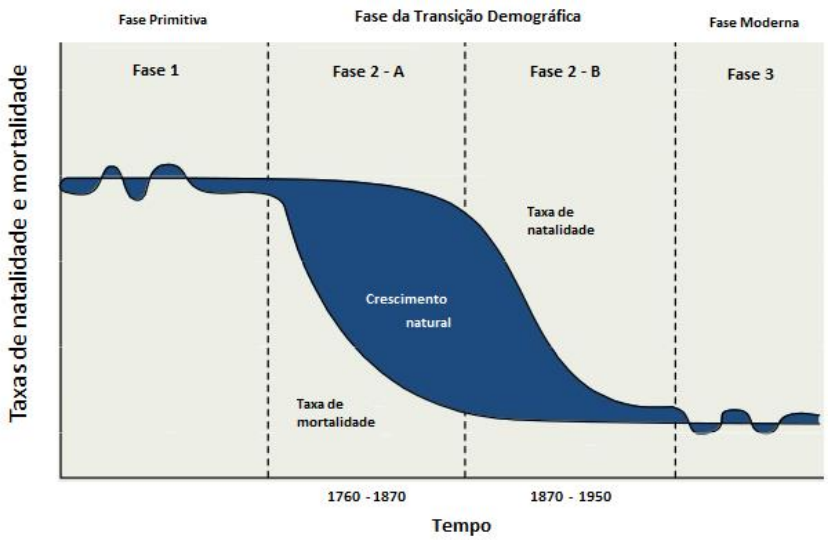
Fonte: Elaborado a partir de Livi-Bacci (1998), Bandeira (1996), Nazareth (2000), Barricarte (2008).

1.3.1 A Primeira Transição Demográfica - Crescimento da população até à Era Moderna

Stockweel e Groat (1984) identificam a passagem de um equilíbrio Demográfico primitivo para outro moderno, correspondendo ao início da **1ª Fase da Transição Demográfica,** designada por "*Fase primitiva ou pré-industrial*", caracterizado por taxas de natalidade e mortalidade que permanecem estáveis em níveis elevados em que o crescimento da população é insignificante quase nulo. As flutuações do baixo crescimento Demográfico devem-se às oscilações das taxas de mortalidade, que diminuem em tempos favoráveis e aumentam em tempos de desastres (más colheitas, guerras, epidemias…). Esta fase caracteriza toda a humanidade desde os finais do século XVII e princípio do século XVIII.

Para Stockweel e Groat (1984) a Transição Demográfica (TD) pode ser definida como um processo de transformação de uma população de um estado caracterizado por um equilíbrio Demográfico primitivo e outro moderno, constituído por várias fases (Gráfico 6, Quadro 4).

Gráfico 6 – Etapas da Transição Demográfica



Fonte: Elaborado a partir de Barricarte (2008, p. 31).

A 1ª fase da Transição Demográfica ocorre com o início da Revolução Industrial, à qual se encontra associado o processo de urbanização e modernização da sociedade, que ocorreu num primeiro momento, por um crescimento populacional acelerado nos países europeus e posteriormente nos Estados Unidos, Japão, Austrália e outros (Bandeira, 1996, p. 30). Trata-se de um ciclo em que o crescimento da população é provocado pela queda da mortalidade, associada a conquistas sanitárias e médicas, afetas ao desenvolvimento científico e tecnológico, que produziram impactos diretos na saúde pública e que propiciaram uma melhoria progressiva no padrão de vida da população.

O regime antigo Demográfico associa grande parte dos recursos (alimentos, matérias primas, energia) à disponibilidade da terra, em que a duplicação da população representava uma transformação profunda na sociedade, atuando como força de pressão sobre a transformação demográfica dos países. Não havendo acumulação nem melhoria da qualidade de vida, a duplicação demográfica significava o dobro da procura de alimentos, matérias-primas e energia, e consequentemente um elevado esforço produtivo sem que existissem mudanças tecnológicas e produtividade significativas.

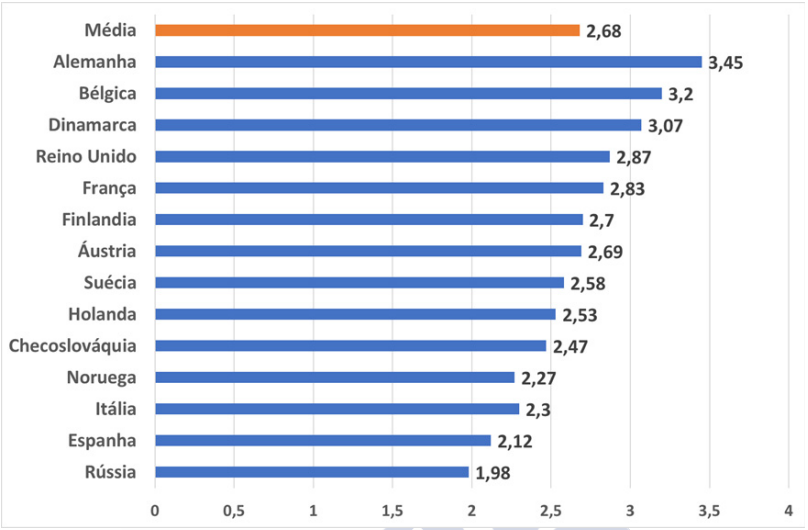
> *"É com a introdução da máquina a vapor (1777) que as populações passam a usufruir de novas fontes de energia, assinalando-se com a Revolução Industrial a descontinuidade entre e idade moderna e a idade contemporânea. Em 1700, a esperança de vida em Inglaterra era de cerca 37 anos, basta apenas uma melhoria muito ligeira na taxa de reprodução e sobrevivência para se produzir uma melhoria muito ligeira na taxa de reprodução e sobrevivência para se produzir um crescimento muito rápido da população. Em 1850, no auge da Revolução Industrial britânica, a população triplicara. Sem as mudanças nos campos e nas aldeias, tal não poderia ter acontecido"* (Marr, 2012, pp. 455-456).

Segundo Livi-Bacci (1998, pp. 18-24) o antigo regime Demográfico esteve presente até ao início da Revolução Industrial, sustentado por uma economia que se baseava essencialmente na agricultura, dependendo desta o longo progresso da sociedade. Grande parte da população estava ligada à terra, sujeitando-se a sua sobrevivência e progresso ao desenvolvimento da agricultura e dos seus excedentes.

A 1º Fase da TD caracteriza-se com elevadas taxas de natalidade compensadas por altas taxas de mortalidade. Muitas crianças morreram antes de atingir a idade adulta, e as doenças e fomes foram generalizadas. A esperança de vida foi menor do que hoje, mas, em média, mais crianças nasceram para cada mãe. Esta etapa ocorre antes do processo de industrialização/urbanização. O crescimento vegetativo é equilibrado. Nessa época não existiam métodos contracetivos e as condições de saúde eram precárias.

Da análise do fenómeno da transição demográfica, de acordo com Livi-Bacci (1998, pp. 131-171) a grande migração foi o fator mais importante do século XIX da Europa. Entre 1800 e 1914 a Europa abandona o antigo regime Demográfico e passa de 188 para 458 milhões de habitantes, em que a sobrevivência natural até à velhice deixa de ser um privilégio de alguns, para se converter no destino da maioria, convertendo-se num fenómeno de massas. Trata-se de um período de descrição difícil na medida em que as transformações ocorrem a ritmos descontínuos, com fortes variações geográficas, sociais e temporais muito distintas, coexistindo vários sistemas que se enquadravam no «antigo regime Demográfico» com o da Transição Demográfica. O conjunto de mudanças tecnológicas e produtivas que recebeu o nome de Revolução Industrial deu origem a uma mudança rápida da forma de viver.

Gráfico 7 - Variação do poder de compra per capita (1820-1013).



Fonte: Elaborado a partir de Barricarte (2008, p. 132).

Um dos fatores que contribuiu para a melhoria da qualidade vida das populações, está relacionado com o aumento do rendimento per capita, que mede o fluxo real de bens e serviços por pessoa. Segundo o relatório da OECD (1995) entre 1820 e 1913 a evolução do produto interno bruto per capita, medido em dólares constantes, de 14 países da Europa duplicou em menos de um século, tendo triplicado na Alemanha (Gráfico 7).

Segundo Livi-Bacci (2008, p. 133) o índice de rendimento sobretudo nas primeiras fases do desenvolvimento moderno é extremamente representativo das condições de vida elementares das populações, encontrando-se relacionado com os níveis de sobrevivência.

Outro fator importante que contribuiu para a transformação demográfica do século XIX reside na passagem de uma sociedade tipicamente rural, que dependia da agricultura, para uma forma de organização social em que a agricultura é secundária. A industrialização contribuiu para o aumento da produtividade, gerando novas formas de organização do trabalho, contribuindo ainda para o próprio desenvolvimento da agricultura.

Paralelamente, o surgimento de novas atividades ligadas ao comércio, contribuíram para o aumento dos fluxos destinados à urbanização e emigração, existindo ainda maior disponibilidade de alimentos em quantidade e variedade que conjuntamente com o aumento do rendimento per capita contribuíram para a melhoria das condições de vida das populações, fenómenos que influenciaram a redução da sociedade rural.

Existe ainda uma relação entre a Transição Demográfica e a estrutura da família.

> "*É preciso recordar que durante muitos séculos a família como grupo doméstico (e não como linhagem ou parentela) constituiu não apenas o modo normal de fazer frente à reprodução e garantir a continuidade das gerações, mas também uma verdadeira empresa: produtiva, financeira e Política conforme as classes, mas ainda assim uma empresa*" (Saraceno & Naldini, 2003, p. 32).

Vários estudos apresentam a estrutura e a amplitude da família dependente em grande medida dos recursos materiais, legais e culturais. Goode (1982) afirmou que a industrialização teria tido um papel essencial, quase de linha divisória: favorecendo precisamente o nascimento da família-conjugal nuclear, neolocal[35], no Ocidente capitalista e industrial europeu, em primeiro lugar; favorecendo depois a exportação deste modelo de estrutura (mas também cultura) familiar para outras culturas.

[35] Estes termos são muitas vezes usados de modo intercambiável, para indicar que a família que é composta de um único núcleo conjugal (marido, mulher, mais os seus eventuais filhos), que vive por conta própria e não juntamente com outros núcleos conjugais. Por isso é chamada também neolocal para assinalar que a constituição de um núcleo coincide com o estabelecimento de uma nova sede de habitação (Saraceno & Naldini, 2003, p. 33).

Quadro 4 - Fases do Modelo de Transição Demográfica, segundo Stockwell e Groat (1984).

<table>
<tr><td>Fase 1 - Regime Demográfico primitivo ou pré-industrial</td><td colspan="3">Predominam elevadas taxas de natalidade e de mortalidade, que originam um baixo crescimento Demográfico.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Fase 2,
Fase ocidental primitiva (Trewartha, 1979)

Transição Demográfica</td><td rowspan="2">Carateriza-se por um desequilíbrio entre a natalidade e mortalidade (elevada taxa de natalidade e pela diminuição de mortalidade); apresentando um elevado crescimento natural.
Subdivide-se em duas fases em função da taxa de crescimento natural, se estava num processo de aceleração ou desaceleração.</td><td>Fase 2 A</td><td>Carateriza-se por ter taxas de natalidade elevadas e pela diminuição da taxa de mortalidade, produzindo-se um aumento da taxa de crescimento natural. A redução da mortalidade normalmente é precedida pelo aumento da natalidade. No geral, os países da Europa Ocidental entraram nesta fase em regime acelerado entre 1650 e 1750. Os países em desenvolvimento iniciaram muito mais tarde, incluindo alguns países da africa subsaariana iniciaram quando entraram no século XX</td></tr>
<tr><td>Fase 2 B</td><td>Esta fase começa quando as taxas de natalidade também começam a cair. À medida que a taxa de natalidade vai reduzindo e se aproximando da taxa de mortalidade, a taxa de crescimento natural torna-se mais pequena. Embora no momento da redução da taxa de natalidade e da redução do crescimento populacional varie segundo os países, normalmente teve lugar até ao final do século XIX e durou até à segunda ou terceira década do século XX. Nos países menos desenvolvidos da Africa subsaariana esta fase não começou antes dos anos 70 do século XX.</td></tr>
<tr><td>Fase 3
Regime Demográfico moderno</td><td colspan="3">Nesta fase as taxas de mortalidade e natalidade permanecem em equilíbrio, em níveis baixos que geram taxas de crescimento muito perto do zero. As flutuações dos ritmos de crescimento da população explicam-se essencialmente pelas mudanças das taxas de natalidade. Esta fase marca a final da transição e do crescimento rápida da população, caraterística dos países industrializados desde a década dos anos 30. A maior parte dos países em desenvolvimento não completaram esta fase, sendo uma exceção significativa o caso da China, que após várias décadas aplicando uma política agressiva do “filho único”, conseguiu reduzir de forma drástica os níveis de natalidade.</td></tr>
</table>

Fonte: Elaborado a partir de Barricarte (2008, pp. 29-30).

1.3.2 A Segunda Transição Demográfica - Mudança de valores e desinstitucionalização das relações familiares

A segunda Transição Demográfica ganhou expressão nos anos oitenta com os trabalhos de Lesthaeghe e Van de Kaa (1986, 1987, 2003) com a descrição das mudanças que ocorreram na formação das famílias, com a dissolução das uniões e a reconstrução familiar das nações ocidentais, que deram origem nos países do norte e oeste da Europa a uma evolução demográfica caraterizada por baixíssimos níveis de fecundidade, nunca antes alcançados, provocando o declínio da população.

Para Van de Kaa (1987) desde o ponto de vista Demográfico, a Segunda Transição Demográfica é constituída por quatro mudanças:

1. A "Era dourada do casamento", aparecimento da coabitação.
2. A era do "Filho rei" dos pais, o "casal-rei" só com um filho.
3. Da anticoncepção preventiva à anticoncepção realizada pelo casal
4. Das famílias e agregados familiares uniformes às famílias e agregados plurais (casais de facto).

O conceito da segunda transição demográfica está relacionado com as mudanças ocorridas no final dos anos 60 em vários países da Europa Ocidental e Norte da Europa, inter-relacionadas com a fecundidade, a formação da família e comportamentos dos casais. Estas mudanças estão estreitamente relacionadas com a vida familiar, tendo sido marcadas pelo enfraquecimento da família "tradicional" enquanto instituição (Barricarte, 2008, pp. 42-45).

O declínio nas taxas de fecundidade muito abaixo do nível de reposição, facilitado pela difusão de contraceção moderna, foi percebida como a principal característica da transição. A segunda transição demográfica tornou-se numa "*narrativa por excelência da mudança de representações culturais*", sendo a principal distinção entre a primeira transição demográfica, a preocupação com a autorrealização, a liberdade pessoal de escolha, o desenvolvimento pessoal e estilo de

vida e a emancipação, fatores estes que introduziram reflexos na formação da família, que contribuíram para mudança de atitudes relacionadas com a regulação da fecundidade e motivação para a paternidade (Van de Kaa, 1996, p. 425).

As mudanças fundamentais na fecundidade e as alterações nas famílias industrializadas depois dos anos 60, tiveram um papel revolucionário, atuando sobre a evolução demográfica de forma inesperada e em simultâneo, em que a manutenção dos níveis baixos de fecundidade obrigará a um ajuste no regime Demográfico (Ilustração 2).

A primeira grande mudança ocorre ao nível da redução da taxa de nupcialidade, aumento da idade de casamento e o aumento da proporção de pessoas solteiras, em que a falta de atração pelo casamento contribuiu para o aumento da coabitação (especialmente no norte da Europa e América do Norte).

Com o aumento das uniões de facto produziu-se também um acréscimo dos nascimentos em casais não casados, verificando-se em alguns países que quase metade dos nascimentos ocorreram fora do casamento. Há semelhança do fenómeno da primeira transição demográfica iniciada com a Revolução Industrial, que influenciou as estruturas famílias do século XIX, também a segunda fase da industrialização ocorrida no século XX provocou alterações nas relações familiares.

A família nuclear como estrutura de convivência familiar esteve presente ao longo de vários séculos muito antes da industrialização em várias regiões da Europa. Não havendo dúvidas, que em todos os países envolvidos no processo de industrialização este tipo de convivência familiar se difundiu rapidamente também em áreas e junto de classes caraterizadas anteriormente por outros tipos de estrutura familiar (Saraceno & Naldini, 2003, p. 46).

Durante a primeira fase da industrialização, a passagem da alta taxa de mortalidade e fecundidade, caraterística das sociedades pré-industriais para a situação atual caraterizada por baixa fecundidade, viu ao mesmo tempo a descida da mortalidade (ver Ilustração 2).

Devido a melhorias das condições higiénicas e de saúde, a uma subida da fecundidade, e sobretudo a um aumento das taxas de

casamento, que se realizavam também em idades mais baixas. A possibilidade de obter um rendimento independentemente da posse dos meios de produção tornou mais acessível o casamento e o acesso a uma casa em estratos sociais – ou membros de uma família – que antes eram mais facilmente excluídos desse processo.

O impacto da industrialização através da alteração do modo de produção e nova divisão do trabalho, geraram um novo mercado de trabalho através da manufatura que favoreceu a estabilização e até o alargamento da família, que se difundiram rapidamente nos países industrializados durante o século XIX.

De acordo com Saraceno & Naldini (2003, pp. 48-52) a industrialização impactou na família três fenómenos importantes. O primeiro diz respeito à difusão da economia familiar assalariada; as famílias deixaram de ser unidades produtivas, quer agrícolas, quer artesanais, passaram a ser unidades económicas. A introdução do sistema de fábrica modifica a divisão do trabalho familiar. Depois da primeira fase de estabilização da manufatura e de transformação tecnológica, são predominantemente os homens adultos e os jovens de ambos os sexos que se tornam trabalhadores fabris, enquanto que as crianças, as mulheres com encargos familiares e os velhos se situam mais na área agrícola e domicilio. É desta nova divisão do trabalho e separação dos diversos âmbitos de tarefas das várias Figuras familiares que emerge tanto a possibilidade como a necessidade de um verdadeiro espaço doméstico, separadamente do espaço laboral.

> "*Embora a operária de uma fábrica têxtil se tenha tornado uma Figura emblemática da industrialização, a verdade é que se tratava geralmente de uma jovem, não casada. As mulheres adultas casadas encontravam-se geralmente naquela que hoje designaríamos por economia informal*" (Tilly & Scott, 1981).

O segundo fenómeno diz respeito às relações entre gerações na família, a solidariedade económica familiar constituiu um elemento aglutinador muito forte. A divisão das despesas do alojamento e da comida, só era possível através da existência de uma economia conjunta dos rendimentos da família, incluindo as situações em que os filhos que

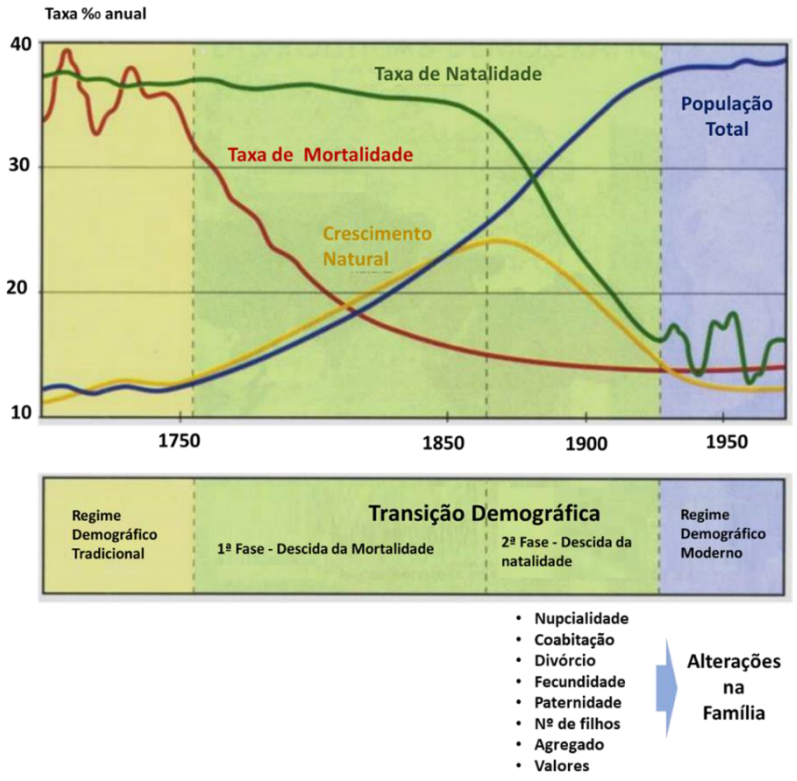
não viviam com os pais, que entregavam o salário, ou parte, à família (Thomas & Znaniecki, 1968).

O terceiro fenómeno que carateriza a segunda transição demográfica está associada à passagem da alta taxa de mortalidade e fecundidade, caraterística das sociedades pré-industriais, para uma baixa fecundidade.

Segundo Saraceno & Naldini (2003, p. 51) uma longa fase intermédia deste processo, coincidente com o período da primeira industrialização, viu ao mesmo tempo a descida da mortalidade, devido a melhorias das condições higiénicas de saúde, e a uma subida de fecundidade, devido sobretudo a um aumento das taxas de casamentos, que se realizam também em idades mais baixas. A possibilidade de obter um rendimento independentemente da posse dos meios de produção tornou mais acessível casamento e o acesso a uma casa em estratos sociais – ou membros da família – que antes eram mais facilmente excluídos deste processo.

Durante a primeira fase da industrialização (1750-1850), a redução do controlo das famílias e da comunidade sobre os jovens e as migrações relacionadas com os processos de urbanização favorecem também as uniões livres e os nascimentos ilegítimos. Os processos de emigração e proletarização modificaram os costumes matrimoniais e as formas de controlo do parentesco, também porque tinham sido alteradas as bases económicas para a constituição do casal: cada vez menos companheiros de trabalho, e cada vez mais companheiros de rendimento (Shorter, 1978).

Ilustração 2 – A Transição Demográfica e as alterações na estrutura da família (Regime Demográfico Moderno).



Fonte: Elaborado a partir de Saraceno & Naldini, 2003; Van de Kaa, 1996; Barricarte, 2008.

De acordo com Lesthaeghe R. (2005) existem várias diferenças entre a 1ª e a 2ª Transição de Demográfica (Quadro 5, Quadro 6).

Quadro 5 - Diferenças entre a 1ª e a 2ª Transição Demográfica (Stockwell & Groat, 1984).

Caraterísticas	Primeira Transição Demográfica	Segunda Transição Demográfica
Casamento	• Aumento da taxa de nupcialidade casamentos, declínio da idade do primeiro casamento • Reduzida ou baixa coabitação. • Reduzida taxa de divorcialidade • Aumento dos segundos casamentos	• Queda da taxa de nupcialidade, aumento da idade do primeiro casamento • Aumento da coabitação (pré e pós casamento) • Aumento dos divórcios, divórcios mais cedo • Redução do nº de novos casamentos, tanto após o divórcio como da viuvez
Fecundidade	• Declínio da taxa de fecundidade através da redução das idades mais avançadas, redução da média de idade do início da paternidade • Contraceção deficiente, falhas dos casais • O declínio da fecundidade ilegítima • Baixa esterilidade definitiva entre casais	• Declínio da taxa de fecundidade através do adiamento, aumento da média de idade da primeira paternidade, gestação de substituição • Contraceção eficientes (exceções em grupos sociais específicos) • Aumento da fecundidade extraconjugal, aumento da paternidade na coabitação • Aumento da esterilidade nas uniões de facto

Fonte: Elaborado a partir de Lesthaeghe (2005).

Quadro 6 - Diferenças entre a 1ª e a 2ª Transição Demográfica (Stockwell & Groat, 1984).

Caraterísticas	**Primeira Transição Demográfica**	**Segunda Transição Demográfica**
Valores Sociais	• Preocupações com necessidades básicas materiais: rendimentos, condições de trabalho, habitação, saúde, educação, segurança social. Valorização da solidariedade • Aumento do associativismo politico e cívico, orientado para o apoio comunitário. Reforço da coesão social. • Aumento da regulação normativa pelo Estado e Igreja. Polarização das políticas sociais. • Funções segregadas pelo sexo, políticos familiares, aburguesamento. • Modelo de família única, casamentos prudentes, transição ordenada do ciclo de vida .	• Aumento das necessidades de "ordem superior": a autonomia individual, a autorrealização, valores de trabalho e expressiva socialização, reconhecimento da importância da democracia • Diminuição da participação cívica e comunitária. Enfraquecimento da coesão social. • Retirada da participação do Estado, revolução sexual, “despolarização” da Política. • Aumento da igualdade de sexo, autonomia económica feminina. • Vários estilos de vida, organização flexível do percurso de vida.

Fonte: Elaborado a partir de Lesthaeghe (2005).

1.3.3 A Terceira Transição Demográfica – Migrações e reequilibrio demográfico

"The Demogragpy Transition is a historical process ranks as one of the most important changes affecting human society in the past half millennium, on a par with the spread of democratic government, the industrial revolution, the increase in urbanization, and the progressive increases in educational levels of human populations" Ronald & Reher (2011).

O relatório publicado em 2001 pela Divisão da População do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais da ONU "*Replacement Migration: Is it a Solutions to Declining Populations*?", utilizava o termo "Migrações de substituição" para definir o nível migrações internacionais necessárias para cada país retardar o envelhecimento da população como resultado das baixas taxas de fecundidade e mortalidade (Nações Unidas, 2001).

Os novos desafios apresentados pelo declínio e o envelhecimento da população, exigiam uma revisão geral de inúmeras políticas e programas existentes, desde uma perspetiva de longo prazo.

Tendo por base a análise Crítica das projeções demográficas entre 1995 e 2050, o declínio da população era inevitável na ausência de migrações de substituição. Os níveis de fecundidade poderiam aumentar nas próximas décadas, contudo, seria improvável que os níveis de substituição fossem alcançados na maioria dos países.

Por sua vez, para se evitar o declínio da população seria necessário manter certos níveis de imigração, sendo que, existiam divergências importantes entre os níveis de imigração necessários e a experiência dos vários países. Citava-se por exemplo os níveis de imigração no caso da União Europeia durante a década de 1990, considerados quase suficientes para evitar o declínio da população, enquanto que para a Europa em geral, o número de imigrantes teria duplicado.

Segundo o mesmo relatório, o número de imigrantes necessários para evitar o declínio da população seria consideravelmente maior que o previsto pelas Nações Unidas, sendo que, os Estados Unidos seriam a única exceção.

Perante a manutenção dos índices de dependência constantes, para se evitar o envelhecimento da população, exigir-se-ia volumes de

imigração que estavam além das expectativas razoáveis, ou como alternativa, o aumento da idade de reforma aproximadamente para os 75 anos. Os desafios apresentados pela ONU em 2001, que apresentavam aspetos críticos que exigiam a reavaliação, da idade de reforma; dos níveis e tipos de reforma e pensões de saúde para as pessoas idosas; a participação na força de trabalho; as contribuições dos trabalhadores e empregadores para a reforma e pensões de saúde das pessoas idosas; e políticas e programas de imigração, especialmente em relação às migrações de substituição e à integração de importantes contingentes de imigrantes e seus descendentes, serviram de referência para a literatura da Transição Demográfica do século XXI.

A teorização na primeira década do século XXI em matéria da Transição Demográfica, centrou-se ao nível dos impactos das migrações na organização económica e social das sociedades, alargando-se o espetro da interpretação dos vários comportamentos Demográficos.

Apesar o principal foco herdado com a segunda Transição Demográfica do século XX, ser os desafios decorrentes do acentuado envelhecimento Demográfico, a literatura evolui para a comparação entre continentes dos efeitos da quebra da natalidade, baixa fecundidade e tendência para a redução da mortalidade.

A abordagem de Pérez Díaz (2002, p. 36) quando refere que a ineficiência demográfica do século passado obrigou a família a encontrar soluções de sobrevivência, permite-nos perceber a importância da solidariedade intergeracional, para fazer face às situações difíceis do quotidiano.

De facto, olhando-se para o "mirrar" da família, talvez por analogia à teoria das espécies de Darwin, nos ajude a perceber no futuro qual será a capacidade do ser humano em desenvolver mecanismo de sobrevivência. A compreensão dos fenómenos económicos e sociais do seculo XXI, apesar de termos na presença sociedades amadurecidas, designadas por Pérez Díaz (2002) por "*La Madurez de Massas*", em bom rigor, o equilíbrio Demográfico depende dos jovens e da efetiva solidariedade intergeracional.

"Todos estos cambios suponen un reequilibrio social entre las diferentes edades. De un mundo en que el conjunto social y familiar

parecía supeditado a la vida adulta y en el que las personas del resto de edades eran consideradas bien "incompletas", bien "seniles", hemos pasado a otro en que cada etapa de la vida tiene importancia y significación en sí misma. Las edades en que eso resulta más evidente son, claro está, las infantiles y las edades maduras y avanzadas, pero lo cierto es que son todas, en conjunto, las que han experimentado el cambio en sus mutuas relaciones" (Pérez Diáz, 2009, p. 129).

A Migração enquanto fator determinante para o Reequilíbrio Demográfico

Segundo David Coleman, citado por Barricarte (2008, p. 47), as projeções demográficas mostram que a composição das populações da Europa e dos Estados Unidos experimentaram uma substancial alteração, que a manter-se a longo prazo, acabará por colocar a população original numa posição minoritária.

Os efeitos da imigração, associados à manutenção dos baixos índices de fecundidade e queda da reposição geracional, terão implicações na composição das populações nacionais em diversos domínios, cultural, social, económicos, políticos, entre outros, devendo considerar-se que o século XXI será o da Terceira Transição Demográfica.

Caraterizada por uma fase com reduzidas taxas de natalidade e de mortalidade, gerando um crescimento vegetativo muito baixo que conduz ao decréscimo populacional, a atual taxa de crescimento zero perante o aumento significativo da emigração, produzirá alterações na composição étnica e racial nos países ocidentais (Coleman, 2006), constituindo-se numa mudança demográfica sem precedentes na história da Europa.

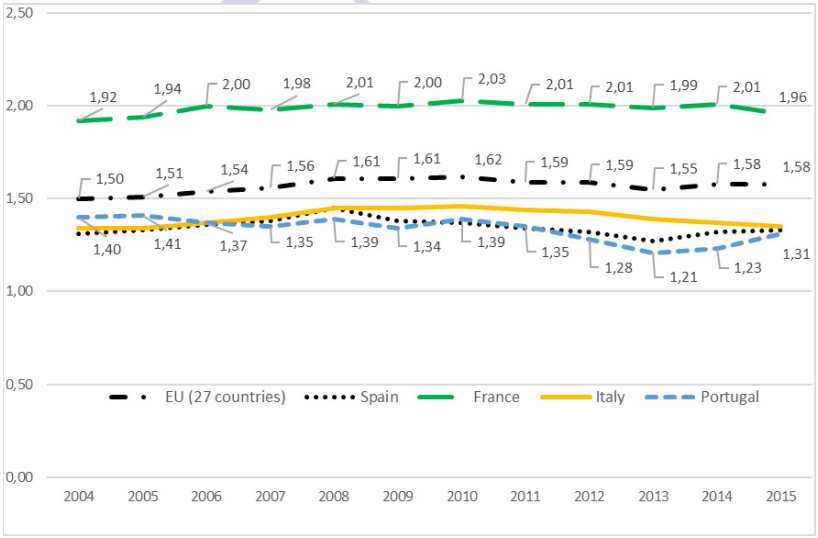
Apesar das mudanças demográficas e migratórias serem constantes do decurso da história da Europa, as alterações do século XXI diferenciam-se do passado pela chegada massiva de pessoas oriundas de várias culturas, desconhecidas, completamente distintas (Barricarte, 2008, pp. 48-49).

As caraterísticas universais da 1ª e da 2ª Transição Demográfica, que encontraram ao nível da variação das taxas de natalidade e

mortalidade dinâmicas idênticas em vários continentes, que contribuíram para a construção da Teoria da Transição Demográfica, comparativamente com a 3ª Transição Demográfica, segundo Coleman (2006), é pouco provável que as mudanças no século XXI sejam generalizadas.

Para o mesmo autor, as grandes transformações estão a ocorrer grande parte nos países ocidentais, muito especialmente na Europa como consequência da primeira e da segunda Transição Demográfica, fruto da queda acentuada dos níveis de fecundidade em todos os países ocidentais (Gráfico 8).

Gráfico 8 - - Evolução da Taxa de Fecundidade EU 28, Portugal, Espanha, Itália e França (2004 a 2015).



Fonte: Elaborado a partir de **http://ec.europa.eu/eurostat/data/database**, extraído a 13.01.17

A revisão da literatura sobre os impactos do aumento da migração na Europa a longo prazo, registando-se uma forte tendência para o aumento do peso dos imigrantes na estrutura demográfica dos países da Europa, quando comparada com o nº de nascimentos (Gráfico 9) tem conduzido a reflexão científica em vários domínios.

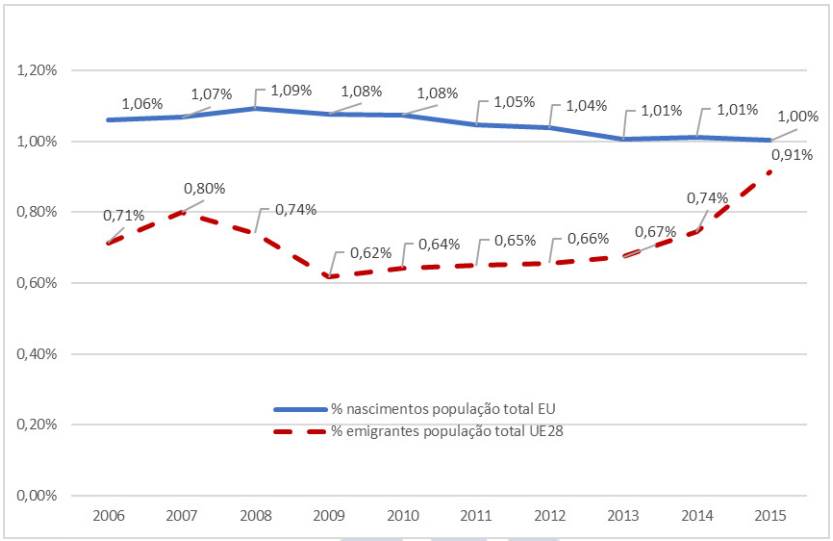
Para vários autores, apesar dos fenómenos migratórios beneficiarem as sociedades de acolhimento e de origem e os próprios

migrantes, desempenhando um papel crucial na compensação da escassez de mão-de-obra e na desejada reposição geracional dos países com crescimento natural negativo, levantam-se muitas incertezas sobre o impacto do crescente fluxo de migrantes irregulares, as fraquezas dos processos de integração e a ausência de estratégias comuns, eficientes, que permitam ultrapassar a crise demográfica existente na UE.

Na perspetiva de Coleman (2008) a forte e permanente queda dos níveis de fecundidade em todos os países ocidentais, está gerando uma estrutura demográfica na qual os jovens ocupam uma percentagem cada vez menor, como resultado de modelos económicos e políticas que desincentivam a procriação, sendo a população idosa mais protegida que a infantil. Por sua vez, a perda de valores, o hedonismo e o materialismo, associado à desconfiança sobre o futuro que se instalou nas sociedades ocidentais (principalmente nas cohortes mais jovens) tem repercussões nas taxas de fecundidade, caminhando-se para um futuro próximo no qual não existirá a reposição geracional (Barricarte, 2008, p. 49).

> *"Una sociedad que se cierra a la transmisión de la vida es una sociedad sin futuro que irremisiblemente terminará pereciendo. Culpar de amenazar el património cultural de un país com tasas de fecundidad por debajo del nível de reemplazo generacional a quienes legitimamente entran en él en busca de una oportunidad para labrarse un futuro y contribuir honestamente al bienestar de ese Pueblo, además de ser injusto es profundamente falso. Es no querer reconoecer cual es la verdadera causa del declive ocidental y buscar un chivo expitatorio sobre el que cargar las frustaciones*" (Barricarte, 2008, p. 49).

Gráfico 9 – Relação entre nº de nascimentos e nº emigrantes sobre o total população na UE, entre 2006 e 2015.



Fonte: Elaborado a partir de **http://ec.europa.eu/eurostat/data/database**, extraído a 13.01.18.

A perspetiva da manutenção dos padrões de vida

Bengtson & Scott, (2011) conduziram a reflexão sobre a capacidade dos países com maiores taxas de envelhecimento, tendo como exemplo a Suécia líder mundial em envelhecimento, no qual a participação das pessoas idosas duplicou, em manter e melhorar os padrões de vida em todas as faixas etárias.

Será possível manter a robustez dos sistemas de proteção social (SPS)?

A sustentabilidade do SPS manter-se-á pelo aumento dos impostos a longo prazo, ou o principal recurso será o aumento da produtividade?

São questões abordadas pelos autores, orientadas para o impacto da imigração na sustentabilidade do SPS, projetando o aumento da fecundidade criando-se condições de vida para os migrantes.

Segundo Bengtson & Scott, (2011, pp. 168-169) a longo prazo a mudança na estrutura etária dos países maiores recetores de imigrantes, produzirá desafios aos Estados para manterem os níveis atuais de

cuidados de saúde e proteção social às pessoas mais velhas, com especial referência na área da saúde.

Soluções políticas, como a redução ou eliminação de serviços públicos, por oposição à diminuição dos apoios sociais, o aumento dos impostos, promover o aumento da mobilização da força de trabalho da população ativa com vista ao aumento da produtividade, aumentar a idade de reforma, promover o crescimento económico com o recurso ao aumento do consumo das pessoas idosas, constituem rotas de colisão ideológicas que focam o mesmo objetivo, que consistem na garantia da sustentabilidade dos sistemas de proteção social e da saúde.

A janela de oportunidade do declínio Demográfico, as transferências intergeracionais, a migração e a eficiência reprodutiva.

A discussão da formulação dos modelos de Transição Demográfica, no plano do discurso da modernidade, implica compreender outras dinâmicas para além do comportamento da mortalidade e da fecundidade.

Interpretar o processo da Transição Demográfica, face à modernização da sociedade, têm subjacente, entre vários fatores, a compreensão das dinâmicas que as populações enfrentaram ao longo da história, mudanças embutidas de limitações, distorções epistemológicas, existindo o consenso na literatura do século XXI que a migração é um fator determinante para o desejado reequilíbrio Demográfico.

A Transição Demográfica é considerado um processo amplamente autónomo, com implicações sociais, económicas e comportamentais para a sociedade. As mudanças demográficas do século XX associadas ao declínio da fecundidade, redução da taxa de mortalidade, alterações na estrutura familiar e os progressos da saúde, contribuíram de forma direta e indireta para um conjunto de mudanças económicas e sociais (Ilustração 3).

O Dividendo Demográfico do século XX teve um papel positivo no desenvolvimento dos sistemas de Segurança Social nos países com

maior envelhecimento. Seria inconcebível desenvolver sistemas de pensões e de proteção social para as pessoas idosas, não tendo existido o declínio da fecundidade e o aumento da esperança média de vida, sendo considerado uma componente fundamental do bem-estar e harmonia social das sociedades. Por sua vez, a tendência para o aumento da longevidade constitui um desafio para os sistemas de Segurança Social para manterem as transferências sociais necessárias para garantir a própria sustentabilidade do sistema.

Mason & Lee (2018), sustentaram que a incapacidade dos sistemas de Segurança Social para gerarem riqueza que garanta as futuras pensões, levará a um aumento da relação capital-trabalho, designado por estes autores "segundo Dividendo Demográfico", o qual reduzirá o crescente "fardo da dependência da velhice. Segundo esta abordagem o investimento no Capital Humano[36] , produzirá uma melhoria das condições de vida das populações, acumulando-se por esta via riqueza que permitirá garantir as transferências intergeracionais.

A eficiência reprodutiva é considerada uma das principais caraterísticas da Transição Demográfica. Devido à diminuição da mortalidade mais rápida que a fecundidade, gerou-se nas sociedades a tendência para o aumento da população.

Paralelamente, ao nível da família à medida que a mortalidade infantil vai reduzindo, ocorreram alterações em termos de estrutura e de comportamento, com repercussões ao nível da organização social.

O facto de reduzir o número de filhos do agregado familiar, as mulheres foram progressivamente libertadas do tempo que era exigido pelos bebés, registando-se um aumento progressivo do seu papel na sociedade. Diminuindo o número de filhos das famílias, o uso do tempo das mulheres tornou-se mais eficiente.

[36] O conceito de Capital Humano foi desenvolvido por Adam Smith (1723-1790), considerado o pai da economia moderna, defendendo que a divisão do trabalho é um fator determinante para promover o desenvolvimento da economia. O conceito é melhorado no século XX, década de 1950, por Theodore W. Schultz (1901-1998), prémio da ecomonia em 1979 com Sir Arthur Lewis, associando-se o Capital Humano ao desenvolvimento económico obtido através do investimento na saúde e na educação. Na década de 80 o conceito ocupa uma dimensão neoliberal pela via da Escola de Chicago da Economia, sendo defendido por Gary Becker (1930-2014) que o Capital Humano tem peso idêntico na economia aos fatores físicos de produção (capital físico, edifícios, máquinas e equipamentos).

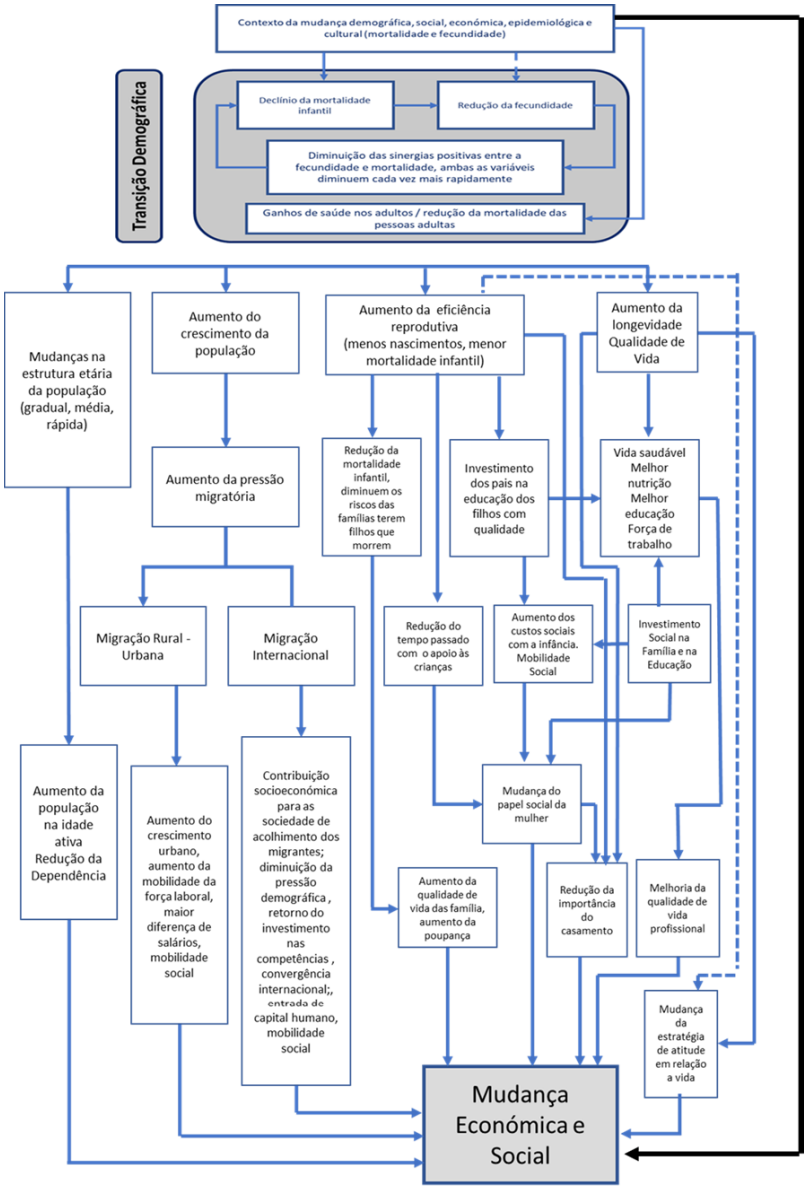
A diminuição da importância do casamento para a vida inteira é também uma caraterística da Transição Demográfica das sociedades ocidentais, encontrando-se associada à redução da fecundidade, limitando-se a importância do casamento para a reprodução, encontrando-se ainda associado ao aumento da independência da mulher.

Na perspetiva de Reher (2011, pp. 11-33), a eficiência reprodutiva gerada pela Transição Demográfica, contribuiu de forma significativa para o aumento do emprego das mulheres, reforçando-se a sua presença no mercado de trabalho, sendo considerada a mudança social mais importante da segunda metade do século XX.

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI, correspondendo ao investimento no Capital Humano do século passado, sendo ainda o envelhecimento com qualidade de vida e o aumento da longevidade fatores importantes da Transição Demográfica para o Regime Demográfico Moderno.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ilustração 3 - Modelo Conceptual da Transição Demográfica, a formação de Capital Humano e a Mudança Económica e Social.



Fonte: Elaborado a partir de Reher (2011, pp. 29-30).

Para Canales (2016, pp. 1-4) o facto de os postulados básicos da demografia excluírem da equação do modelo de transição demográfica o fenómeno das migrações, tanto internamente como internacionalmente, amarrou os estudos a um nacionalismo metodológico impregnado em todo o discurso da modernidade.

Não existindo dúvidas que as mudanças sociais, demográficas e estruturais desenvolvidas desde o final do século XX, inauguraram uma nova época histórica que exige rever as bases da construção do discurso Demográfico, em particular nas ciências sociais modernas, importa explorar nos modelos da Transição Demográfica o impacto das migrações.

Para Pérez Díaz (2002) a configuração da transição demográfica tem patente um "amadurecimento em massa da população[37]" resultado do envelhecimento Demográfico, com transformações inimagináveis nas estruturas demográficas. Para este autor a "democratização da velhice", bem patente na pirâmide demográfica no final do século XX na generalidade dos países, indica que que se alcançou uma etapa avançada do processo de modernização.

Com efeito, a abordagem de Coleman (2006) com a proposta de uma Terceira Transição Demográfica, apesar de trazer à discussão a importância das migrações no processo da reposição demográfica, é uma visão eurocentrista, que foca somente o impacto nos países europeus de destino da imigração[38]. O facto de ser omitido o que sucede nas sociedades e países de origem das migrações contemporâneas, constitui uma visão de alcance limitado, quanto às pretensões teóricas apresentadas por Coleman no modelo Demográfico.

Mais do que falar em Transição Demográfica, analisando as mudanças que ocorrem de uma fase para outra, o foco deverá ser o papel das migrações na conFiguração de um regime ou sistema de reprodução demográfica, que inclua tanto o que sucede nos países de origem como nos países de destino nas migrações contemporâneas.

---

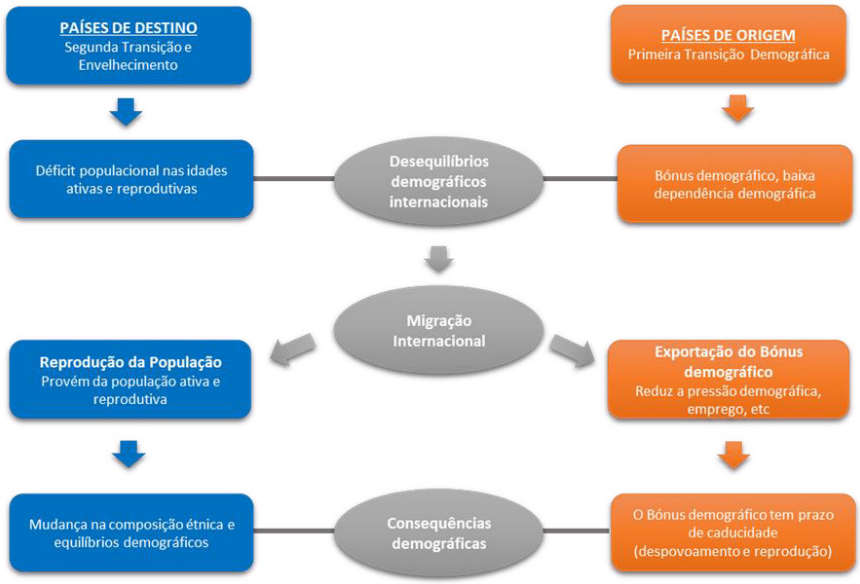
[37] Julio Pérez Díaz na obra *La Madurez de Masas* (2001), explora a questão do envelhecimento segundo uma perspetiva de amadurecimento em massa da população, transportando a reflexão para uma sociedade moderna, na qual predomina a geração de pessoas mais velhas, "mais maduras".

[38] David Coleman (2006) analisou a emigração no contexto das mudanças étnicas nos países com baixas taxas de fecundidade nos países europeus.

O facto das dinâmicas demográficas dos países de destino e de origem serem estruturalmente heterogéneas e diferenciadas, não deixa de ser verdade que existe uma combinação e complementaridade de fatores que contribuem para um sistema de reprodução global, em que cada dinâmica e estrutura populacional particular tem um sentido e uma função especifica.

Trata-se de um modelo de inter-relações e complementaridades baseado na mudança demográfica que ocorre tanto nas sociedades avançadas como nos países subdesenvolvidos (Ilustração 4). De certa forma, trata-se da conFiguração de uma conjuntura única na história, onde, por um lado, as lacunas e deficiências demográficas do atual regime de reprodução dos países centrais são combinadas com os excedentes de população que são gerados atualmente nos países periféricos (Canales, 2016, pp. 3-6).

Ilustração 4 - Modelo Migrações Internacionais e Reprodução da População.



Fonte: Elaborado a partir de Canales (2016, p. 19).

"Este modelo de interrelaciones y complementariedades, se sustenta en el cambio Demográfico que se da tanto en las sociedades avanzadas, como en los países subdesarrollados. En cierta forma, se trata de la conFiguración de una coyuntura única en la historia, en donde se combinan por un lado, los vacíos y carencias demográficas del actual régimen de reproducción de los países centrales, con los excedentes poblacionales que se generan actualmente en los países periféricos" (Canales, 2016, p. 4).

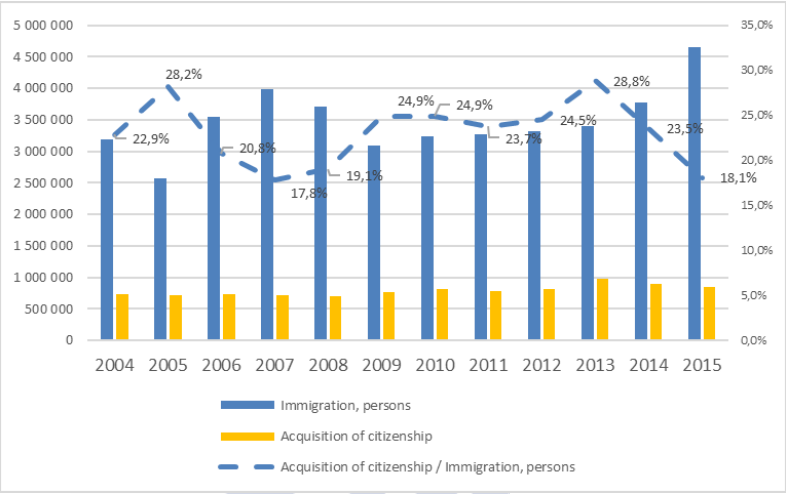
Imigração e reposição demográfica na primeira década do XXI

De acordo com os indicadores Demográficos do Eurostat, constata-se que entre 2004 e 2015 entraram nos vinte oito países da europa (EU 28) cerca de 41 726 396 imigrantes, 8,2% do total da população, dos quais no mesmo período somente 9 481 695, (22,27%) obteve a cidadania no país de destino (Gráfico 10).

Quando em 2001 o relatório ONU, apresentava um conjunto de recomendações orientadas para a reposição demográfica, sugerindo o desenvolvimento de Políticas destinadas a integrar os imigrantes, decorrida mais de uma década, correspondendo a média de naturalizações nos países da UE28, a menos de um terço dos imigrantes (22,7%), levantam-se inúmeras questões sobre a capacidade dos países de ocidente conseguirem desenvolver políticas de inclusão para os imigrantes e por conseguinte, por esta via obter-se o desejado equilíbrio Demográficos nos países do ocidente.

A interpretação do baixo número de naturalizações na Europa, tema politico fraturante na União Europeia, quando analisado à escala dos territórios, percebe-se que o estabelecimento de correlações entre os principais países de acolhimento ao nível dos principais indicadores económicos e sociais, existem diferenças que encaminham a investigação no domínio da reposição demográfica, para a análise de outros fatores que interagem com o fenómeno da migração.

Gráfico 10 – Análise comparativa entre o número de imigrantes, naturalização de imigrantes e % de naturalizações / nº total de imigrantes, 2004 – 2015, UE28.



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat.

Analisando-se por exemplo, a taxa de desemprego e o nº de naturalizações de imigrantes numa tentativa de argumentar que os países da EU 28 com menores índices de desemprego são os que naturalizam mais imigrantes, merece uma análise mais profunda. Perspetivar que os países com melhores índices de desenvolvimento económico e sociais, com elevada taxa de envelhecimento e dependência, poderão encontrar no aumento da naturalização de imigrantes, a janela de oportunidade para o reequilíbrio Demográfico, poderá constituir uma nova abordagem do estudo da Transição Demográfica do século XXI.

Sob o ponto de vista teórico, os países da EU 28 com maiores índices de envelhecimento e de dependência, à luz das teorias que defendem a reposição demográfica pela via do aumento da naturalização dos imigrantes, deveriam deter maiores índices de registo de naturalização de imigrantes. Contrariamente, entre 2004 e 2015 os principais países envelhecidos da europa ocidental não foram os que naturalizaram mais emigrantes.

Da análise comparativa entre os países da EU 28 com maior número de naturalização de imigrantes, entre o período 2004 – 2015, com a taxa média de natalidade e a média do índice de fecundidade no mesmo período (Quadro 7), registam-se em alguns países uma relação entre os referidos indicadores.

Contudo, à semelhança do índice de envelhecimento das populações, quando se compara uma possível relação com os países com maior número de naturalizações de imigrantes, os indicadores das taxas de natalidade e fecundidade mais baixas, na generalidade da UE28, não permite estabelecer uma correlação positiva no período de 2004 a 2015.

A tendência negativa registada na UE28 entre 2004 e 2015 do registo de naturalização Imigrantes, para além de contrariar as reflexões teóricas da reposição demográfica pela via da migração, encaminha o estudo da Transição Demográfica para estudos de natureza sectorial.

Não sendo justificada pela ausência de recomendações da ONU a importância de serem garantidos os direitos dos migrantes, sobretudo os mais desfavorecidos (University, 2017), a situação de estagnação da taxa de fecundidade e de mortalidade, caraterística herdada da segunda Transição Demográfica, perdida a primeira década do século XXI para reposição demográfica nos países do ocidente, tratando-se um processo cujos efeitos só são visíveis com a análise entre gerações, os cenários prospetivos do aumento envelhecimento, revistos em alta em 2016, ditarão uma terceira transição demográfica caraterizada por divergências dos padrões regionais.

Reforça-se assim, a necessidade do estudo da terceira transição demográfica de Coleman (2008), centrado nas migrações enquanto processo da reposição Demográfico, à luz da melhoria da qualidade de vida das populações, migrantes e não migrantes, o desenvolvimento de outras abordagens no âmbito da reposição demográfica, nas quais os processos de transferência intergeracionais possam ocupar um papel contributivo para o desenvolvimento da Europa do Século XXI.

Quadro 7 - Análise comparativa entre população imigrante e naturalização na UE28, 2004 -2015.

	Immigration persons (2004-2015)		
	Persons	%	ACM %
Germany	8 465 616	20,3%	20,3%
United Kingdom	6 175 098	14,8%	35,1%
Spain	6 159 421	14,8%	49,8%
Italy	4 564 913	10,9%	60,8%
France	3 179 871	7,6%	68,4%
Netherlands	1 493 801	3,6%	72,0%
Poland	1 439 566	3,5%	75,4%
Belgium	1 336 151	3,2%	78,6%
Sweden	1 201 321	2,9%	81,5%
Austria	1 180 692	2,8%	84,4%
Romania	1 162 085	2,8%	87,1%
Ireland	938 705	2,2%	89,4%
Greece	749 494	1,8%	91,2%
Denmark	699 551	1,7%	92,9%
Czech Republic	669 653	1,6%	94,5%
Hungary	406 889	1,0%	95,4%
Finland	324 570	0,8%	96,2%
Portugal	286 075	0,7%	96,9%
Slovenia	223 068	0,5%	97,4%
Luxembourg	216 746	0,5%	98,0%
Cyprus	193 632	0,5%	98,4%
Lithuania	153 656	0,4%	98,8%
Croatia	137 140	0,3%	99,1%
Latvia	91 364	0,2%	99,3%
Bulgaria	86 072	0,2%	99,5%
Slovakia	72 083	0,2%	99,7%
Malta	70 516	0,2%	99,9%
Estonia	48 647	0,1%	100,0%
	41 726 396	100,00%	**8,2%**

	% Citizenship / Immigration persons (%) 2004-2015	
	%	Persons
Latvia	97,5%	89 067
Estonia	70,5%	34 315
Portugal	66,3%	189 676
France	48,7%	1 547 205
Bulgaria	45,0%	38 708
Sweden	39,6%	475 311
Croatia	33,2%	45 503
United Kingdom	32,0%	1 978 863
Belgium	29,1%	388 298
Hungary	27,2%	110 741
Netherlands	23,1%	344 646
Finland	23,1%	75 005
Greece	20,6%	154 490
Spain	20,4%	1 257 637
Italy	18,4%	837 723
Cyprus	18,2%	35 333
Germany	15,8%	1 333 926
Austria	15,0%	177 449
Luxembourg	14,2%	30 757
Slovakia	14,2%	10 268
Ireland	13,5%	127 160
Denmark	11,4%	79 766
Slovenia	10,4%	23 142
Malta	8,8%	6 231
Czech Republic	4,3%	29 113
Poland	2,4%	33 857
Lithuania	2,3%	3 584
Romania	2,1%	23 921
	22,7%	**9 481 695**

Fonte: Elaborado a partir do Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00024, extraído 20.01.18

1.4 Os Efeitos da Transição Demográfica na família, segundo a perspetiva da Solidariedade Intergeracional

A abordagem teórica da Transição Demográfica iniciada em 1929 por Thompson, mereceu na segunda metade do século XX o desenvolvimento de várias perspetivas focadas na explicação dos comportamentos Demográficos e da evolução das populações.

Os recentes resultados de 2017 do DESA[39] indicam que a população mundial continua a crescer a uma média de 1,10 % por ano, prevendo-se que em 2030 existam 8,6 biliões de pessoas e que em 2050 aumente para 9,8 biliões. Pressupõem ainda, a continuidade do declínio da fecundidade nos países com famílias com mais números de filhos, e um ligeiro aumento nos países onde as mulheres têm menos do que dois filhos.

> "*The transition transforms the demography of societies from many children and few elderly to few children and many elderly; from short life to long; from life-long demands on women to raise young children to the concentration of these demands in a small part of adulthood; from horizontally rich kin networks to vertically rich ones. The transition made possible the radical change in women's economic and social roles; the invention of retirement as the third stage of life; and a demographic efficiency that fostered heavy investment in the human capital of fewer but longer-lived children"* (Lee & Reher, 2011).

O relatório da população mundial de 2017, confirma também ganhos significativos ao nível da esperança média de vida, estimando-se um aumento de 6 a 7 anos ate 2050. Registando-se na maior parte dos países que a população ainda é jovem, o dividendo Demográfico, este poderá representar um potencial para o crescimento económico, contribuindo para as mudanças na estrutura etária da população. Por sua vez, globalmente, a população com 60 anos ou mais, tem maior crescimento quando comparada com os grupos etários mais jovens.

[39] Department of Economic and Social Affairs, Population Division

Entendendo-se o conceito de Transição Demográfica como a variação das taxas de crescimento da população, incluindo-se as dinâmicas da mortalidade, natalidade e migração, de acordo com o relatório do Department of Economic and Social Affairs, Population Division (DESA, 2017), manter-se-ão na primeira metade do século XXI as tendências registadas no início do Regime Demográfico Moderno, ocorridas na segunda metade do século XX.

Os efeitos na Europa do declínio das taxas de mortalidade e natalidade, apesar da tendência da menor redução, mantendo-se a longo prazo o aumento dos fluxos migratórios e a queda do crescimento natural, apesar das incertezas futuras inerentes nas projeções demográficas, os pressupostos estatísticos até 2050 para os países desenvolvidos indicam a tendência do aumento do envelhecimento da população. De acordo com Reher (2011, pp. 11-15) o declínio prolongado da fecundidade conduz a alterações na estrutura etária da população, que contribuem de forma direta e indireta para um conjunto de mudanças económicas e sociais.

Não obstante a pertinência do dividendo Demográfico poder constituir-se na alavanca do desenvolvimento económico, compensando-se o diferencial entre as idades mais velhas e mais novas, pese embora a discussão sobre a capacidade dos países desenvolvidos absorverem e empregar de forma produtiva a crescente força de trabalho, é um facto que a 3ª fase da Transição Demográfica produziu alterações significativas na estrutura da família no século XX, as quais terão fortes repercussões na primeira metade do século XXI.

Refira-se por exemplo, as diferenças registadas por Stockwell & Groat (1984) ao nível dos valores sociais da família, destacando-se o aumento da igualdade de sexo e autonomia económica feminina, e as mudanças identificadas na formação da família por Lesthaeghe & Van de Kaa (2003) ao nível do apoio das famílias aos mais velhos. A eficiência reprodutiva gerada pela Transição Demográfica, contribuiu de forma significativa para o aumento do emprego das mulheres, reforçando-se a sua presença no mercado de trabalho, sendo considerada a mudança social mais importante da segunda metade do século XX.

A Transição Demográfica transforma a demografia das sociedades; com muitas crianças e poucas pessoas idosas, para poucas crianças e muitas pessoas idosas; de reduzida esperança de vida para o aumento da longevidade; altera a exigência sobre as mulheres para cuidar das crianças, para se concentrarem nos filhos em idade adulta; altera as redes familiares de parentesco horizontais em agregados familiares verticais. Possibilitou a mudança radical nos papéis económicos e sociais das mulheres; inventou a reforma como a terceira fase da vida; a eficiência demográfica promoveu elevados investimento no capital humanos das crianças, com maior esperança de vida; provocou alterações na estrutura do agregado familiar e funcionalidades da família, modificando-se consequentemente as relações intergeracionais.

Resulta da vasta literatura produzida sobre os efeitos da Transição Demográfica na família (ex. Stockwell & Groat, 1984; Van de Kaa , 2003; Silverstein & Bengtson , 2009; Saraceno & Naldini, 2003; Lee, 2003; Lesthaeghe, 2005; Palloni et al., 2009; Knodel, 2009; Glaser et al.,2010; Gierveld, 2009; Murphy, 2011; Sear & Coall, 2011; Reher, 2011; George & Ferrarro, 2013; Fine & Finchan, 2013; Cruz-Saco & Zelenev, 2010; Settersten & Angel, 2011; McDaniel & Zimmer , 2013; Waite & Plewes, 2013; Goldscheider et al., 2015; Bengtson & Settersten, 2016; Shanahan et al., 2016, entre outros autores) a convicção que o objeto de estudo da presente Tese tem uma dinâmica social e económica envolvente que dificulta o estudo isolado do tema do envelhecimento intergeracional.

Sendo ainda o enfoque da investigação o estudo da solidariedade intergeracional na perspetiva do cuidador informal de pessoas idosas dependentes, atendendo ao papel da mulher no apoio à família, o qual representa 75% dos cuidadores informais (Caregiver, 2010, p. 2), perante a tendência da redução dimensão da família e a forte feminização da velhice, reforça-se a importância do estudo sobre a capacidade dos futuros cuidadores informais, filhos únicos, maioritariamente do sexo feminino para apoiarem os pais que se encontram dependentes.

"*Uno de los pilares de esta revolución reproductiva es, como veíamos, el fuerte impulso de la longevidad; el que se considera el fenómeno Demográfico más importante del siglo XX, que si bien es un fenómeno de manifestación reciente se viene gestando desde los inicios de la llamada modernidad. Un éxito de la humanidad que conlleva cambios sustanciales en la estructura de edades del conjunto de la población y en la consideración del curso vital. Nos hallamos ante un nuevo modelo reproductivo, de límites todavia poco precisos y de gran versatilidad, que está sustituyendo a formas de familia que se consideraban tradicionales, basadas en una rigurosa división de las tareas productivas y reproductivas entre marido y mujer y que confiaba en el matrimonio para asegurar la reproducción*"

(Rodríguez Galdo et al., 2014, p. 88)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 2 - Marcos Históricos Internacionais das Políticas de Envelhecimento

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Levels and trends in Population Ageing

Globally, population aged 60 or over is growing faster than all younger age groups

In 2017, there are an estimated 962 million people aged 60 or over in the world, comprising 13 per cent of the global population. The population aged 60 or above is growing at a rate of about 3 per cent per year. Currently, Europe has the greatest percentage of population aged 60 or over (25 per cent). Rapid ageing will occur in other parts of the world as well, so that by 2050 all regions of the world except Africa will have nearly a quarter or more of their populations at ages 60 and above. The number of older persons in the world is projected to be 1.4 billion in 2030 and 2.1 billion in 2050, and could rise to 3.1 billion in 2100.

Globally, the number of persons aged 80 or over is projected to triple by 2050, from 137 million in 2017 to 425 million in 2050. By 2100 it is expected to increase to 909 million, nearly seven times its value in 2017.

Older persons are increasingly seen as contributors to development, whose abilities to act for the betterment of themselves and their societies should be woven into policies and programmes at all levels. In the coming decades many countries are likely to face fiscal and Political pressures in relation to public systems of health care, pensions and social protections for a growing older Population." (WPA, 2015).

An ageing world

Population ageing is one of the most significant trends of the 21st century. One in eight people in the world are aged 60 or over. As long as fertility rates continue to decline and life expectancy continues to rise, older people will steadily increase as a proportion of the population. And while population ageing is a global phenomenon, it is progressing fastest in developing countries – including those with large youth populations.

The contributions of older persons to society are invaluable. Many such contributions cannot be measured in economic terms – such as caregiving, volunteering, and passing cultural traditions to younger generations. Older persons are also important as leaders, often playing a role in conflict resolution within families, in communities and even in emergency situations.

Yet they are also often vulnerable. They may have weak social support networks, lack income, or be subject to discrimination and abuse. Older women, in particular, are vulnerable to discrimination, social exclusion and denial of the right to inherit property. Women also tend to live longer than men, and may experience deepening poverty as they age." (UNPFD, 2017)

Introdução

Tomando como referência sete décadas da história do envelhecimento, com ponto de partida no ano de 1948, no qual a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu os Direitos Humanos, em que a proteção da velhice é um dos principais direitos do Homem, no âmbito das deliberações da ONU no domínio do envelhecimento foram selecionadas seis resoluções que incorporam recomendações para a definição de políticas destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas.

No século XX produziu-se uma revolução de longevidade. A esperança média de vida ao nascer, entre 1950 e 2002 aumentou 20 anos, prevendo-se que até 2050 aumente mais 10 anos e exista um incremento mundial da proporção do grupo de população definido como pessoas idosas, de 10% em 1998 para 15% em 2025. Este aumento será maior e mais rápido nos países em desenvolvimento, nos quais se prevê que a população idosa quadruplique nos próximos 50 anos (Quadro 8).

O relatório da WPA[40] (2015) sobre o envelhecimento mundial, refere que as pessoas mais velhas têm um papel importante no desenvolvimento das nações; considera-se que as suas habilidades para melhorar a sociedade devem ser integradas em políticas e programas a todos os níveis. Nas próximas décadas, muitos países estarão sujeitos a pressões fiscais e políticas devido às necessidades de cuidados de saúde, pensões e proteções sociais desse crescente grupo populacional (WPA, 2015).

De acordo com o relatório World Population Ageing (WPA, 2015) e o HelpAge International, (2015) na Europa e América do Norte, entre 1998 e 2025, a proporção da população classificada como pessoas idosas aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26%, perspetivando-se uma transformação demográfica mundial com profundas consequências para cada um dos aspetos da vida individual, comunitária, nacional e internacional, incluindo todas as áreas da humanidade – sociais, económicas, políticas, culturais, psicológicas e espirituais.

[40] World Population Ageing.

Quadro 8 – Projeção da variação média da população mundial por região, (2017, 2030, 2050 e 2100).

	Population (millions)			
Region	**2017**	**2030**	**2050**	**2100**
World	7 550	8 551	9 773	11 184
Africa	1 256	1 704	2 528	4 468
Asia	4 504	4 947	5 257	4 780
Europe	742	739	716	653
Latina America and Caribbean	646	718	780	712
Northern America	361	395	435	499
Oceania	41	48	57	72

Fonte: United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. New York. United States.

Em alguns países desenvolvidos e com economias em transição o número de pessoas idosas supera atualmente o de crianças, tendo as taxas de natalidade caído abaixo do nível de reposição, prevendo-se que o número de idosos em 2050 seja mais que o dobro de crianças (ONU, 2015).

Em 2017, calcula-se que existam 962 milhões de pessoas com mais de 60 anos, que representam 13% da população mundial. Este grupo de população nos últimos anos registou uma taxa de crescimento anual da ordem dos 3%, sendo a Europa o continente mais envelhecido, com cerca de 25% de idosos. Segundo o relatório WPA (2015), este grau de envelhecimento da população também chegará em 2050 a outras partes do mundo, com exceção de Africa. Estima-se que em 2030, no mundo existam cerca 1.400 milhões de pessoas com idade avançada.

Espera-se que em 2050 a percentagem de pessoas idosas aumentará de 8% a 19%, enquanto que a de crianças cairá de 33% para 22%, crescendo o grupo das pessoas idosas mais velhos, os quais têm mais de 80 anos de idade. Até 2050 as projeções do crescimento mundial o aumento em cinco vezes deste grupo, tratando-se de uma mudança demográfica que apresenta um vasto número de problemas em matéria de recursos, em que os países desenvolvidos enfrentam problemas resultantes da relação entre o envelhecimento e o desemprego e a

sustentabilidade dos sistemas de pensões, enquanto que os países em desenvolvimento se defrontam com o problema de um desenvolvimento simultâneo com o envelhecimento da população.

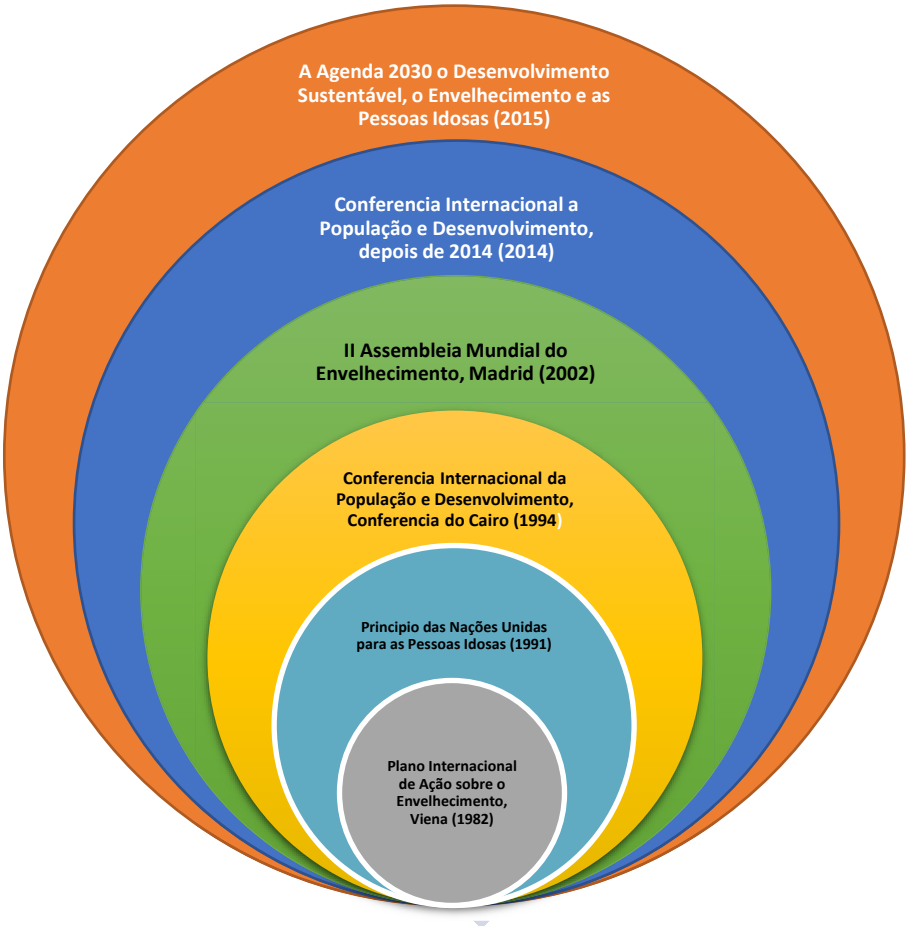
Paralelamente registou-se nos últimos 20 anos que o aumento de longevidade é maior nas mulheres, existindo efeitos diferenciados do envelhecimento entre os homens e as mulheres, para os quais é necessário a integração de uma perspetiva de sexo nas políticas.

Predominam diferenças demográficas entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, enquanto que nos primeiros a população idosa de concentra maioritariamente nos centros urbanos, nos segundos vivem em grande medida em zonas rurais, indicando as projeções demográficas que em de 2025, 82% da população dos países desenvolvidos viverão em zonas urbanas, enquanto que menos da metade da população dos países em desenvolvimento viverá nelas.

Existem ainda diferenças significativas entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, quanto ao tipo de lares em que vivem as pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento, grande parte das pessoas idosas vive em lares de muitas gerações, situação totalmente oposta nos países considerados desenvolvidos

É com base neste enquadramento, que o presente capítulo designado por **Marcos Históricos Internacionais das Políticas de Envelhecimento**, pretende apresentar de forma resumida as principais Resoluções da Organização Mundial das Nações Unidas, elaboradas entre 1942 e 2017, consideradas principais referências bibliográficas no âmbito das Políticas Mundiais do Envelhecimento, que serviram de guião para o desenvolvimento das Políticas da União Europeia e respetivos Estados Membros (Ilustração 5). O capítulo termina com a apresentação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o envelhecimento e as pessoas idosas, aprovado na Terceira Conferencia Internacional do Financiamento e Desenvolvimento da ONU (2015).

Ilustração 5 - Marcos Históricos Internacionais das Políticas de Envelhecimento.



Fonte: Elaborado a partir de Organização Mundial das Nações Unidas.

2.1 Plano de Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, Viena,1983

Como principal marco internacional de referência das Políticas do Envelhecimento, identifica-se o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, elaborado em 1982, pela Assembleia das Nações Unidas, e os princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas aprovados pela Assembleia Geral (1991), que deram orientação sobre as questões da independência, participação, cuidados, autorrealização e da dignidade.

O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, conhecido como **Plano de Viena**, em homenagem à cidade de origem, ou *Vienna International Plan of Action on Ageing*, foi aprovado na Assembleia Geral das Nações Unidades em 1983 (resolução 37/51), constitui o primeiro instrumento internacional sobre o envelhecimento, sendo o primeiro documento orientador da formulação de políticas e programas sobre envelhecimento.

O Plano de Viena reforça a resolução nº 213 (III) da Assembleia Geral das Nações unidas de 1948, na qual foi adotada uma declaração dos direitos das pessoas idosas, que apresenta como principal objetivo a necessidade de proteger os seus direitos e assegurar o bem-estar. Tem como referência a resolução nº 3137 (XXVIII) da Assembleia de 1973, intitulada por "A questões do idoso e o envelhecimento" e ainda as disposições da *World Population Conference de 1974* que convida todos os governos a terem em conta nas políticas do desenvolvimento os efeitos do envelhecimento Demográfico.

Em 1977 o Conselho Económico e Social da Assembleia Geral através da deliberação n.º 2077 (LXII) é adotada a resolução nº 32/132, que entre outras disposições, convida todos os Estados a realizar uma conferencia mundial da terceira idade, decidindo-se a 14 de Dezembro de 1978, através da resolução nº 33/52 organizar em 1982 um programa de ação internacional "*Report of The World Assembly on Aging,"*, destinado a assegurar às pessoas idosas a segurança no domínio económico e social e a possibilidade de contribuírem para o desenvolvimento nacional.

O **Plano de Viena surge assim, como o primeiro guia das políticas do envelhecimento**, identificando há mais de 30 anos a necessidade dos governos e da sociedade civil reforçarem as suas capacidades para lidarem com o envelhecimento das populações e com o aumento da dependência das pessoas idosas, promovendo-se para o efeito a cooperação regional e internacional.

O **Plano de Viena** contém 62 recomendações que fazem parte de um Quadro internacional de normas e estratégias desenvolvidas pela comunidade internacional sendo apoiado pelos seguintes **Princípios[41]:**

a. *"O objetivo do desenvolvimento é melhorar o bem-estar de toda a população sobre a base de sua plena participação no processo de desenvolvimento e de uma distribuição equitativa dos benefícios dele derivados. O processo de desenvolvimento deve realçar a dignidade humana e criar igualdade entre os distintos grupos de idade para compartilhar os recursos, direitos e obrigações da sociedade. Todas as pessoas, independentemente de idade, sexo ou crenças, devem contribuir segundo as suas capacidades e receber ajuda segundo suas necessidades. Nesta perspetiva, o crescimento económico, o emprego produtivo, a justiça social e a solidariedade humana são elementos fundamentais e indivisíveis do desenvolvimento, como o são a conservação e o reconhecimento da identidade cultural;*
b. *Diversos problemas das pessoas de idade podem encontrar sua verdadeira solução em condições de paz, segurança e a cessação da corrida armamentista, e mediante uma reorientação, para as necessidades do desenvolvimento socioeconómico, dos recursos destinados a fins militares;*
c. *Os problemas humanitários e de desenvolvimento das pessoas idosas podem resolver-se melhor em situações em que não prevaleçam a tirania nem a opressão, o colonialismo, o racismo, a discriminação por motivos de raça, sexo ou religião, o Apartheid, o genocídio, a agressão e a ocupação estrangeiras e outras formas de dominação estrangeira, e nas situações em que se respeitem os direitos humanos;*
d. *No contexto de suas próprias tradições, estruturas e valores culturais, cada nação deverá adequar-se às tendências democráticas e às mudanças resultantes. As pessoas de todas as idades devem participar da criação de um equilíbrio entre elementos tradicionais e inovadores para fins de um desenvolvimento harmonioso;*
e. *A contribuição que é valiosa para a sociedade, do ponto de vista espiritual, cultural e socioeconómico das pessoas idosas, deve ser reconhecida e mais incentivada. Os gastos relacionados com o envelhecimento deverão ser considerados um investimento duradouro;*

[41] Fonte: http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf. Extraído a 20.02.18

f. A família, nas suas diversas formas e estruturas, é uma unidade fundamental da sociedade que vincula as gerações, e deverá manter-se, fortalecer-se e proteger-se de acordo com as tradições e costumes de cada país;

g. Os governos e, em particular, as autoridades locais, as organizações não-governamentais, os voluntários individualmente e as organizações de voluntários, incluídas as associações das pessoas idosas, podem contribuir de maneira especialmente importante para prestar apoio e atenção às pessoas de idade avançada na família e na comunidade. Os governos devem apoiar e fomentar as atividades voluntárias deste tipo;

h. Um importante objetivo do desenvolvimento social e económico é uma sociedade integrada do ponto de vista da idade, em que se tenham eliminado a discriminação e a segregação por motivos de idade e se incentivem a solidariedade e o apoio mútuo entre as gerações;

i. O envelhecimento é um processo que dura toda a vida e deverá ser reconhecido como tal. A preparação de toda a população para as etapas posteriores da vida deverá ser parte integrante das políticas sociais e abranger fatores físicos, psicológicos, culturais, religiosos, espirituais, económicos, de saúde, dentre outros;

j. O Plano de Ação deverá ser considerado no contexto mais amplo das tendências sociais, económicas, culturais e espirituais do mundo, a fim de obter uma vida justa e próspera, tanto material como espiritualmente, das pessoas de idade;

k. O envelhecimento, além de ser um símbolo de experiência e sabedoria, pode servir também para que o ser humano se aproxime mais de sua realização pessoal, de acordo com suas crenças e aspirações;

l. As pessoas idosas deverão participar ativamente na formulação e aplicação das políticas, incluídas especialmente as que lhes afetam;

m. Os governos, as organizações não-governamentais e todos os interessados têm uma responsabilidade especial para com as pessoas idosas mais vulneráveis, em particular as pessoas pobres, muitas das quais são mulheres, e das zonas rurais;

n. É necessário que prossigam os estudos de todos os aspetos do envelhecimento".

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 1983, foi considerando um documento parte integrante das principais estratégias formuladas em programas internacionais, regionais e nacionais, centrados na resposta aos problemas e necessidades de caráter mundial decorrentes do envelhecimento das populações.

Como metas principais do Plano de Viena foram identificadas, o fortalecimento da capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e

necessidades especiais das pessoas de mais idade. Fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem económica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento.

O reconhecimento de que todos os aspetos do envelhecimento estão relacionados entre si, supõe a necessidade de uma abordagem coordenada das várias políticas e investigações sobre o assunto, considerando-se que o processo do envelhecimento na sua globalidade. Envolve uma interação com a situação social e económica, que requer uma abordagem integrada e interdisciplinar ao nível do planeamento das várias medidas que contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e das populações em geral, existindo um elevado grau de interdependência das políticas.

Reconhecendo-se a interdependência das várias políticas (sociais, educação, saúde, económicas, etc.) o Plano de Viena definiu como especial atenção a coordenação de esforços preventivos para combater os efeitos prejudiciais do envelhecimento prematuro, desde o nascimento, apresentando 62 recomendações estruturado em sete áreas de intervenção:

- *Saúde e nutrição (recomendações 1 a 17);*
- *Proteção dos consumidores e as pessoas idosas (recomendação 18);*
- *Habitação e meio ambiente (recomendações 19 a 24);*
- *Família (recomendações 25 a 29);*
- *Bem-estar social (recomendações de 30 a 35);*
- *Rendimentos de reforma e emprego (recomendações de 36 a 43);*
- *Educação (Recomendações de 44 a 51)*

Destaca-se do Plano de Viena a *Recomendação 25,* reconhecendo-se a família como a unidade básica da sociedade, recomendando-se aos Estados Membros a realização os esforços necessários para apoiá-la,

protegê-la e fortalecê-la de acordo com o sistema de valores culturais de cada sociedade e atendendo às necessidades de seus membros de idade avançada. A recomendação reforça ainda a importância dos governos promoverem políticas sociais que incentivem a manutenção da solidariedade familiar entre gerações, com a participação de todos os membros da família.

2.2 Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, 1994

Em conformidade com o Plano de Ação Internacional sobre as pessoas idosas, adotado pela Assembleia Mundial e endossado pela Assembleia Geral na sua resolução 37/51, de 3 de dezembro de 1982 (Plano de Viena), em 1991 é declarado o Princípio das Nações Unidas para as pessoas idosas.

Os povos das Nações Unidas declaram-se, decididos a reafirmar a fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações, grandes e pequenas, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade, observando o desenvolvimento desses direitos na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Reconhece-se a enorme diversidade na situação das pessoas idosas, não apenas entre os vários países, mas também dentro do mesmo país e entre indivíduos, a qual exige uma série de diferentes respostas políticas.

A elaboração do Principio das Nações Unidas decorre da tomada de consciência em 1991, que em todos os países, as pessoas estão a atingir uma idade avançada em maior número e em melhor estado de saúde do que alguma vez sucedeu e que deverão ser dadas oportunidades para que as pessoas idosas capazes, e que o desejem fazer, participem nas atividades em curso da sociedade e contribuam para as mesmas.

O Principio considera ainda importante, ter presente as dificuldades da vida familiar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, para os quais é exigido maior assistência às pessoas que prestam apoio aos idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Princípios

Independência

- *As pessoas idosas devem ter acesso a alimentação, água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde adequados, através da garantia de rendimentos, do apoio familiar e comunitário e da autoajuda.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de trabalhar ou de ter acesso a outras fontes de rendimento.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida ativa.*
- *As pessoas idosas devem ter acesso a programas adequados de educação e formação.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.*

Participação

As pessoas idosas devem permanecer integrados na sociedade, participar ativamente na formulação e execução de políticas que afetem diretamente o seu bem-estar e partilhar os seus conhecimentos e aptidões com as gerações mais jovens.

- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de procurar e desenvolver oportunidades para prestar serviços à comunidade e para trabalhar como voluntários em tarefas adequadas aos seus interesses e capacidades.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de constituir movimentos ou associações de as as pessoas idosas.*

Assistência

- *As pessoas idosas devem beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.*
- *As pessoas idosas devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.*
- *As pessoas idosas devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respetiva autonomia, proteção e assistência.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.*
- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.*

Realização pessoal

- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.*
- *As pessoas idosas devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.*

Dignidade

- *As pessoas idosas devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.*
- *As pessoas idosas devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, sexo, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.*

2.3 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994

Apresentando-se como pano de fundo da presente investigação o envelhecimento Demográfico enquanto fenómeno que faz parte do crescimento e do desenvolvimento das regiões, importa contextualizar o marco histórico das políticas e programas internacionais associados ao desenvolvimento das populações.

A *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (*ICPD,2014*)* mais conhecida como *Conferência do Cairo* (Setembro de 1994)*,* é considerado um elemento importante de referência da literatura sobre as Políticas do envelhecimento (ONU, 1994).

Para além do efeito mobilizador de onze mil participantes, representantes de governos, Nações Unidas, ONGD e meios de comunicação, a partir da ICPD as Políticas e programas deixaram de centrar-se no controlo do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação económica e social dos países, passando a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos.

A ICPD acontece em 1994 num momento decisivo na história da cooperação internacional, em que o crescente reconhecimento de população global, desenvolvimento e interdependência ambiental, conduziu à oportunidade de adotar políticas adequadas de macroeconomia e socioeconómicas, destinadas a promover o crescimento económico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável em todos os países, bem como mobilizar recursos financeiros e humanos para a solução global de problemas.

Um dos paradigmas identificados na Conferência do Cairo, apresentava o índice de crescimento da população mundial / envelhecimento Demográfico como uma das principais prioridades de atuação dos diversos países. Há vinte anos estimava-se um aumento *per annum* de 86 milhões de pessoas, para o qual era necessário a definição de um Plano de Ação capaz de responder aos desafios principais da população, centrados nas questões da saúde, educação e desenvolvimento.

Perante um Quadro emergente em que a maioria dos países convergia para um sistema de baixas taxas de natalidade e de mortalidade, existindo 23% da população mundial com indicadores de

crescimento inferiores a 1 por cento ao ano, perspetivando-se que a população da Europa precisaria de mais de 380 anos para duplicar as atuais taxas atuais, a ICPD identificou como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida das gerações presente e futuras.

Na presença da diminuição dos níveis de fecundidade, reforçada por contínuos declínios nos níveis de mortalidade, produziram-se mudanças fundamentais na estrutura etária da população da maioria das sociedades.

O aumento do índice de envelhecimento, com significativo incremento da proporção e número de pessoas muito idosas, em que uma em cada quatro pessoas tem pelo menos 60 anos de idade, a redução da taxa de masculinidade, o aumento de mulheres idosas pobres, vulneráveis, o crescimento da população idosa, a futura viabilidade das modalidades formais e informais de atendimento e apoio ás pessoas idosas, constituíram há três décadas a justificação das prioridades do ICPD, destinada a determinar o impacto económico e social do envelhecimento de populações, considerando-se uma oportunidade e um desafio para todas as sociedades.

Tendo por base os pressupostos justificativos da ação em 1994 a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, definiu os seguintes objetivos e ações:

"Objetivos:

6.17

Fortalecer, por meio de mecanismos apropriados, a autoconfiança da pessoa idosa e criar condições que promovam sua qualidade de vida e a capacitem para trabalhar e viver, independentemente, nas suas próprias comunidades, por tanto tempo quanto for possível ou conveniente;

Desenvolver sistemas de assistência à saúde assim como sistemas de segurança social e económica na velhice, quando conveniente, atribuindo especial atenção às necessidades da mulher;

Desenvolver um sistema de apoio social, tanto formal como informal, com vista a reforçar a capacidade das famílias para cuidarem das pessoas idosas.

Ações:

6.18 *- Todos os níveis de governo ao nível do planeamento socioeconómico de médio e longo prazo, devem ter em consideração o crescente número e proporção das pessoas idosas na população. Os governos devem desenvolver sistemas de segurança social que assegurem mais justiça e solidariedade entre as gerações destinados a promover o apoio à pessoa idosa, estimulando as famílias de muitas gerações a disponibilizarem apoio e serviços de longo prazo em maior quantidade sobretudo às pessoas idosas mais vulneráveis.*

6.19 *- Os governos devem procurar aumentar a autoconfiança das pessoas idosas para facilitar a continuação de sua participação na sociedade. Em consulta com as pessoas idosas, os governos devem assegurar que sejam criadas condições necessárias para a capacitar a viver sua vida produtiva com autonomia e saúde e a fazer pleno uso das habilidades e capacidades que adquiriram ao longo da vida, em benefício da sociedade. Os governos devem promover o reconhecimento e encorajamento da valiosa contribuição que a pessoa idosa dá às famílias e à sociedade, especialmente, como voluntárias e prestadoras de serviços.*

6.20 *- Os governos, em colaboração com organizações não-governamentais e com o setor privado, devem reforçar os sistemas de apoio formais e informais e redes de segurança para as pessoas idosas, eliminar todas as formas de violência e de discriminação contra o idoso, atribuindo especial atenção às necessidades das mulheres idosas*".

2.4 Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento Madrid, 2002

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, realizado em Madrid (2002), teve como referencia o Ano Internacional do Idoso em 1999, apoiado pelo conceito uma sociedade para todas as idades. Baseado nas dimensões do desenvolvimento individual durante toda a vida, relações entre várias gerações, relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento e a situação das pessoas idosas, manteve-se o propósito da Assembleia Mundial de Viena em 1982.

> "*As potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com as competências, experiência e sabedoria das pessoas idosas para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam ativamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral*" (ONU, 2002).

Tomando como orientação os objetivos definidos na Assembleia do Milénio (ONU, 2000) o Plano de Ação visava iniciar um fórum que contribuísse para a garantia da segurança económica e social das pessoas idosas, assim como oportunidades para que essas pessoas contribuam para o desenvolvimento de seus países, reconhecendo-se inúmeras oportunidades e desafios. O Plano de Ação de Madrid de 2002 apresenta como prioridade do desenvolvimento de medidas sete temas (Quadro 9) visando o desenvolvimento de políticas sobre envelhecimento que devem ser cuidadosamente examinadas numa perspetiva de desenvolvimento que inclua o fato do aumento da esperança medida de vida abrangendo-se como ponto de vista a sociedade.

O Plano de Madrid é constituído por 18 Temas, 36 objetivos, desenvolvidos em 220 medidas, considerando-se que o envelhecimento da população passará a ser uma questão de importância primordial nos países em desenvolvimento que, de acordo com projeções, envelhecerão rapidamente na primeira metade do século XXI, sendo por isso necessário que os Estados Membro priorizem medidas destinadas a melhorar a qualidade de vida das populações.

Quadro 9 – Orientações prioritárias da Assembleia Mundial do Envelhecimento, Madrid 2002.

Orientação prioritária	Tema
As pessoas idosas e o desenvolvimento	• Participação ativa na sociedade e no desenvolvimento • Emprego e envelhecimento da força de trabalho • Desenvolvimento rural, migração e urbanização • Acesso ao conhecimento, à educação e à capacitação • Solidariedade intergeracional • Erradicação da pobreza • Garantia de rendimentos, proteção social e prevenção da pobreza • Situações de emergência
Promoção da saúde e bem-estar na velhice	• Promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida • Acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde • As pessoas idosas e a SIDA • Capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde • Necessidades relacionadas com a saúde mental das pessoas idosas • As pessoas idosas e incapacidades
Criação de ambiente propício e favorável	• Habitação e condições de vida • Assistência e apoio às pessoas que prestam assistência • Abandono, maus-tratos e violência • Imagens do envelhecimento

Fonte: Elaborado a partir de Madrid (2002).

Orientação Prioritária 1

As pessoas idosas e o Desenvolvimento

Tema 1: Participação ativa na sociedade e no desenvolvimento

Objetivo 1: Reconhecimento da contribuição social, cultural, económica e política das pessoas idosas

Objetivo 2: Participação das pessoas idosas nos processos de tomada de decisões em todos os níveis

Tema 2: Emprego e envelhecimento da força de trabalho

Objetivo 3: Oferecer oportunidades de emprego a todas as pessoas idosas que desejem trabalhar

Tema 3: Desenvolvimento rural, migração e urbanização

Objetivo 4: Melhoria das condições de vida e da infraestrutura das zonas rurais.

Objetivo 5: Diminuição da marginalização das pessoas idosas nas zonas rurais.

Objetivo 6: Integração dos migrantes de idade avançada em suas novas comunidades.

Tema 4: Acesso ao conhecimento, à educação e à capacitação

Objetivo 7: Igualdade de oportunidades durante toda a vida em matéria de educação permanente, capacitação e reabilitação, assim como de orientação profissional e acesso a serviços de inserção no trabalho.

Objetivo 8: Plena utilização das possibilidades e dos conhecimentos de pessoas de todas as idades, reconhecendo os benefícios frutos de uma experiência adquirida com a idade.

Tema 5: Solidariedade intergeracional

Objetivo 9: Fortalecer a solidariedade mediante a equidade e a reciprocidade entre as gerações.

Tema 6: Erradicação da pobreza

Objetivo 10: Redução da pobreza entre as pessoas idosas.

Tema 7: Garantia de rendimentos, proteção social e prevenção da pobreza

Objetivo 11: Realização de programas que permitam a todos os trabalhadores terem uma proteção social / seguridade social básica que compreenda, quando for o caso, pensões, seguro invalidez e assistência à saúde.

Objetivo 12: Rendimento mínimo suficiente para as pessoas idosas, com especial atenção aos grupos em situação social e económica desvantajosa.

Tema 8: Situações de emergência

Objetivo 13: Igualdade de acesso das pessoas idosas à alimentação, à moradia, à assistência médica e a outros serviços durante e depois de desastres naturais e outras situações de calamidade pública.

Objetivo 14: possibilitar que as pessoas idosas contribuam mais para restabelecimento e a reconstrução das comunidades e do contexto social depois das situações de emergência.

Orientação prioritária 2:
Promoção da saúde e bem-estar na velhice

Tema 9: Promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida

Objetivo 15: Redução dos efeitos acumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças e, em consequência, a possível dependência na velhice.

Objetivo 16: Elaboração de políticas para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas.
Objetivo 17: Acesso de todos as pessoas idosas à alimentação e a uma nutrição adequada.

Tema 10: Acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde

Objetivo 18: Eliminação das desigualdades sociais e económicas por razões de idade ou sexo ou por outros motivos, inclusive as barreiras linguísticas, a fim de garantir que as pessoas idosas tenham um acesso universal e em condições de igualdade à assistência à saúde.

Objetivo 19: Desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de assistência à saúde para atender às necessidades das pessoas idosas e promover sua inclusão no processo.

Objetivo 20: Instituir um atendimento contínuo à saúde para atender às necessidades das pessoas idosas

Objetivo 21: Participação das pessoas idosas no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária de saúde e atendimento a longo prazo.

Tema 11: As pessoas idosas e a SIDA

Objetivo 22: Melhorar a avaliação dos efeitos da SIDA sobre a saúde das pessoas idosas, tanto para os infetados como para as famílias qur cuidam de familiares infetados ou sobreviventes.

Objetivo 23: Dar informação adequada, capacitar para a prestação de cuidados e proporcionar assistência médica e apoio social às pessoas idosas infetados pela SIDA e a quem lhes dão assistência.

Objetivo 24: Fortalecimento e reconhecimento da contribuição das pessoas idosas para desenvolvimento quando cuidam de crianças com enfermidades crónicas, inclusive a SIDA, e quando substituem aos pais.

Tema 12: Capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde

Objetivo 25: Melhorar a informação e a capacitação de profissionais de saúde e de serviços sociais quanto às necessidades das pessoas idosas.

Tema 13: Necessidades relacionadas com a saúde mental das pessoas idosas

Objetivo 26: Desenvolvimento de amplos serviços de assistência à saúde mental que compreendam desde a prevenção de uma intervenção oportuna à prestação de serviços para o tratamento e gestão dos problemas de saúde mental das pessoas idosas.

Tema 14: As pessoas idosas e incapacidades

Objetivo 27: Manutenção de máxima capacidade funcional durante toda a vida e promoção da plena participação das pessoas idosas portadores de incapacidades.

Orientação prioritária 3:
Criação de ambiente propício e favorável

Tema 15: Habitação e condições de vida

Objetivo 28: Promover o envelhecimento na comunidade em que se viveu, levando devidamente em conta as preferências pessoais e as possibilidades no tocante à moradia acessível para as pessoas idosas.

Objetivo 29: Melhoria do projeto ambiental e da moradia para promover a independência das pessoas idosas considerando suas necessidades, particularmente dos que apresentam incapacidades.

Objetivo 30: Melhorar a disponibilidade de transporte acessível e economicamente exequível, para as pessoas idosas.

Tema 16: Assistência e apoio às pessoas que prestam assistência

Objetivo 31: Oferecer assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, às pessoas idosas e aos cuidadores.

Objetivo 32: Apoio à função assistencial que desempenham as as pessoas idosas, principalmente mulheres idosas.

Tema 17: Abandono, maus-tratos e violência

Objetivo 33: Eliminação de todas as formas de abandono, abuso e violência contra as pessoas idosas.

Objetivo 34: Criação de serviços de apoio para atender aos casos de abuso e maus-tratos às pessoas idosas.

Tema 18: Imagens do envelhecimento

Objetivo 35: Maior reconhecimento público da autoridade, sabedoria, produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas.

2.5 Internacional sobre a População e o Programa de Ação da Conferencia Desenvolvimento depois de 2014

"The ICPD Programme of Action provided a Foundation for the Millennium Development Goals and has contributed to significant improvements in poverty reduction, health, education and gender equality over the past twenty years. These development gains have not, however, reached everyone and significant gaps and inequalities remain. UN General Assembly resolution 65/234 recognized that the ICPD agenda remains unfinished and has extended the Programme of Action indefinitely. Governments also requested an operational review of implementation of the Programme of Action on the basis of the highest quality data and analysis of the state of population and development that takes into account new challenges and the changing development environment as well as the need for a systematic, comprehensive and integrated approach to population and development issues. This review has provided a framework for tackling gaps and barriers in the achievement of the Cairo vision" (ONU, 2014, p. 7).

O relatório de avaliação do Programa de Ação da Conferencia sobre a População e o Desenvolvimento efetuado em 2014 pela *International Conference on Population and development Beyond 2014* (ONU, 2014), publicado com a resolução 65/234/ONU de 12 de fevereiro de 2014, é uma das principais bibliografias de referência, não só sobre o tema do Envelhecimento Demográfico à escala mundial, como também permite analisar o desenvolvimento de áreas transversais que influenciam a qualidade de vida das populações, citando-se por exemplo, as questões da pobreza e da saúde, marcadores determinantes do fenómeno do envelhecimento que afetam um elevado número de pessoas idosas.

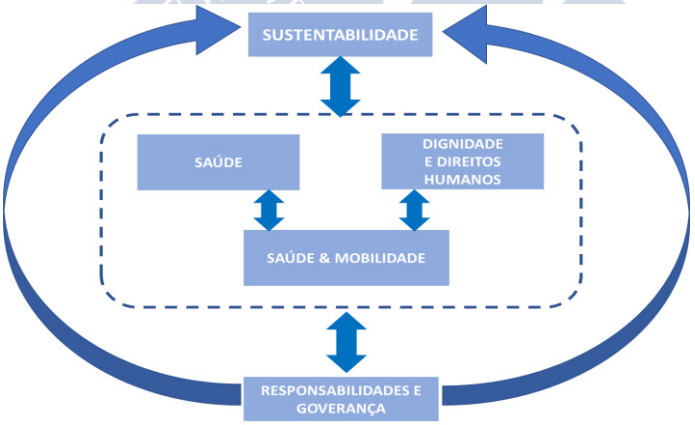
Uma das principais conclusões do ICPD consiste na proposta do desenvolvimento de um novo marco depois de 2014, fundamentado em cinco pilares temáticos os quais deverão constituir as prioridades dos governos em matéria do desenvolvimento da população: Dignidade e Direitos Humanos, Saúde, Mobilidade, Responsabilidades e

Governação e Sustentabilidade, (Ilustração 6) inserindo-se o tema do envelhecimento no capítulo II (Dignidade e Direitos Humanos).

O novo marco de desenvolvimento das políticas mundiais do Desenvolvimento das Populações resulta das aspirações humanas sobre a dignidade e direitos humanos, gozando-se de boa saúde e vivendo num local seguro e acessível, motivações estas que fazem parte dos objetivos de qualquer família e que devem sustentar as políticas de governação de qualquer país, encontrando-se ou não em desenvolvimento.

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento reiterou a importância dos compromissos internacionais amplamente reconhecidos em matéria de direitos humanos, os quais devem ter carater universal e indivisíveis, devendo aplicar-se a em todos os programas e Políticas da população e desenvolvimento de forma equitativa a satisfazer as necessidades ambientais, do desenvolvimento e demográficas das gerações sentes e futuras, conforme o principio definido na Conferência Mundial dos Direitos Humanos.

Ilustração 6 - Pilares de Desenvolvimento Estratégico do Desenvolvimento da População 2014.



Fonte: Elaborado a partir de ONU (2014, p. 14)

Quadro 10 – Pilares Temáticos e Áreas de Ação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014.

Tema	Áreas de ação
III. Relações entre a população, crescimento económico sustentado e desenvolvimento sustentável	• Integração das políticas de população e desenvolvimento. • População, crescimento económico sustentado e pobreza • População e meio ambiente
IV. Igualdade e equidade entre os sexos e empoderamento das mulheres	• Melhoria da condição das mulheres • A criança • Responsabilidades e participação do homem
V. A família, suas funções, direitos, composição e estrutura	• Diversidade da estrutura e composição da família • Suporte socioeconómico para a família
VI. Crescimento e estrutura da população	• Fecundidade, mortalidade e taxas de crescimento populacional • Crianças e jovens • As pessoas idosas • Povos indígenas • Pessoas com deficiência
VII. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva	• Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva • Planeamento familiar • Doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do HIV • Sexualidade humana e relações entre os sexos • Os adolescentes
VIII. Saúde, morbidade e mortalidade	• Saúde primária e cuidados de saúde pública • Sobrevivência e saúde das crianças • A saúde das mulheres e da maternidade sem risco • HIV e SIDA

Fonte: Elaborado a partir de ONU (2014).

Quadro 11 – Pilares Temáticos e Áreas de Ação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014.

Tema	Áreas de ação
IX. Distribuição populacional, urbanização e migração interna	• Distribuição populacional e desenvolvimento sustentável • Crescimento populacional em grandes aglomerações urbanas • Pessoas deslocadas internamente
X. Migração internacional	• Migração internacional e desenvolvimento • Migrantes documentados • Migrantes indocumentados • Refugiados, requerentes de asilo e pessoas deslocadas
XI. População, desenvolvimento e educação	• Educação, população e desenvolvimento sustentável • Informação, educação e comunicação em relação à população
XII. Tecnologia, pesquisa e desenvolvimento	• Reunião, análise e disseminação de dados básicos
XIII. Atividades nacionais	• Políticas nacionais e planos de ação • Gestão de programas e desenvolvimento de recursos humanos • Mobilização e alocação de recursos
XIV. Cooperação internacional	• Responsabilidades dos parceiros de desenvolvimento • Rumo a um novo compromisso para financiar atividades de população e desenvolvimento.
XV. Colaboração com o setor não-governamental	• Organizações não governamentais locais, nacionais e internacionais • O setor privado
XVI. Atividades complementares da conferência	• Atividades a nível nacional • Atividades a nível regional e sub-regional • Atividades a nível internacional

Fonte: Elaborado a partir de ONU (2014).

Cada país tem o direito soberano de aplicar as recomendações contida no Programa de Ação de acordo com suas leis nacionais e suas prioridades de desenvolvimento, respeitando plenamente os vários valores religiosos, éticos e culturais do seu povo e de uma maneira compatível com os direitos humanos internacionalmente reconhecido. Apoiada por 15 Princípios a cooperação internacional e solidariedade universal, com base nos princípios da Carta das Nações Unidas e em espírito de colaboração, são considerados valores de importância decisiva para melhorar a qualidade de vida dos povos do mundo.

O Programa de Ação da Conferência sobre a População e o Desenvolvimento está estruturado em 16 capítulos (Quadro 10, Quadro 11), existindo uma seção sobre as pessoas idosas, inserida no capítulo do Crescimento e Estrutura da População, Pilar da Dignidade e Direitos Humanos.

O ICPD reconhece a importância de abordar questões relacionadas com o envelhecimento da população e as necessidades das pessoas idosas no contexto da dinâmica demográfica. Na maioria das regiões desenvolvidas, aproximadamente uma em cada seis pessoas tem pelo menos 60 anos, prevendo-se que a proporção aproximar-se-á de um em cada quatro pessoas até 2025. O envelhecimento é considerado uma realidade emergente com implicações sociais e económicas que requer respostas adequadas tanto a nível nacional como internacional. Para os Estados-Membros signatários do ICPD, o envelhecimento da população representa simultaneamente um desafio e uma oportunidade, destacando a importância de integrar o envelhecimento na Agenda-Pós-Desenvolvimento para 2015.

O ICPD considera ainda que os investimentos em pessoais (capital humano) entre outros, através do empowerment nas pessoas idosas, aprendizagem contínua, são condições necessárias para o desenvolvimento sustentável e inclusivo. Dada a pressão crescente sobre os sistemas de pensões e saúde e proteção social, o ICPD considera que o pós 2014 deve contemplar sistemas de proteção social que garantam o bem-estar das pessoas idosas.

Ao nível da área de atuação do envelhecimento foram definidos um conjunto de objetivos e medidas inscritos no Plano de Ação do ICPD (Quadro 12, Quadro 13).

Quadro 12 – Objetivos de apoio às pessoas idosas inscritas no Programa de Ação da Conferência sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014.

a.	Aumentar, através de mecanismos adequados, a autonomia das pessoas idosas, criar condições que melhorem a qualidade de vida e permitam trabalhar e viver de forma independente nas suas próprias comunidades, desde que possam ou desejam;
b.	Estabelecer sistemas de cuidados de saúde e sistemas de segurança social e económica para as pessoas idosas, conforme apropriado, dando especial atenção às necessidades das mulheres;
c.	Estabelecer um sistema de apoio social, a nível oficial e não oficial, com o objetivo de aumentar a capacidade das famílias para cuidar das pessoas idosas

Fonte: Elaborado a partir de ICPD (2014, pp. 57-58).

Quadro 13 – Medidas de apoio às pessoas idosas inscritas no Programa de Ação da Conferência sobre a População e o Desenvolvimento, depois de 2014.

6.18 - Todos os níveis de administração que lidam com o planeamento socioeconômico de médio e longo prazo devem ter em conta a proporção e o número crescente das pessoas idosas na população. Os governos devem estabelecer sistemas de segurança social que assegurem uma maior unidade e solidariedade intergeracional e intrageracional, que ofereça apoio às pessoas idosas, protegendo e promovendo as famílias de várias gerações, fornecendo apoio e serviços ao nível dos Cuidados de Longa Duração.

6.19 - Os governos devem tentar aumentar a capacidade de participação na sociedade das pessoas idosas. Os governos devem garantir as condições necessárias para que as pessoas idosas possam levar uma vida independente, saudável e produtiva aproveitando plenamente as habilidades e competências que adquiriram ao longo da vida em benefício da sociedade. A valiosa contribuição das pessoas idosas para a família e a sociedade, especialmente no papel de voluntários e cuidadores, deve ser reconhecida e devidamente promovida.

6.20 - Os governos, em colaboração com as organizações não governamentais e o setor privado, devem fortalecer os sistemas de apoio e segurança para as pessoas idosas, tanto oficiais quanto não oficiais, eliminando todas as formas de violência e discriminação contra as pessoas idosas em todos os países, prestando especial atenção às necessidades das mulheres idosas.

Fonte: Elaborado a partir de ICPD (2014, pp. 57-58).

O ICPD apresenta ainda um capítulo destinado à definição de objetivos e medidas no âmbito das investigações económicas e sociais. Define-se como principal objetivo promover a investigação sociocultural e económica para contribuir para o apoio ao desenvolvimento de novos programas, atividades e serviços destinados a melhorar a qualidade de vida e atender às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades, particularmente dos grupos desfavorecidos.

2.6 A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o Envelhecimento e as pessoas idosas

A Declaração do Milénio das Nações Unidas, de 18 de setembro de 2000, (ONU, 2000) constitui um marco histórico das políticas de desenvolvimento mundial da população. O compromisso dos Estados-membros com os valores fundamentais da Carta da ONU, que inclui a liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidades partilhadas, constituem os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.

O ano de 2015 ficará na História como o ano da definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), fixados numa cimeira da ONU, em Nova Iorque (EUA), de 25 a 27 de setembro, que reuniu os líderes mundiais para adotar uma agenda ambiciosa com vista à erradicação da pobreza e ao desenvolvimento económico, social e ambiental à escala global até 2030, conhecida como Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Os ODS foram pensados a partir do sucesso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, entre 2000 e 2015, pretendem ir mais longe para acabar com todas as formas de pobreza. Trata-se de uma agenda alargada e ambiciosa que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável, e que promove a paz, a justiça e instituições eficazes.

A mobilização dos meios de implementação – dos recursos financeiros às tecnologias de desenvolvimento e transferência de capacitação – é também reconhecida como fundamental.

Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015) visam criar um novo modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas. Os ODS deverão ser implementados por todos os países, abrangem diversas áreas interligadas, como: o acesso equitativo à educação e a serviços de saúde de qualidade; a criação de emprego digno; a sustentabilidade energética e ambiental; a conservação e gestão dos oceanos; a promoção de instituições eficazes e de sociedades estáveis e o combate à desigualdade a todos os níveis.

O documento adotado na Cimeira, para vigorar até 2030, tem a designação de "*Transformando o nosso Mundo*: *a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030*".

A Agenda 2030 considera vital a preparação da população para o envelhecimento. Para além das questões da erradicação da pobreza, boa saúde, igualdade de gênero, crescimento económico e trabalho decente, o desenvolvimento sustentável deve reduzir as desigualdades. Neste sentido, embora seja essencial abordar a exclusão e a vulnerabilidade da discriminação interseccional contra as pessoas mais velhas na implementação da nova Agenda, é ainda mais importante ir além do tratamento das pessoas idosas como grupo vulnerável (UNPD, 2017, p. 7).

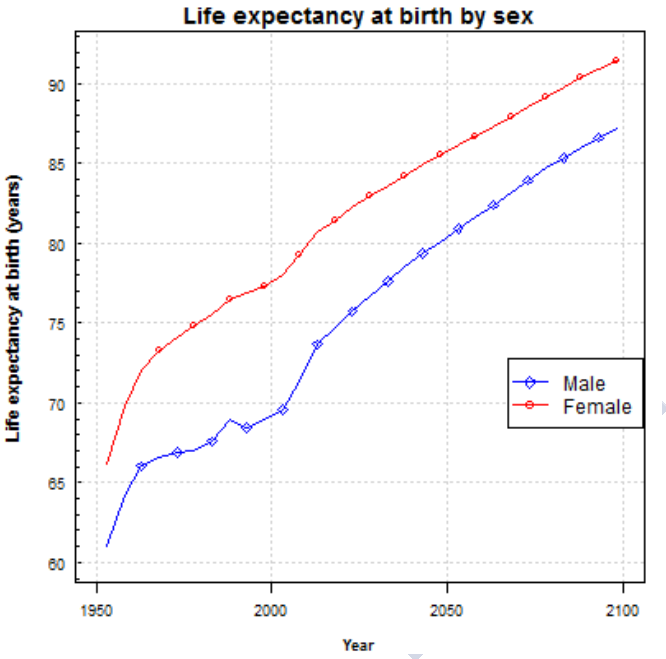
As pessoas mais velhas devem ser reconhecidas como agentes ativos do desenvolvimento da sociedade, a fim de alcançar mudanças verdadeiramente transformadoras, inclusivas e resultados de desenvolvimento sustentável. O relatório *World Population Ageing* 2015 (WPA, 2015) reconhece a importância de uma abordagem de Ciclo de Vida do envelhecimento, exigindo a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas na implementação da Agenda 2030 (UNPD, 2017, p. 12).

De acordo com o Relatório da População Mundial de 2017 (WPP, 2017) em 2015, havia 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, compreendendo 12,3 % da população global. Enquanto a região da Ásia-Pacífico tem o maior número de pessoas com 60 anos ou mais (508 milhões), a Europa possui a maior percentagem de população dessa idade (24 %, ou 177 milhões).

Á medida que a saúde pública avança na maioria dos países, constata-se que aumenta a esperança média de vida (Gráfico 11), fator que contribui para o aumento do número e da proporção das pessoas idosas em todas as partes do mundo. Entre 2015 e 2030, prevê-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais cresça 56%, atingindo 1,4 bilhão em 2030, o que representará quase 16,5% da população global.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável define um plano de ação universal, para alcançar de forma equilibrada o desenvolvimento sustentável, não deixando ninguém para trás, garantindo-se o cumprimento dos direitos humanos de todos os grupos da sociedade, em todas as idades, prestando-se maior atenção às pessoas mais vulneráveis, incluindo as pessoas idosas (ONU, 2015).

Gráfico 11 – Esperança média de vida à nascença por sexo, Europa, 1950, 2000, 2050, 2100.

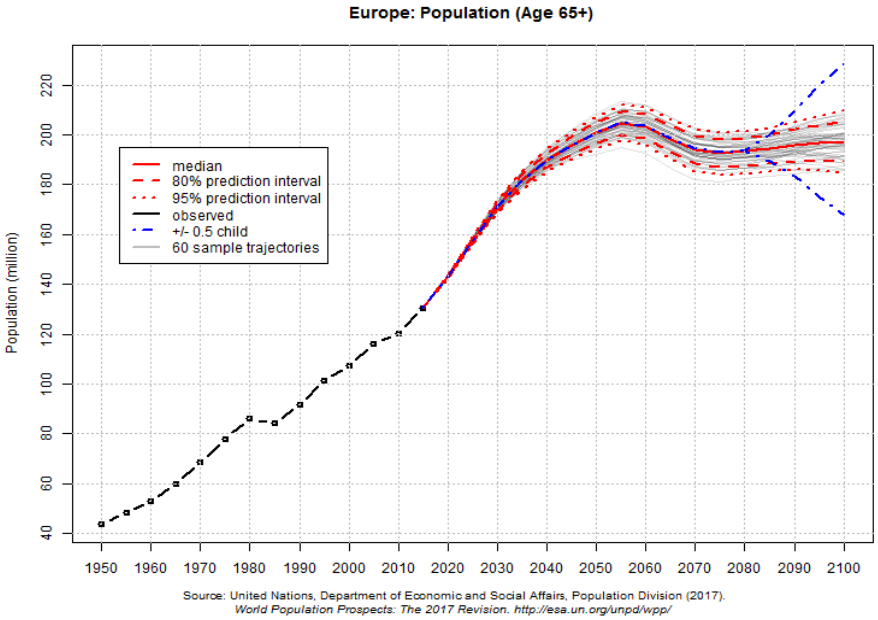


Fonte: https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/. Extraído a 18.05.2017

O envelhecimento da população é uma tendência global que afeta todos os países (Gráfico 12). Embora a um ritmo e níveis diferentes, reflete realizações significativas do desenvolvimento humano, melhoria da saúde, maior longevidade e menor mortalidade. Proporciona oportunidades significativas para o desenvolvimento sustentável, que se encontram associadas à participação ativa das gerações mais velhas na economia, no mercado de trabalho e na sociedade em geral.

De acordo com WelpAge International (UNPD, 2017, pp. 11-13) as pessoas idosas são atores importantes nas comunidades, desempenhando um papel importante nas áreas do: Desenvolvimento Económico, Trabalho não remunerado de apoio à família, Participação Política, Capital Social.

Gráfico 12 – Projeção da população com 65 e mais anos, Europa, 1950 a 2100.



Fonte: https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/. Extraído a 18.05.2017.

Quadro 14 – Papel das pessoas idosas na comunidade no âmbito dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Desenvolvimento Económico	As pessoas idosas contribuem substancialmente para a economia através da participação na força de trabalho formal ou informal (muitas vezes além da idade da reforma), impostos, consumo e transferências de ativos e recursos para a família e comunidades.
Trabalho não remunerado (cuidadores informais)	As pessoas mais velhas, em particular as mulheres, desempenham um papel vital na prestação de cuidados não remunerados aos cônjuges, netos e outros familiares, incluindo as pessoas com deficiência. Os avós tornaram-se centrais e indispensáveis para o bem-estar das famílias, especialmente na ausência de serviços públicos e outras atividades sociais.
Participação Política	As pessoas idosas em alguns países, nomeadamente nas democracias avançadas, apresentam um peso significativo, o qual está associado principalmente à concentração de recursos econômicos e a uma tradição de participação política. À medida que as pessoas idosas continuam a constituir uma proporção cada vez maior da população total, têm o potencial de ser mais influentes na sociedade.
Capital Social	Grande parte das pessoas idosas tendem a estar ativamente envolvidas na vida comunitária e cívica através do voluntariado, direção de instituições públicas e na participação em instituições comunitárias. Esta participação fortalece o Capital Social das organizações, através da partilha de saberes com as gerações mais novas (solidariedade intergeracional). As gerações mais velhas, são também fontes importantes de memória e sabedoria histórica, guardiões da cultura e repositórios de tradições sociais e conhecimentos.

Fonte: Elaborado a partir de WelpAge International (UNPD, 2017, pp. 11-13).

A perspetiva de abordagem do envelhecimento na Agenda 2030 é de carater multidimensional. Inclui a cronológica, biológica,

psicológico e social, reconhecendo-se a diversidade das pessoas idosas em termos das suas necessidades, capacidades, estilos de vida, experiências e preferências, que são moldadas pela idade, sexo, saúde, rendimentos, educação, etnia e outros fatores.

O aumento da população idosa e da longevidade, a redução da população ativa, coloca um conjunto de desafios aos governos, à sociedade e às pessoas idosas, que exigem Políticas urgentes. O aumento da pressão sobre os sistemas para assegurar a segurança e o rendimento das pessoas mais velhas, suscita preocupações quanto à capacidade futura dos países em proporcionarem a adequada proteção social às pessoas idosas (OIT, 2014).

Para além da garantia da proteção social, a transição epidemiológica[42] e as mudanças relacionadas com o estilo de vida, aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde pública para se adaptarem ao aumento da procura dos serviços parte das pessoas mais velhas (WHO, 2016).

Outro desafio que se coloca às sociedades, está associado ao preconceito e discriminação em relação às pessoas idosas, a nível individual e institucional, prejudicando-se o seu status enquanto detentoras de direitos (ex. autonomia, participação, acesso à educação e formação, saúde, proteção social, segurança e trabalho).

A velhice agrava ainda desvantagens em relação ao sexo, raça, etnia, deficiência, religião, entre outros fatores que colocam em causa a garantida dos direitos das pessoas mais velhas (UNPD, 2017, pp. 14-16).

O relatório HelpAge International (2015) e a World Health Organization (WHO, 2016) reconhecem que um dos principais desafios do século XXI é a extinção da violência doméstica exercida

[42] O conceito de "transição epidemiológica" refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população. Ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e económicas. O processo pode incluir várias mudanças básicas: exemplo: a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (doenças infeciosas) por doenças não transmissíveis; a deslocação da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) para os grupos das pessoas idosas; a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (doenças crônicas). Fonte: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/. Extraído a 22.02.

sobre as pessoas idosas. O abuso de mulheres e homens mais velhos (físicos, emocionais ou financeiros) foi reconhecido como uma preocupação crescente para todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento.

A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030 estabelece um plano de ação universal para alcançar o desenvolvimento sustentável de forma equilibrada e procurar alcançar os direitos humanos de todas as pessoas. Apela a não deixar ninguém para trás e a garantir que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sejam aplicáveis em todos os segmentos da sociedade, em todas as idades, com foco especial aos mais vulneráveis, incluindo as pessoas idosas (Quadro 14).

A concretização da Agenda 2030 implica a preparação das sociedades para o envelhecimento da população. Para além dos objetivos definidos em matéria de erradicação da pobreza, boa saúde, igualdade de gênero, crescimento económico, trabalho decente, redução das desigualdades e cidades sustentáveis, embora seja essencial abordar a exclusão e a vulnerabilidade e a discriminação contra as pessoas mais velhas na implementação da nova agenda, é ainda mais importante ir além do tratamento das pessoas idosas como um grupo vulnerável.

As pessoas mais velhas devem ser reconhecidas como agentes ativos do desenvolvimento social, a fim de alcançar resultados de desenvolvimento verdadeiramente transformadores, inclusivos e sustentáveis.

De acordo com a Agenda 2030 (UNPD, 2017, pp. 17-20) o envelhecimento da população tem implicações de longo alcance para todos os setores da sociedade, incluindo mercado de trabalho, sistemas financeiros, sistemas de saúde, sistemas de proteção social, participação política procura de bens e serviços, planeamento urbano e desenvolvimento de infraestrutura, bem como afeta as estruturas familiares e relações intergeracionais. Para garantir o progresso na implementação dos ODS, é essencial preparar as transformações económicas e sociais associadas ao envelhecimento e velhice e assegurar o desenvolvimento das condições necessárias para permitir o empowerment das pessoas idosas, de forma a terem vidas autodeterminadas, saudáveis, produtivas e devidamente capacitadas

para exercer o direito de tomar decisões e escolhas em todas as áreas que afetam suas vidas.

É necessário que as políticas fomentem uma mudança de atitude em relação ao envelhecimento e à velhice, no sentido de refletir e promover as contribuições das pessoas idosas para a sociedade.

Os debates públicos e políticas, em vez de se concentrarem nos aspetos negativos do envelhecimento, devem promover as pessoas idosas e suas competências, enquanto solução para muitos desafios de desenvolvimento.

Neste domínio a Agenda 2030 refere que o processo da superação da marginalização e descriminação das pessoas idosas requer uma abordagem integrada e multifacetada, incluindo a sensibilização das estruturas de poder, o investimento na educação pública, a aplicação da legislação antidiscriminação e a articulação. A abordagem do envelhecimento deve ser feita de forma convincente, apresentando-se os ganhos para a sociedade envolvendo os mais velhos no desenvolvimento dos processos de mudança (UNPD, 2017, p. 19).

De acordo com a OIT[43] (2014) o fim da pobreza na velhice exigirá o aumento dos benefícios da proteção social, inclusão no mercado de trabalho formal, promovendo e reconhecendo as experiências e competências das pessoas mais velhas. Os esforços para promover a inclusão das pessoas idosas devem ser acompanhados por programas de capacitação, tendo em vista a manutenção de um padrão de vida adequado que lhes permita o acesso a serviços de saúde, apoio social, transporte e habitação.

De acordo com o (UNPD, 2017, p. 20), o aumento da proporção de pessoas idosas, deve ser acompanhado de estudos que permitam melhorar a informação e análise do envelhecimento, dados essenciais para auxiliar a formulação das Políticas, bem como avaliar as metas e programas destinados à implementação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

[43] A designação internacional é “International Labour Organization”.

Quadro 15 – Recomendações da Nova Agenda do Envelhecimento Ativo e Saudável 2017.

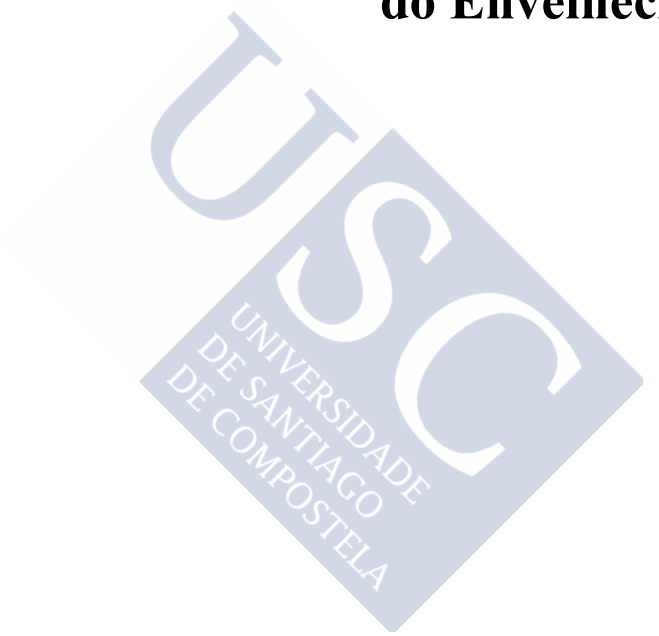
• Incorporar as questões do envelhecimento nos programas de trabalho, dando enfase à necessidade de garantir os direitos das pessoas idosas, incluído os rendimentos, saúde, educação, segurança, participação ativa;
• Adotar nos programas de investigação sobre as pessoas mais velhas uma abordagem sobre o estudo do Ciclo de Vida;
• Elaborar estudos transversais sobre o envelhecimento através da interseção com outras questões críticas, incluindo pobreza, saúde, gênero, trabalho decente, desigualdades, deficiência, meio ambiente, governança e conflito;
• Promover o benchmarking sobre o envelhecimento digno e as questões relacionadas com as pessoas idosas, através do desenvolvimento de parcerias sustentáveis, melhorando a coordenação e a cooperação entre os diversos atores (organizações intergovernamentais globais e regionais, parcerias de desenvolvimento bi e multilaterais, ONG internacionais e nacionais, o setor privado, o meio acadêmico e outras partes interessadas relevantes);
• Apoiar uma melhor recolha, análise, disseminação e uso de dados desagregados por idade (coortes), incluindo os dados sobre envelhecimento nos relatórios nacionais;
• Incentivar o desenvolvimento e implementação de políticas nacionais e locais, baseados nos direitos humanos, sensíveis à idade e inclusão social, com indicadores mensuráveis que permitam rastrear o progresso na situação das pessoas idosas.

Fonte: Elaborado a partir de UNPD (2017, p. 18).

O reconhecimento do papel das pessoas idosas para a sociedade e os respetivos direitos humanos, exige o estabelecimento de políticas que não abordem exclusivamente as questões relacionadas com a atual população idosa. O envelhecimento requer uma ação urgente, uma abordagem que antecipe os efeitos nas gerações futuras à medida que envelhecem ao longo da vida (UNPD, 2017, pp. 21-22).

No âmbito da Agenda 2030 o enquadramento nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, das iniciativas da ONU sobre o envelhecimento e das pessoas idosas, é apresentado um conjunto de recomendações (Quadro 15) destinadas a criar uma nova agenda de envelhecimento ativo e saudável, no sentido de reduzir vulnerabilidades e aumentar os direitos, capacidades e resiliência das pessoas idosas, cumprindo-se assim a Agenda para não deixar ninguém para trás (UNPD, 2017, p. 17).

Capítulo 3 - Perspetivas Teóricas do Envelhecimento



USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Introdução

O presente capítulo tem como objetivo delimitar o objeto de estudo, encontrando-se na Sociologia do Envelhecimento o principal marcador do enquadramento teórico da Tese Doutoramento. Desenvolve-se em torno das diversas gerações das Teorias Sociológicas do envelhecimento, definidas por Bengtson et al., (2009) em três níveis de abordagem, microssocial, macrossocial e micro/macrossocial.

> "*Aging is one of the most intricate scientific puzzles, posing many significant challenges for individuals, families, and societie"* (Jacqueline & Settersten, 2013, p. 30).

As primeiras teorias sociológicas do envelhecimento correspondem ao período 1946-1949. Resumidamente, apresentam-se as teoriass da Desvinculação (Cumming & Henry, 1961), Atividade (Cavan et al., 1963), Subcultura (Rose, 1965) e a Teoria da Modernização (Cowgill & Holmes, 1972).

O segundo grupo de Teorias Sociológicas do Envelhecimento, elaboradas entre 1970 e 1985, focalizam as transformações nas condições sociais que influenciam o processo de envelhecimento, sendo as pessoas idosas entendidas como uma categoria coletiva (Giddens, 2013, p. 343). Abordam-se sumariamente as teorias, da Continuidade (Maddox, 1968 & Atchely, 1989), a Estratificação por Idade (Riley et al., 1972), o Colapso de Competência (Bengston & Kuypers, 1989), o Ciclo de Vida (Elder, 1974), e a Teoria da Troca (Blau, 1964; Dowd, 1975; Passuth & Bengtson, 1988).

A Terceira geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento correspondem à década de 90 (Guiddens, 2013, p. 344). Incluem-se as teorias do Construcionismo Social (Bengston et al., 1987; Kuyports & Bengtson, 1998), a Crítica da Gerontologia (Lynott, 2002, Baars et al., 2006; Wilson, 2007), as teorias Feministas (Calasanti, 2009) e a Teoria da Economia Política do Envelhecimento (Jonhson, 1999, Quadagno et al., 1993, Kall et al., 2009; Estes, 2001; Guidens & Sutton, 2013).

O capítulo é concluído com o desenvolvimento da Teoria do Ciclo de Vida[44] (*Life Course*), segundo o modelo teórico de Silverstein & Giarrusso (2011) estabelecendo-se uma ponte com o Capítulo 4, no qual são desenvolvidas as teorias sociológicas do Envelhecimento numa perspetiva intergeracional.

3.1 Contextualização Teórica da Sociologia do Envelhecimento

Decorridos 35 anos após a adoção do primeiro Plano de Ação do Envelhecimento (ONU, 1983) e da aplicação dos Princípios para as pessoas idosas das Nações Unidas (ONU, 1991) os quatro temas considerados como prioritários para o desenvolvimento da população idosa, independência, participação, saúde e autorrealização (envelhecimento com dignidade), para além se manterem presentes nas políticas dos diversos Estados, integram as prioridades da Declaração do Milénio.

É no fim do XIX e início do século XX, devido ao crescente interesse dos médicos sobre o tema do envelhecimento que surgiram os primeiros trabalhos teóricos, nascendo com o contributo Élie Metchinikoff com suas obras "A natureza do homem" (1903) e "O prolongamento da vida" (1908) os primeiros trabalhos de Gerontologia.

> *Aging is not at cause of all age-related phenomena. Thus, gerontologists maintain a healthy skepticism for what factors are attributed to being "age" effects* (Ferraro, 2013, p. 25)

A Gerontologia (palavra que deriva do grego - gero = envelhecimento + logia = estudo), que aborda o processo do envelhecimento nas dimensões biológica, psicológica e social, aparecendo mais tarde em 1909 o termo Geriatria, criado por Ignaz Leo Nascher, termo composto também por palavras oriundas do grego (ger(on) = velho + iatrikos (= tratamento), que corresponde à ciência que "trata do velho" (Rodrigues, et al., 2006).

Nos anos anteriores à Segunda Grande Guerra, as perspetivas holísticas ganham força nos Estados Unidos. Os cientistas preocupam-se com o estabelecimento de uma "grande teoria" que abrangesse todo

[44] Alguns autores designam também esta teoria por "Ciclo Vital".

o conhecimento de outras disciplinas para explicar o envelhecimento. A realização mais destacada deste período foi a obra "Problemas do envelhecimento", organizada e editada por Cowdry (1939), permanecendo esta obra como um marco pelo qual se pode avaliar os esforços subsequentes para a construção teórica gerontológica.

Durante a década de 30 e 40 surgem vários estudos sobre Biologia, Psicologia e Sociologia do envelhecimento os quais tiveram grande impulso após a II Guerra Mundial, pesquisas e teorias que abriram caminho para as investigações mais sistemáticas sobre o processo do envelhecimento.

John Dewey (1942), o mais importante filósofo norte-americano nesta época, enfatizava a dificuldade inerente ao facto dos dados científicos estarem desligados do contexto social. Perecursor do reconhecimento da importância dos contextos sociais no estudo dos processos do envelhecimento, Rowe et al. (1987) desenvolve o conceito do "envelhecimento bem-sucedido[45]".

Na segunda edição de "*Ageing Problems*", Lawrence Frank (1942) o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, requerer uma abordagem multidisciplinar correlacionada com os diversos pontos de vista". Estas posições emolduraram a agenda do desenvolvimento da Gerontologia no século XX.

A partir da década de 40 as teorias inovadoras nos domínios da Geriatria e Gerontologia, passaram a surgir do trabalho realizado no interior de campos específicos e não de investigações conduzidas com lógica interdisciplinar, fundando-se em 1942 a *American Geriatrics Society* e em 1945 a *Gerontological Society of América*.

O esforço para gerar teorias sobre o envelhecimento ressurge no pós-Guerra, preocupando-se cada área com seus objetos próprios, sem desenvolver uma integração de saberes com os outros campos de conhecimento. É no início da segunda metade do século XX que Os primeiros conceitos teóricos do envelhecimento ganham forma, desenvolvendo-se e aperfeiçoando-se nas áreas na Biologia, Psicologia e nas Ciências Humanas e Sociais.

Para os Biólogos o envelhecimento era assumido como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência

[45] Life-Span

do indivíduo, constituindo a preocupação das investigações a busca pelos determinantes ou marcadores do envelhecimento. Surgem assim, as teorias biológicas do Envelhecimento Celular (Weismann, 1882), Teoria do Uso e Desgaste (Pearl, 1928), Teoria dos Radicais Livres (Harman, 1956), Teoria da Mutação Somática (Curtis, 1961), Teorias Imunológicas (Walford, 1969 e Finch & Rose, 1995) e as Teorias Hormonais – Relógio Biológico (Denckla, 1975).

As teorias clássicas e contemporâneas sociológicas do envelhecimento têm como fundadores Emile Durkheim, Karl Marx e Max Weber, sociólogos reconhecidos como a "Santíssima Trindade da Sociologia", sendo ainda inspiradas pelas teorias do Funcionalismo Estrutural (Ex. Talcott Parsons, Robert Merton), o Conflito Social (Ex. Gerhard Lenski, Ralph Dahrendorf), a Interação Social e Intercâmbio (Georg Simmel, George Homans, Peter Blau), o Interacionismo Simbólico (Ex., George Herbert Mead, Charles Cooley, Irving Goffman) e da Fenomenologia e do Construtivismo Social (Alfred Schutz, Peter Berger e Thomas Luckmann).

Há semelhança das Teorias Biológicas do Envelhecimento que surgiram na Geriatria, as Teorias Sociológicas do Envelhecimento encontram-se enquadradas na Gerontologia Social com origem na década de 50. Estas teorias manifestam-se pelo interesse na velhice sob o ponto de vista social, surgindo no principio dos anos 60 as primeiras teorias sociológicas norte americanas.

A contribuição significativa da Gerontologia, enquanto ciência que estuda os vários aspetos relativos ao envelhecimento teve como contributos Hendriks et al. (1999), identificando-se a década de 60 como o período da sistematização das teorias sociológicas do envelhecimento.

Segundo Bengtson et al. (1997) na Sociologia existem três gerações distintas de conceitos. A primeira de 1949 a 1969, caracterizou a Gerontologia Social, tendo precursores as obras "*Personal Adjustment in old Age"* de Cavan et al. (1949) e "*Older People*" de Havinghurst & Albrecht (1953), considerados como os marcos teóricos da Gerontologia Social.

A segunda metade do século XX é considerada o período em que os Gerontólogos propuseram diversas teorias alusivas ao

envelhecimento. Os primeiros trabalhos refletem a abordagem funcionalista vigente na sociologia dos anos 60 e 70, enfatizando-se a forma como os indivíduos se ajustavam aos papéis sociais à medida que envelhecem, e como esses papéis são uteis para a sociedade.

Paralelamente, ao analisarmos as diversas investigações nos domínios do envelhecimento, conclui-se que existe uma correspondência entre os estudos e as quatro áreas consideradas como prioritárias na Declaração do Ano Internacional das pessoas idosas, (ONU, 1991), a qual inclui como temas prioritários de intervenção*, "a situação das pessoas idosas*; *o desenvolvimento individual ao longo da vida*; *a relação entre gerações e a inter-relação das populações; e o envelhecimento e desenvolvimento"*, (Blackburn & Dulmus, 2007, pp. 8-11), áreas consideradas como prioritárias da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, Madrid, 2002[46].

Grande parte da investigação no domínio do desenvolvimento humano tem-se centrado ao nível do crescimento intelectual das crianças. Contudo, devido ao aumento da esperança média de vida, a literatura tem vindo a dedicar maior atenção ao desenvolvimento do adulto e envelhecimento, interações conexas familiares, problemas relacionados com o trabalho e reforma, condições de vida, numa lógica do estudo do envelhecimento bem-sucedido "*life span and sucessuful aging".*

Segundo Blackburn et al. (2007, p. 8) a evolução da Gerontologia permite identificar as áreas consideradas prioritárias pelos países, nomeadamente, os Serviços Sociais, a Violência e Maus-tratos nas pessoas idosas, os Serviços de Saúde e os Sistemas de Proteção Social, registando-se uma tendência para o desenvolvimento das investigações nos domínios, dos serviços de saúde comunitários.

A questão do envelhecimento é um tema que se encontra presente nas agendas do desenvolvimento dos países. De acordo com o relatório da ONU (2014), em 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos passará de 600 milhões para 2 biliões, razão pela qual os países devem considerar um desafio e uma oportunidade para acompanhar a transição demográfica e enfrentarem a revolução epidemiológica em curso no século XXI.

[46] Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf

Identificam-se como temas prioritários da intervenção no domínio das Políticas, as necessidades ao nível da adequação dos serviços para as pessoas mais velhas, a adaptação das acessibilidades da habitação, transportes, rendimentos de apoio e um sistema de proteção social que garantam condições mínimas de qualidade de vida para as pessoas idosas.

Para Blackburn et al. (2007, p. 12) estas áreas exigem que os investigadores e profissionais dos diversos sectores colaborem na aquisição do conhecimento sobre a população idosa e melhorem as boas práticas, tendo a gerontologia um papel importante no desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento numa perspetiva interdisciplinar, contribuindo ainda para a mudança dos conceitos de velhice, e envelhecimento ativo e saudável.

3.2 As Teorias Sociológicas do Envelhecimento por nível de abordagem

Segundo Bengtson et, al. (2009, pp. 3-24), as Teorias Sociológicas do Envelhecimento podem ser caracterizadas pelo desenvolvimento de estudos realizados entre as questões micro e macro e as ligações entre si, associadas às relações entre o indivíduo, a atividade e a satisfação com a vida. Estas dimensões encontram-se ainda interligadas com as condições estruturais que determinam os parâmetros de envelhecimento e as condições de vida das pessoas idosas.

Microssocial	Macrossocial	Micros/Macrossocial
Teorias que enfocam a análise sobre as relações sociais imediatas na pessoa idosa.	Teorias que avaliam as condições estruturais e sua influência sobre experiências e comportamentos.	Teorias que analisam as condições intermédias entre o nível micro e o macro

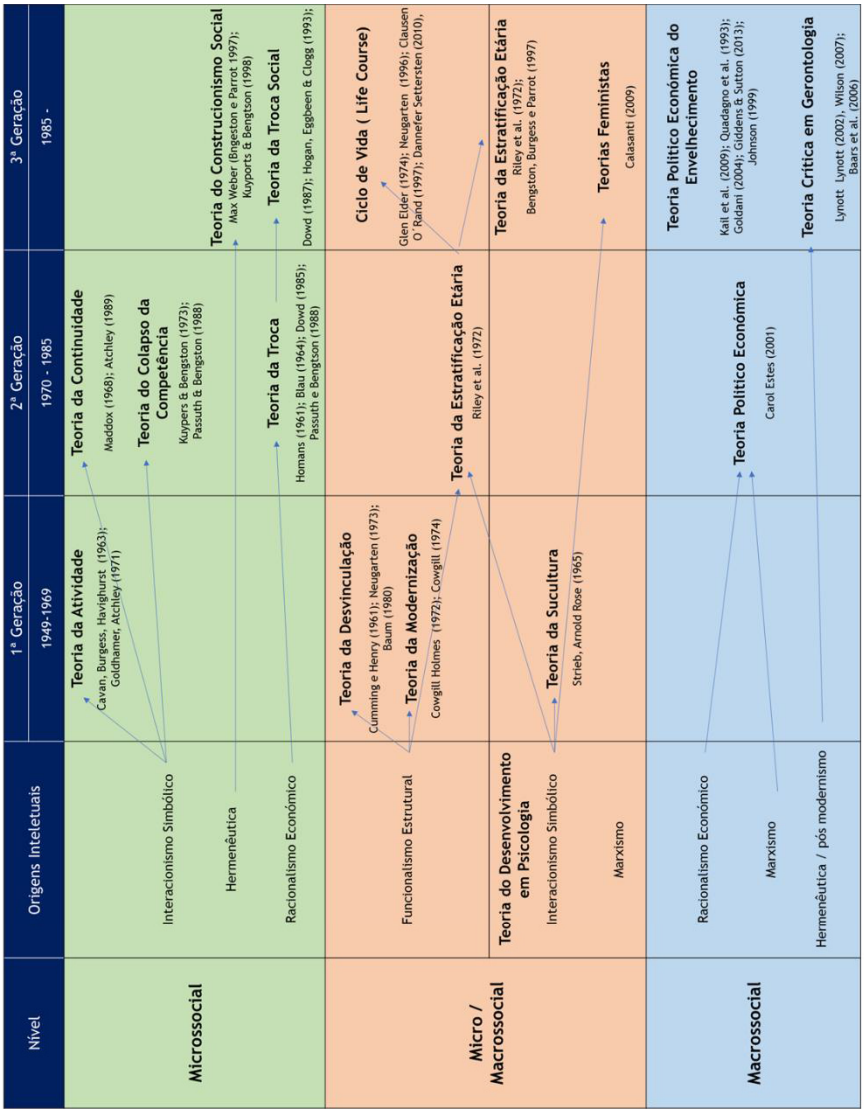
A teorização sociológica do envelhecimento movimenta-se em torno das perspetivas micro e macro, pretendo-se demonstrar as relações existentes entre o envelhecimento e os diferentes contextos sociais. Nesta base de construção teórica sociológica do envelhecimento, segundo Passuth & Bengtson (1998), as teorias sociológicas do envelhecimento dividem-se ao nível da abordagem em três grandes gerações (Quadro 16, Quadro 17).

Quadro 16 - Teorias Sociológicas do Envelhecimento por nível de abordagem e Geração.

Nível de abordagem	Teorias Sociológicas	Geração		
		1ª 1949 a1969	2ª 1970 a 1985	3ª Depois de 1985
Microssocial	Teoria da Atividade			
	Teoria da Continuidade			
	Teoria do Colapso de Competência			
	Teoria da Troca			
	Teoria da Troca Social			
	Teoria do Construcionismo Social			
Micro e Macrossocial	Teoria da Desvinculação			
	Teoria da Modernização			
	Teoria da Subcultura			
	Teoria da Estratificação Etária			
	Teoria do Ciclo de Vida (Ciclo Vital)			
	Teoria Feminista			
Macrossocial	Teoria Político e Económica			
	Teoria Político-económica do Envelhecimento			
	Teoria Crítica da Gerontologia			

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson el al. (1998).

Quadro 17 - Gerações das Teorias Sociológicas do Envelhecimento principais sociólogos.



Fonte: Elaboração a partir de Neri (2008, pp. 76-79).

3.2.1 A Primeira Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento – O Funcionalismo

As teorias sociológicas da 1ª geração (1949 a 1969) encontram-se alinhadas com as abordagens da psicologia social, identificam as várias formas de atividade e satisfação de viver, sendo explicado o ajustamento do suposto declínio das pessoas idosas através de abordagens apoiadas em fatores de nível micro (ex. papéis, normas de referência, etc.).

Estas teorias destacam o individuo como unidade de análise, apresentam modelos aplicáveis universalmente, considerando-se os fatores sociais inquestionavelmente como dados.

Segundo Bengtson et al., (1997) a primeira geração das teorias sociológicas do envelhecimento, inclui quatro sub-teorias:

- **Teoria da Desvinculação**
- **Teoria da Atividade**
- **Teoria da Modernização**
- **Teoria da Subcultura**

As primeiras teorias sociológicas do envelhecimento partiam frequentemente do princípio, que a alteração dos papéis sociais devia tomar em consideração os aspetos que o envelhecimento comporta em termos dos declínios a nível psicológico e físico do indivíduo (Hendricks, 1992).

São alguns exemplos de teorias sociológicas da primeira geração referenciadas na Gerontologia Social: Teoria da Desvinculação (Cumming & Henry, 1961); Teoria da Atividade (Havighurst, 1968); Teoria da Modernização (Cowgill & Holmes, 1972); e Teoria da Subcultura (Rose, 1965). Estas teorias identificam o declínio físico na velhice e o isolamento social como processos funcionais inevitáveis tanto para o individuo como para a sociedade. A Teoria da Desvinculação teve um papel crucial para a evolução de pontos de vista alternativos, como por exemplo, a Teoria da Atividade (Havighurst, 1963 e Atchley, 1971) e a Teoria do Equilíbrio Funcional (Rosow,

1963), teorias estas focadas no comportamento individual, expetativas sociais e bem-estar social.

As primeiras teorias do envelhecimento refletiam a abordagem funcionalista vigente na sociologia dos anos 50 e 60, enfatizando a forma como os indivíduos se ajustam à mudança entre vários papéis sociais à medida que vão envelhecendo, avaliando-se a utilidade dos papéis para a sociedade (Guiddens & Sutton, 2013, p. 342).

Um dos teóricos mais influentes do funcionalismo dos anos 50 foi Talcott Parsons, defendia a necessidade de a sociedade atribuir às pessoas idosas papéis que fossem compatíveis com o avanço da idade. Defendia que era necessário um ajustamento psicológico por parte dos mais velhos às suas circunstâncias em mudança, devendo a sociedade redefinir os papéis sociais das pessoas idosas, i.é, o idoso teria que abandonar os papéis tradicionais (ex. trabalho) e identificar novas formas de atividade produtiva, como por exemplo o voluntariado.

A teoria de Parsons antecipou a Teoria da Desvinculação de Cumming e Henry (1961) e Estes et al. (1992). A noção de que é funcional para a sociedade remover as pessoas dos seus papéis tradicionais quando estas envelhecem, de forma a libertar os espaços para outras, partindo-se do principio que a desvinculação será funcional para a sociedade em geral na medida em que torna acessíveis aos mais novos papéis antes ocupados pelos jovens, sendo ainda considerada funcional para as pessoas idosas, por lhes permitir assumir papéis menos exigentes, consistentes com a idade crescente e a sua saúde.

As teorias funcionalistas do envelhecimento são Críticadas pelo facto de afirmarem a necessidade das pessoas idosas se adaptarem às circunstâncias existentes, mas questionando quanto à eventual justiça das condições que estes enfrentam (Guiddens & Sutton, 2013).

Destaca-se desta geração de teorias o indivíduo como a unidade de análise, no seu esforço de explicar os padrões ótimos e os padrões não funcionais de ajuste, apresentando-se como modelos aplicáveis universalmente, independentes de arranjos contextuais ou sociais.

3.2.2 Teoria da Desvinculação

A Teoria da Desvinculação, elaborada por William e Elaine Cumming (1961) propõe que o envelhecimento é um processo de desvinulação / afastamento universal e inevitável, que é funcional para o idoso e para a sociedade. De acordo com esta teoria ambos se afastam de forma natural e espontânea, em que a pessoa idosa alhear-se-á até à morte e a sociedade cederá o seu espaço ocupado aos mais jovens e eficientes.

A teoria da Desvinculação representa a primeira tentativa de forma compreensiva, explícita e multidisciplinar da explicação do processo de envelhecimento, com base nas mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade. Tem como mérito ser a primeira teoria a colocar em evidência aspetos sociopsicológicos da investigação gerontológica (Marshall, 1999).

De acordo com Lehr et al. (2003) a teoria da Desvinculação questionou quase todos os pressupostos gerontológicos sobre os desejos das pessoas idosas em relação ao trabalho, ao afirmar que estas desejam reduzir os seus contatos sociais, e que com isso se sentem mais felizes e contentes.

São apontadas como Críticas o facto do afastamento não ser harmónico, bem como o envelhecimento ficar restrito apenas à ótica da procura da sociedade, na qual a pessoa idosa é um agente passivo, por sua vez, a teoria não apresenta uma justificação para as questões em que o idoso não se afasta da vida social.

Não obstante as críticas à teoria, a mesma considera-se atualmente pertinente na medida em que é analisada a exclusão das pessoas idosas em relação a papéis sociais, encontrando-se na base da fundamentação das políticas sociais do envelhecimento ativo.

Por oposição à teoria da Desvinculação, Cavan, Burgess e Havighurst (1963) identificam a Teoria da Atividade, a qual parte da ideia de que o declínio em atividades físicas e mentais associado à velhice é fator dominante nas doenças psicológicas do idoso, em que a manutenção de um autoconceito positivo é importante para o idoso, o que implica a substituição de papéis sociais perdidos e o incremento de novas atividades relacionadas a estes papéis.

3.2.3 Teoria da Atividade

A Teoria da Atividade identifica um grande número de interações sociais que podem substituir as perdas de papéis sociais, considerando-se ser o oposto à teoria da Desvinculação, por defender a satisfação essencial ao se vincular com os papéis familiares, laborais e sociais, proporcionando maiores índices de felicidade e um prolongamento da vida.

De acordo com Schroots (1996, pp. 742-748) a Teoria da Atividade desenvolveu-se no final da década de 40, constituindo-se em dois diferentes momentos, iniciando-se o primeiro, com Havighurst (1953), publicada no livro *Developmental Tasks and Education*, no qual é proposto o conceito de tarefas de desenvolvimento na perspetiva *Life Span.*

Segundo esta abordagem, sendo as atividades realizadas com sucesso, o indivíduo terá felicidade e êxito em tarefas posteriores, na situação de fracasso, restará a infelicidade e a reprovação pela sociedade. Todas essas tarefas possuem bases biológicas (maturação física), psicológicas (aspirações e valores) e culturais (expectativas da sociedade).

O segundo momento ocorre na década de 60, através do desenvolvimento de um conceito implícito à Teoria da Atividade: o envelhecimento bem-sucedido (*Successful Aging*). Este conceito aborda as condições de vida individual e social das pessoas idosas. Segundo Weiss (2005), o prosseguimento da Teoria da Atividade, preconiza a atividade como satisfação para a vida na velhice, considerando-se essencial que as pessoas idosas se mantenham ativas, afastando-se do isolamento, obtendo através das atividades maior satisfação, melhor autoestima e condição de saúde.

São apontadas como críticas à Teoria da Atividade os impedimentos ligados à saúde e ao empobrecimento, fatores que impedem a realização das atividades, ou seja, a autonomia a qual ao longo da vida vai-se perdendo, ficando a pessoa idosa impedida de realizar várias atividades (Havighurst, 1961).

3.2.4 Teoria da Modernização

Cowgill e Holmes (1972) desenvolveram o conceito de Modernização, o qual se encontra associado ao processo de industrialização que conduziu de maneira particular a mudanças estruturais nas sociedades. É utilizado como argumento principal o declínio do status das pessoas idosas diretamente relacionado ao nível de industrialização da sociedade.

Ao contrário das teorias da Desvinculação e da Atividade, que abordam a relação entre bem-estar e atividade das pessoas idosas na sociedade, a Teoria da Modernização utiliza a imagem e as representações, descrevendo-se a relação entre a modernização e as mudanças nos papéis sociais e no status das pessoas idosas.

Cowgill (1986) analisa estudos de cunho sociológico e antropológico sobre o papel das pessoas idosas em diferentes sociedades, para sustentar a teoria da modernização. Esta análise é estruturada a partir de áreas-chave em que o status pode modificar-se durante o processo de modernização: mudanças demográficas, valores, estruturas familiares, sistema económico, estruturas políticas e os sistemas religiosos e educacionais. As pessoas idosas são resistentes à inovação e possuem uma certa desconfiança em relação às coisas técnicas e modernas. Um reflexo disso é que, no mundo moderno da tecnologia, as pessoas mais velhas não dispõem de grande prestígio. Num mundo marcado pela mudança acelerada, as pessoas idosas ganham a conotação de antigo e ultrapassado.

A Teoria da Modernização identifica quatro fatores responsáveis pela inferioridade da pessoa idosa: os avanços tecnológicos na área da saúde que contribuem para uma maior longevidade e o envelhecimento da população, contribuindo para a competição entre gerações; a existência de novas profissões com funções que exigem conhecimentos para os quais as pessoas idosas se encontram menos capacitadas; a migração para os grandes centros urbanos, sobretudo pelos jovens, resultando no abandono das zonas rurais e no desapego familiar e os progressos do sistema educativo que resultam normalmente num nível de escolaridade superior dos filhos em relação aos pais, e que pode conduzir ao isolamento intelectual do idoso.

3.2.5 Teoria da Subcultura

A Teoria da subcultura é formada tendo por base variáveis como a idade, sexo, grupo étnico, crença religiosa ou classe social, corresponde a um grupo dentro de uma sociedade, não deixando de conter algumas características dessa sociedade.

Alguns autores têm-se interessado em discutir o envelhecimento e a velhice enquanto uma subcultura, teoria apresentada pela primeira vez por Rose (1965), segundo a qual as pessoas idosas passam a desenvolver uma cultura particularizada, com preferências e cuidados próprios, reflexo do isolamento social a que são submetidos (Serafim, 2007, pp. 49-51).

Para Rose (1965) a idade é entendida como uma forma de subcultura, acabando por delimitar e encaminhar os comportamentos dos indivíduos, os senescentes compartilham entre si valores, normas, comportamentos sendo possuidores de uma subcultura.

Com as características comuns apresentadas por diferentes pessoas idosas é possível proceder-se à constituição de um grupo social divergente de todos os outros, entendendo-se por grupo social um conjunto de indivíduos em interação em ordem à consecução de um ou vários objetivos.

Os defensores da Teoria da Subcultura referem que as pessoas idosas são um grupo isolado, e por este motivo, são capazes de criarem as suas próprias normas de conduta, e, por conseguinte, usam mecanismos de defesa contra uma sociedade que em geral os discrimina. Segundo Grandhall (1980, p. 115) a velhice em si constitui uma subcultura, a qual define a direção aos comportamentos assumidos pelos as pessoas idosas. Considerando que a sociedade está em constante mutação, a relação entre gerações diferentes (diferentes subculturas) contribui para a convergência de experiências futuras a partir da estabilidade dos fortes contatos geracionais, que acabam por alimentar uma cultura própria de uma idade (Levet et al., 1985).

Para Grandall (1980) são características de uma subcultura da velhice: o aumento populacional das pessoas idosas, sendo excluídos da participação nas principais decisões da sociedade; o aumento da perceção da velhice, em que as pessoas idosas se reconheceriam como diferentes do restante da sociedade. Ao terem valores diferentes, como

também estilo de vida, interesses, necessidades e comportamentos, a perceção que se tem da velhice é caracterizada pela segregação imposta pelo resto da sociedade, seja devido a uma determinada idade ou ao status de reformado.

Os críticos da Teoria da Subcultura, identificam duas Críticas produzidas pelos que aceitam a teoria: a primeira é que as subculturas das pessoas idosas não são homogéneas, apresentando-se o exemplo dos que são saudáveis praticando algum tipo de desporto em conjunto, que são diferentes de uma subcultura da velhice que envolve as pessoas idosas que vivem isolados. A segunda crítica decorre da anterior, na medida em que não existindo homogeneidade, não existirá um impacto universal.

De acordo com Grandall (1980, p. 115), as pessoas idosas que ocupam cargos de liderança, ou que geralmente exibem um nível elevado de atividade social, acabam por ter um maior status na subcultura dos mais velhos. Existem dois status diferentes, que acabam por influenciar o envelhecimento, em que o primeiro é conferido pela sociedade, a partir da observância dos recursos financeiros, instrução, conhecimento e ocupação e no segundo, contribuem os fatores ao nível da saúde física e mental e o envolvimento em atividades de carater social.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.3 A Segunda Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento –Teoria do Ciclo de Vida (Life Course)

A segunda geração das teorias sociológicas do envelhecimento é identificada a partir dos anos 70 em que os gerontólogos incidiram a sua abordagem sobre a forma como as estruturas sociais moldam a vida dos mais velhos e no conceito do Ciclo de Vida, apresentando-se como exemplo as seguintes teorias:

- **Teoria da Continuidade**
- **Teoria da Estratificação Etária**
- **Teoria do Colapso de Competência**
- **Teoria do Ciclo de Vida**
- **Teoria da Troca,**
- **Teoria Político-económica**

A segunda geração das teorias sociológicas do envelhecimento enfatiza o nível macrossocial de análise, focalizam as transformações nas condições sociais que influenciam o processo de envelhecimento e a situação das pessoas idosas como categorias social. O foco das teorias identifica as diversas condições estruturais que ditam os parâmetros do processo de envelhecimento e a situação das pessoas idosas enquanto categoria coletiva (Guiddens & Sutton, 2013, p. 343).

As teorias sociológicas do envelhecimento da segunda geração tiveram como percursor Leonard Cain (1964), assim como as obras dos sociólogos e antropólogos relacionadas com o estatuto da idade. Incluem-se Shmuel Eisenstadt (1956), Ralph Linton (1942), Arnold Van Gennep (1908/1960) e Anselm Strauss (1959). Estes autores identificam no processo do envelhecimento dinâmicas sociais e individuais existentes na comunidade, em que as pessoas nascem, crescem e ficam mais velhas, movimentam-se ao longo da vida nas diferentes estruturas etárias da população. Para os vários autores regista-se um aumento da necessidade de compreender o envelhecimento não só ao nível das características únicas das pessoas idosas em determinadas coortes, mas também conhecer e perceber os efeitos diferenciais da mudança social entre coortes adjacentes.

Como reação às primeiras teorias, os teóricos da segunda geração sugerem o foco da análise o nível individual, o qual consideram ser reducionista e desnecessário. Nesta abordagem, considera-se que as

pessoas envelhecem de acordo com a maneira que a sociedade se organiza, com a agenda política, e com o posicionamento dos indivíduos na hierarquia social. A unidade de análise nesta conceção é a circunstância estrutural e não os atributos derivados do indivíduo.

3.3.1 Teoria da Continuidade

A Teoria da Continuidade foi iniciada em por George L. Maddox, (1968) com a publicação do livro "*Middle Age and Aging*". Tem na origem a observação dos adultos mais velhos ao nível da consistência das atividades, personalidade e da relação que estabelecem com a mudança, analisando-se num estudo longitudinal a persistência de estilo de vida entre as pessoas idosas: e os padrões de atividade social em relação à satisfação com a vida.

Os trabalhos de Atchley (1971, 1989) "*Retirement and Leisure Participation: Continuity or Crisis*? e "*A Continuity Theory of Normal Aging*" desenvolveram a Teoria da Continuidade, considerando que as pessoas mais velhas desenvolvem estratégia adaptativa, tendo em vista a sua promoção individual e aprovação social.

Atchley (1971) sustenta que, na tomada de decisões adaptativas, os adultos de meia-idade e os mais velhos tentam preservar e manter as estruturas interna e externa existentes, utilizando estratégias ligadas às suas experiências pessoais passadas e mundo social. A mudança é ligada ao passado percebido da pessoa, à produção da continuidade das características psicológicas interiores, bem como baseadas no comportamento social e em circunstâncias sociais.

No modelo teórico de Atchley (1971) é estabelecida uma relação entre as estruturas internas e externas do individuo, descrevendo-se de forma contínua como as estruturas estabelecem uma relação de continuidade, destinada à adaptação da pessoa mais velha aos seus objetivos. Para Atcheley (1971) o envelhecimento encontra-se associado à personalidade da pessoa idosa, às suas ideias e crenças construídas ao longo da vida, sendo considerado fatores que proporcionam ao indivíduo a sua capacidade para tomar decisões futuras, baseadas na base interna do seu passado, em que a estrutura externa fornece ao indivíduo as relações e os papéis sociais que lhe

permitem o suporte para a manutenção da autoestima e estilo de vida estável (Atchley,1989).

3.3.2 Teoria da Estratificação Etária

A Teoria da Estratificação Etária foi desenvolvida por Riley (1972), a qual toma em consideração o papel e a influência das estruturas sociais na vida das pessoas idosas.

A Teoria da Estratificação Etária tem com objetivo estudar a assincronia entre mudanças estruturais e individuais através dos tempos, propondo-se estudo do movimento das diferentes faixas etárias, identificando-se similaridades, diferenças e a interdependência entre as várias faixas de idade e as estruturas sociais.

A Teoria da Estratificação Etária tem como objetivo dar maior ênfase à importância da história do indivíduo e à mudança do meio ambiente social, produzindo diferentes exemplos de adaptação às sucessivas coortes de idade. O modelo percebe de duas formas fundamentais a estratificação das idades: a idade percecionada no limite das habilidades do indivíduo para desempenhar determinados papéis; e a perceção dos vários papéis repartidos na sociedade, tendo como base uma idade.

De acordo com Grandall (1980, p. 119) a idade cronológica pode afetar o desempenho de um papel por causa da influência das características biológicas, legais ou das restrições sociais. Tanto o envelhecimento do indivíduo como a mudança das estruturas sociais sofrem duas evoluções distintas, cujas dinâmicas são independentes, existindo, no entanto, influências entre si (Riley & Riley, 1991).

Para Riley et al. (1991, p. 7) o envelhecimento comporta a mudança da dinâmica das estruturas designadas por rutura estrutural, a qual implica um desequilíbrio entre as forças e as capacidades potenciais do número cada vez maior de pessoas que viveram muitos anos, e a ausência de papéis produtivos ou carregados de sentido.

A Teoria da Estratificação Etária, ao considerar a integração de idades permite encaminhar a reconstrução dos percursos da vida dos indivíduos, durante toda sua vida, podendo alternar os períodos de educação e de lazer (Riley & Riley, 1991, p. 8).

São apontadas como principais críticas a esta teoria a desvalorização das dimensões subjetivas da idade e ainda a classe social, rendimentos, ocupação, raça, sexo e espaço geoGráfico.

3.3.3 Teoria do Colapso de Competência

A Teoria do Colapso de Competência foi formulada inicialmente por Kuypers & Bengtson (1987), utiliza como abordagem entender a competência social da pessoa idosa e as consequências negativas (colapso da competência) que podem acompanhar as crises que ocorrem com frequência na idade avançada. Podem ser desencadeadas por perda da saúde, perda do(a) companheiro(a) e outras perdas que levam a uma espiral de respostas negativas (Neri, 2008, p. 80).

De acordo com a Teoria do Colapso de Competência, uma pessoa idosa com autoconceito já vulnerável – em consequência da perda de papéis sociais ou em razão de estereótipos negativos em relação à velhice – experimenta uma crise de saúde que o leva a ser "rotulado" pelos profissionais de saúde ou familiares como uma pessoa dependente do meio social, situação que contribuiu para atrofiar as competências e aptidões previamente existentes, fazendo com que adote o autoconceito de doente, inadaptado ou incompetente. Este ciclo pode repetir-se aumentando a vulnerabilidade das pessoas idosas, com consequências ao nível das competências sociais e psicológicas.

Passuth & Bengtson (1998) defendem que o colapso de competência pode ser revertido (teoria associada à Reconstrução Social), na qual é proporcionado à pessoa idosa um ambiente propicio à estimulação e reconhecimento das suas competências, tendo desenvolvido para o efeito um modelo de intervenção para atender problemas familiares resultantes da dependência dos seus membros familiares.

3.3.4 Teoria da Troca

A Teoria da Troca de acordo com Passuth, & Bengtson, (1988) insere-se na segunda e terceira geração das Políticas Sociológicas do Envelhecimento, apresenta a vida social como uma coleção de indivíduos envolvidos em trocas sociais que dependem de cálculos de custo-benefício.

Esta teoria propõe como proposições básicas as normas de reciprocidade, justiça distributiva, beneficência, sendo Críticada principalmente pela ênfase económica e racional (Blau, 1964).

A abordagem sociológica da Teoria das Trocas constitui-se numa aplicação das teorias utilitaristas e da escolha racional, em que o pressuposto constitui a interação entre indivíduos ou coletividades, caracterizando-se como uma tentativa de maximizar recompensas (materiais e não-materiais) e reduzir custos (materiais e não-materiais). Blau (1964) defende que a interação é mantida, porque as pessoas as consideram compensadoras, independentemente da sua razão (Marilia, 2002).

Segundo Dowd (1987) a Teoria das Trocas sugere que o decréscimo nas interações sociais entre jovens e as pessoas idosas ocorre pelo facto de estas terem menos recursos com que contribuir nas situações de troca entre gerações.

Na análise de Blau (1955) sobre a troca e poder são identificados quatro recursos de poder: dinheiro, aceitação social, estima ou respeito e aprovação social, sendo ainda considerados como recursos das pessoas mais velhas os conselhos e serviços, como elementos que podem ser trocados. De acordo com esta perspetiva, o lucro que uma pessoa tem com uma troca social é equivalente à diferença entre recompensas menos custos (Homans, 1961).

A maior proposição da Teoria das Trocas, consiste na interação entre duas ou mais pessoas a qual será provavelmente continuada e positivamente avaliada, caso os atores "lucrem" com a interação (Shaw et al., 1970).

A visão dos teóricos da Teoria da Troca sobre o poder é que ele é derivado da falta de balanço nas trocas sociais. O poder está baseado na incapacidade de um dos parceiros em retribuir um comportamento recompensador. De acordo com Emerson (1972) numa relação equilibrada aqueles que são menos dependentes, e consequentemente os mais poderosos participantes numa relação (ex. pessoas de meia idade e jovens) são capazes de estabelecer trocas que lhes são mais favoráveis.

Com base na perspetiva da Teoria da Troca, os problemas do envelhecimento estão essencialmente relacionados com o decréscimo

dos recursos em termos de poder. De acordo com esta perspetiva, as pessoas idosas têm pouco para trocar sejam quais forem as competências que tiveram, as quais se encontram frequentemente desatualizadas ou afetadas por problemas de saúde (Dowd, 1975, p. 591).

3.3.5 Teoria do Ciclo de Vida

Um dos principais contributos da sociologia para a compreensão do envelhecimento, encontra-se interligado às várias abordagens do mundo que nos rodeia, sendo a atual perspetiva teórica dominante a Teoria do Ciclo de Vida[47] (Bengtson et al., 1997).

Tendo por base o universo objeto do presente estudo, jovens dos 16 aos 19 anos (designados por Nativos Digitais), considerando que o enfoque é a intergeracionalidade associada à teoria do Ciclo de Vida, no Capítulo 4 apresentar-se-á um maior desenvolvimento da teoria no domínio da Gerontologia.

A Teoria do Ciclo de Vida enquadra-se nas teorias da 2ª e 3ª geração das teorias sociológicas do envelhecimento, trata-se de uma abordagem multidisciplinar desenvolvida na década de 1960 destinada a estudar a história de vida das pessoas em contextos estruturais, sociais e culturais, apresentando como referência os estudos pioneiros atribuídos a Florian Znaniecki e a William Thomas (Elder et al., 2003).

Esta teoria assume o carater multidisciplinar, ocupando atualmente uma especialização com foco no estudo do individuo ou em grupos etários, com particular referência as várias fases da vida (ex. infância, adolescência e terceira idade), existindo a tendência para ser referenciada no desafio da mudança das organizações e na explicação de fenómenos sociais.

Trata-se de uma abordagem que atribui a importância do tempo a um dado contexto, com implicações diretas no desenvolvimento humano e na vida familiar, em que a família é percebida como um grupo social micro dentro de um contexto macro que é a sociedade, na qual existem um conjunto de indivíduos com uma história comum, que interagem dentro do mesmo espaço e tempo, num contexto de mudança

[47] Life Course Theory, também designada na literatura por Ciclo Vital.

social permanente e crescente, encontrando-se o envelhecimento como um processo contínuo no desenvolvimento humano (Bengtson et al, 1997).

Elder & Crosnoe (2003) realizaram o primeiro estudo empírico com a observação de crianças que cresceram durante a Grande Depressão da II Guerra Mundial, analisando o seu comportamento e papéis desempenhados durante a década de 80.

De acordo com George et al. (2016) o conceito teórico sociológico do Ciclo de Vida foi desenvolvido pela primeira vez em 1964 por Leonard Cain com o trabalho "*Life-Course and Social Structure*", no qual a idade foi apresentada como uma característica dos individuos e da estrutura social, identificando-se o percurso de vida como a base da organização social.

Segundo Bengtson & Allen (1993) a teorização sobre o Ciclo de Vida teve início no século XX. Apoiadas na teoria de Cain (1964), as teorias sociológicas do envelhecimento ganharam maior desenvolvimento quer na Europa como nos Estados Unidos (Riley et al. 1972; Clausen, 1972; Mayer, 1986; Dannefer & Uhlenberg, 1999; Hogan, 1981; Meyer, 1986; Settersten, 1999).

Enquanto que a investigação de Cain (1964) dava enfase ao Ciclo de Vida associando a idade com as instituições sociais, perspetiva macro, estrutura social do envelhecimento (abordagem institucional), Glen Elder (1960) desenvolveu a perspetiva individual, trabalho publicado no livro "*Children of Great Depression*", dando enfoque à importância dos eventos que ocorrem em ambiente familiar que influenciam o desenvolvimento do individuo (abordagem personalógica).

De acordo com Bengtson & Allen (1993) a evolução da Teoria do Ciclo de Vida ocorre em paralelo com investigações nos domínios da psicologia do desenvolvimento (Baltes, 1968; Riegel, 1976; Schaie, 1965) e no domínio da sociologia do envelhecimento (Riley, 1973; Riley et al., 1972; Riley, 1973; Ryder, 1965).

Dannefer et al. (2010) utiliza para estudo do fenómeno do envelhecimento a metodologia de análise por coorte, como o elemento-chave fundamental para o estudo do percurso de vida do indivíduo.

De acordo com Hareven (1996, p. 4) para se perceber a perspetiva de abordagem da teoria do Ciclo de Vida é necessário distinguir os conceitos entre geração e coorte, os quais são usados com frequência na gerontologia. O conceito de geração representa a relação entre parentes da mesma família (ex. relação entre avós e netos, pais e filhos) envolve a análise entre faixas etárias. O conceito coorte é mais especifico, refere-se à análise de um grupo etário que partilham a mesma experiencia histórica. A coorte é definida como a interseção histórica de eventos afeta o desenvolvimento do Ciclo de Vida de um grupo.

Fujimi (1996) demonstrou a interelação entre coorte e geração, em que uma geração comporta várias coortes e cada uma delas contém no seu Ciclo de Vida várias experiências históricas de vida.

De acordo com Giele & Elder (1998, p. 22) a Teoria do Ciclo de Vida é um conceito que define a sequência de eventos e papéis sociais nos quais o individuo participou ao longo do tempo.

A teoria encontra-se relacionada com o paradigma do estudo multidisciplinar da vida das pessoas, num contexto de mudança socioeconómica (Quadro 21). Trata-se de uma abordagem que engloba ideias e observações de várias disciplinas nomeadamente história, sociologia, demografia, psicologia do desenvolvimento, biologia e economia. Em particular é estabelecida uma ligação entre a vida do individuo e o contexto histórico e socioeconómico em que se desenvolveu a sua vida.

Por analogia ao conceito teórico "*Lifespan*", teoria da Psicologia do Desenvolvimento definida por Baltes (1930-2006), a qual define o desenvolvimento humano ao longo de toda a vida como um processo contínuo influenciado pelas características genético-biológicas e socioculturais, influenciado pelos ganhos e perdas baseadas nas opções do individuo. Trata-se de uma abordagem teórica que analisa os eventos e papéis sociais que contribuíram de forma não sequencial para a experiência acumulada pessoal do individuo.

Por contraste à Teoria *Life Span* que se encontra associada ao desenvolvimento biológico e sociocultural do individuo ao longo da vida, que varia pouco ao longo do tempo e do lugar, a perspetiva *Life Course* encontra-se relacionada com o tempo, desenvolvimento

humano e contexto socioeconómico familiar (Bengston & Allen, 1993, p. 470).

Nos trabalhos mais recentes sobre o estudo do envelhecimento que utilizam a abordagem teórica do Ciclo de Vida, para além da análise por coortes, período histórico e efeito do tempo[48], são considerados vários princípios que interagem diretamente no processo do envelhecimento do indivíduo.

George & Ferraro (2016, p. 23) consideram que na perspetiva teórica do Ciclo de Vida devem ser utilizados os princípios do Contexto sócio histórico e localização geográfica, Tempo de vida, Heterogeneidade e variabilidade, Vínculos Social, Agência Humana e controlo pessoal e Influencia do passado sobre o futuro (Quadro 18, Quadro 19, Quadro 20).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

[48] Trabalhos associados ao uso do tempo (Time Use) teoria de Becker (1965).

Quadro 18 -Princípios da Teoria do Ciclo de Vida.

Princípio	Caraterísticas
Contexto sócio histórico e localização geográfica George & Ferraro (2016)	O desenvolvimento humano é influenciado pelos eventos que ocorrem durante a sua vida do indivíduo. Por exemplo, acontecimentos geopolíticos (guerra), ciclos económicos (recessão), cultura social ideológica (patriarcado). Os comportamentos e as decisões tomadas pelo individuo não acontecem no "vazio" são influenciadas pelo contexto socio histórico em que vive.
Tempo de vida Price et al. (2000)	A perspetiva do Ciclo de Vida é centrada em três tipos de tempo: individual, histórico e geracional **O Tempo individual** (idade cronológica) está relacionado com os vários períodos da vida: infância, adolescência, adulto e idoso. Influencia os papéis sociais, direitos na sociedade. **Tempo geracional** está relacionado com a coorte (grupo etário). Por exemplo a geração que nasceu entre 1946 e 1964 é conhecida por Baby Boom Generation. **O Tempo histórico** encontra-se relacionado com os grandes acontecimentos históricos que contribuíram para a mudança do desenvolvimento do individuo e da família. Por exemplo, globalização, Internet. Etc.
Heterogeneidade e variabilidade Riley (1987) Mitchell (2000)	A análise do desenvolvimento humano não deve incluir só a média do grupo objeto de análise e as tendências, é importante incluir a variabilidade. A teoria do Ciclo de Vida está também associada à Teoria do modelo de estratificação etária, que permite analisar as diferenças entre os escalões etários, concluindo-se que não são homogéneos. Existem diferenças ao nível do sexo, classe social, estrutura familiar, etnicidade e religião. Existem diferenças na capacidade de adaptação do individuo ao às mudanças ao longo da vida que dependem de fatores experiências (exemplo saúde, educação, suporte familiar etc). Demonstrou-se ainda que os jovens adultos com problemas famílias nas situações de crise económica não têm como opção o regresso à família. Existe ainda o reconhecimento do aumento da diversidade de adaptações ao longo da vida à medida que aumenta o envelhecimento.

Fonte: Elaborado a partir de George & Ferraro (2016, p. 23).

Quadro 19 – Princípios da Teoria do Ciclo de Vida.

Princípio	Caraterísticas
Vínculos Sociais Elder (1998) Hareven (1996)	A experiência social do individuo está ligada às relações que tem com a família, redes sociais e com a sociedade. Fenómenos por exemplo de uma guerra, doenças e falecimentos de familiares afetam o comportamento individual, influenciam as relações familiares, gerando situações de stress e vulnerabilidade. Também os atributos da personalidade dos membros da família influenciam estilos de via, funcionamento da família e bem-estar. Os objetivos pessoais do individuo quando são diferentes das necessidades da família podem gerar problemas ao nível das relações familiares.
Agência Humana[49] **e** **Controlo pessoal** Bandura (1989)	Trata-se de uma abordagem socio-cognitiva baseada no conceito da autoeficácia; em que as pessoas exercem influencia sobre o que fazem. Ao longo da vida o individuo é influenciado e influencia as estruturas sociais com quem estabelece relações. É o indivíduo que cria os sistemas sociais, os quais influenciam a organização da vida das pessoas. As pessoas contribuem para as circunstâncias da vida e não o resultado das circunstâncias da vida. As pessoas podem auto-organizar-se, ser proativas, reflexivas e autorreguladas. Cada indivíduo possui um auto sistema que o permite exercer uma avaliação sobre o controle que exerce sobre seus pensamentos, sentimentos, motivação e ações. Este sistema providencia referências mecânicas e um conjunto de subfunções para perceber, regular e avaliar o comportamento. Os resultados são provenientes da interação entre o sistema e as influências do ambiente.

Fonte: Elaborado a partir de George & Ferraro (2016, p. 23).

[49] Na literatura o principio é identificado como "Human Agency".

Quadro 20 - Princípios da Teoria do Ciclo de Vida.

Princípio	Caraterísticas
Influência do passado sobre o futuro O´Rand (1996) Dannefer (2002)	Este princípio está associado à Teoria da Vantagem e Desvantagem Acumulada. As decisões tomadas no princípio do Ciclo de Vida afetam o futuro do indivíduo. São as experiencias de vida que contribuem para moldar o presente e o futuro do individuo. As experiências passadas ocorrem em várias coortes: coorte intergeracional e uma coorte individual relacionada com a família. Um exemplo é a transmissão de valores das gerações mais velhas às mais novas. As experiências negativas do passado do individuo influenciam o seu desenvolvimento (ex. maus tratos, abandono escolar, dificuldades económicas, doenças, condições físicas, etc). A visão de longo prazo do reconhecimento das vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida, e em particular as situações associadas às desigualdades sociais são importantes para o desenvolvimento de Políticas e programas sociais adequados para o futuro das pessoas idosas.

Fonte: Elaborado a partir de George & Ferraro (2016, p. 23).

Quadro 21 – Principais autores da Teoria Ciclo de Vida.

Autor(es)	Definição
Bengtson & Allen, (1993)	Por contraste à Teoria do Lifespan que se encontra associada ao desenvolvimento biológico e sociocultural do individuo ao longo da vida, que varia pouco ao longo do tempo e do lugar, a perspetiva Life Course encontra-se relacionada com o tempo, desenvolvimento humano e contexto socioeconómico familiar.
Hareven (1996)	Para se perceber a perspetiva de abordagem da teoria do Ciclo de Vida é necessário distinguir os conceitos entre "geração" e "coorte".
Bengston & Parrot, (1997)	Abordagem que atribui a importância do tempo a um dado contexto, com implicações diretas no desenvolvimento humano e na vida familiar. A família é percebida como um grupo social micro dentro de um contexto macro que é a sociedade, na qual existem um conjunto de indivíduos com uma história comum, que interagem dentro do mesmo espaço e tempo, num contexto de mudança social permanente e crescente, encontrando-se o envelhecimento como um processo contínuo no desenvolvimento humano.
Giele & Elder (1998)	É defendido o conceito que define o Ciclo de Vida como a sequência de eventos e papéis sociais nos quais o indivíduo participou ao longo do tempo.
Shanahan (2000)	Sequência de eventos e papéis socialmente definidos, que o indivíduo realiza ao longo da sua vida desde a adolescência até à idade adulta. Trata-se de uma abordagem centrada na ligação entre os indivíduos e o contexto histórico e socioeconómico em que estes viveram sendo um método que engloba observações que incluem a história, sociologia, demografia, psicologia do desenvolvimento, biologia, saúde pública e economia.
Elder & Crosnoe (2003)	Abordagem multidisciplinar destinada a estudar a história de vida das pessoas em contextos estruturais, sociais e culturais.
Dannefer & Kelley-Moore (2009)	O reconhecimento que o envelhecimento e a velhice não podem ser entendidos somente a nível individual ou social, se não existir a preocupação com o estudo das experiências do envelhecimento acumuladas ao longo da vida pelo individuo.
Dannefer & Philipson (2010)	A perspetiva teórica do Ciclo de Vida permite à Gerontologia reconhecer que as experiências de vida, são organizadas inevitavelmente em função das relações socias e dos contextos sociais em que vivem os indivíduos, tornando visível a importância das instituições sociais e praticas culturais que organizam as rotinas de vida do individuo, enfatizando ainda a influência dos laços sociais.
George & Ferraro (2016)	São utilizados os princípios do Contexto sócio histórico e localização geográfica, Tempo de vida, Heterogeneidade e variabilidade, Vínculos Social, Agência Humana e controlo pessoal e Influencia do passado sobre o futuro.

Fonte: Elaborado a partir de Handooks of Sociology and Social Research (2011), New Directions in the Sociology of Aging (2013) e Handbook of Anging and the Social Sciences (2016).

3.4 Terceira Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento

Durante a década de 90 surgem novas teorias (Quadro 16), classificadas como a terceira geração das teorias sociológicas do envelhecimento. Nesta geração de teorias existe uma tentativa para se encontrar uma posição intermédia entre as 1ª e 2ª geração, considerando-se que as pessoas idosas têm um papel ativo para o seu próprio mundo (Guiddens, 2013, p. 344).

A terceira geração das teorias sociológicas do envelhecimento incorpora a preocupação estruturalista relacionada com a distribuição dos recursos: aspetos económicos, tendências da economia, reconhecendo-se que as pessoas idosas são atores que criam significado e influênciam a própria estrutura do envelhecimento.

A principal característica desta geração de teorias está associada ao reconhecimento de que o envelhecimento é um processo baseado em experiências, não ocorre isoladamente. É influenciado pelas condições do ambiente, estabelecendo-se pontes entre os fatores socio-culturais e o significado atribuído individualmente pelas pessoas idosas, destacando-se as seguintes linhas teóricas de investigação:

- **Teoria do Constutivismo Social**
- **Teoria Crítica da Gerontologia**
- **Teorias Feministas**
- **Teoria da Economia Política do Envelhecimento**

3.4.1 Teoria do Construtivismo Social

A Teoria do Construtivismo Social de acordo com Marshall (1999) faz parte da Terceira Geração das Teorias Sociológicas do Envelhecimento desenvolvida por Bengtson et al. (1997). A teoria reflete a tradição de análise microssocial, com foco nas questões do comportamento do indivíduo dentro da ampla estrutura da sociedade.

O Construtivismo Social é o nome que passou a designar o movimento de crítica à Psicologia Social "modernista", o qual tem a principal referência teórica em Kenneth (1985). Este autor traçou os fundamentos críticos e o panorama da abordagem da Psicologia Social.

Embora exerça influência sobre disciplinas como terapia de família e psicanálise, o Construtivismo Social é essencialmente uma perspetiva teórica da Psicologia Social.

A Teoria do Construtivismo Social propõe-se a enfatizar a compreensão dos processos individuais de envelhecimento como processos influenciados pela estrutura e por definições sociais. Segundo Lye (1997) o Construtivismo Social faz parte das teorias Pós-Estruturalistas. Como o próprio nome diz, desenvolve-se como uma crítica, ou mudança de paradigma, sucedendo ao movimento denominado Estruturalismo.

Em termos gerais, a inspiração mecanicista apresenta como pressuposto que a realidade pode ser apreendida desde que se consiga compreender a lógica e essência de suas estruturas, presumindo-se que as estruturas possuíssem unicidade e coerência, não existindo a preocupação com as bases materiais e históricas da realidade.

Segundo Gergen (1985) os estudos sócio construtivistas focam-se nos processos quotidianos, ou seja, como as pessoas falam, percebem e experienciam o mundo em que vivem. A fundamentação básica desta perspetiva é ser crítica à naturalização dos fenómenos sociais. As teorias de cunho essencialista, geralmente intrínseco nas mais diversas disciplinas, realizam as investigações sem questionar seus objetos, concebendo-os como algo pronto.

A Teoria do Construtivismo Social apresenta como conceitos principais o significado social, as realidades sociais e as relações sociais no envelhecimento, as atitudes perante a idade e o envelhecimento, os eventos de vida e timing. Propõe-se ainda enfatizar a compreensão dos processos individuais de envelhecimento como processos influenciados pela estrutura e por definições sociais; estudar as características situacionais, constitutivas e emergentes do envelhecimento, examinando como significados sociais e autoconceitos emergem na negociação e no discurso; estudar como as realidades sociais do envelhecimento mudam com o tempo, refletindo as diferentes situações de vida e papéis sociais que surgem com a maturidade (Lye, 1997).

3.4.2 Teoria Crítica da Gerontologia

A Teoria Crítica da Gerontologia, surge nas décadas de 80 e 90 do século passado, tem base na tradição teórica europeia, representada pela Escola de Frankfurt e por pensadores como Horkheimer (1895-1973), Adorno (1903-1963), Habermas (1898-1965), Husserl (1859-1938) e Schütz (1899-1959), sendo também influenciada pela abordagem politico-económica de Marx (1818-1883) e pelo pós-estruturalismo de Foucault (1926-1944), (Bengston et al., 1997).

Apesar das várias abordagens da Teoria Crítica da Gerontologia destacam-se as perspetivas de Lynott & Lynoot (2002, p. 5) e Wilson (2007, p. 150), cujo pensamento se desvia do plano individual para o societal, alterando-se as conceções teóricas do envelhecimento (Paúl, 2012, p. 193)

A Teoria Crítica da Gerontologia tem como conceitos principais, as coortes de idade, estrutura social, atraso estrutural, promovendo a metodologia quantitativa. Tem como principal contribuição a articulação do poder, da ação social e dos significados sociais à subjetividade, práxis, produção de conhecimento emancipatório e crítica ao conhecimento, a cultura e a economia. Refere que a heterogeneidade do processo do envelhecimento é negligenciada pela maioria das teorias, tornando-se um espaço de discussão para a proposição de uma perspetiva humanista, (Neri, 2007, pp. 107-108).

A Teoria Crítica da Gerontologia insere-se no âmbito das teorias sociológicas do envelhecimento de nível macro, cujo enfoque geral visa analisar a influência da estrutura social ao nível da experiência do envelhecimento (Paúl, 2012, p. 195).

A perspetiva de abordagem teórica centra-se na análise do papel da estrutura social no processo de envelhecimento e de estratificação em função da idade nas sociedades. Situa-se no chamado "paradigma da sociedade e do envelhecimento". A preocupação principal tem como objetivo analisar o movimento das coortes ao longo do tempo; explorar as assincronias entre as mudanças estruturais e individuais; estudar as interdependências entre as coortes de idade e a estrutura social (Riley et al., 1994, pp. 110-115).

Segundo Baars et al. (2006) a Teoria Crítica da Gerontologia reflete uma diversidade de correntes teóricas contemporâneas e centra-se quer nas dimensões humanísticas, quer nas componentes estruturais do

envelhecimento. Preocupa-se com a teorização das dimensões subjetivas e objetivas do envelhecimento, questiona a práxis nesse domínio, em particular as políticas públicas e tem como grande objetivo construir "conhecimento emancipatório".

A Teoria focaliza duas dimensões que fornecem a base para a investigação gerontológica, o poder e a ação social, os quais articulam os seguintes aspetos:

a) a subjetividade e a dimensão interpretativa do envelhecimento;
b) a práxis, entendida como ações de envolvimento em mudanças;
c) a união entre académicos e profissionais, por intermédio da práxis, destinada à produção de conhecimento;
d) a Crítica ao conhecimento, à cultura e à economia para criação de modelos positivos de envelhecimento, que ressaltem a força e a diversidade do processo.

Apesar de ser uma das primeiras teorias do envelhecimento a fazer a articulação entre este fenómeno e a estrutura social, descurou o poder da ação individual (Bengtson et al.,1997, p. 82).

3.4.3 Teorias Feministas

A Teoria Feminista surgiu na década de 1990, foi impulsionada pelos movimentos sociais contra a discriminação sexual (ex. movimentos LGBT), surgindo como resposta às necessidades de teorizar sobre as relações da desigualdade de sexo, permitindo analisar a interseção da desigualdade entre sexos, ao nível dos atributos da idade, raça, etnia e condições socioeconómicas (Calasanti, 2009, p. 472).

A Teoria Feminista tenta conciliar os níveis micro e macrossocial de análise desenvolvidos por Bengtson, Burgess & Parrot (1997) dando conta simultaneamente da influência das dinâmicas da interação social e do processo de envelhecimento.

As perspetivas feministas preocupam-se em demonstrar que a biologia não é um destino, recusam o argumento da estrutura-funcionalista da segregação de papéis sexuais, enquanto divisão natural da sociedade (Paúl & Ribeiro, 2012, pp. 196-197).

A teoria procura analisar as variáveis que influenciam o estatuto da população idosa nas nossas sociedades, em particular, o das mulheres mais velhas. Consideram que o envelhecimento é um processo de sexo, constituindo este a dimensão maior de estratificação social (Marshall, 1995, p. 23).

A perspetiva da Teoria Feminista concentra a atenção sobre as mudanças produzidas em relação à idade, com base numa dinâmica de poder e de controlo (exemplo: dependência económica de um dos cônjuges do parceiro; inversão de papéis do filho quando passa a pai) alterações nas posições sociais e os recursos financeiros que podem contribuir para experiências de vida tardias de abuso (Straka & Montminy, 2006).

Segundo Anderson (1992) a Teoria Feminista chama a atenção para as formas em que o sexo se cruza com idade, raça e classe social. Por exemplo, situações de abuso sobre as pessoas mais velhas em idade avançada e desigualdade social motivada pelo abuso do poder económico.

Em várias culturas, as mulheres tendem a ser economicamente e socialmente desfavorecidas em relação aos homens, utilizando o sexo como um fator de risco e de abuso em relação às pessoas idosas. Sem recursos económicos ou sociais, as mulheres mais velhas tendem a permanecer em relações inseguras (Constança & Ribeiro, 2011, p. 197).

Segundo Roberto (2016) a dinâmica do poder estabelecida nos relacionamentos íntimos e abusivos, tendem muitas vezes a persistir na vida, sendo agravada com a falta de recursos pessoais e sociais (ex. educação, rendimento, apoio social, competências) conduzindo muitas vezes a trajetórias de abuso individual que se perpetuam ao longo da vida.

A abordagem da Teoria Feminista permite analisar a intersecção complexa do contexto social e histórico, idade, sexo, raça, etnia, condição socioeconómica e a orientação sexual da população idosa vítima de maus tratos.

Em virtude de as pessoas mais velhas serem estigmatizadas, a intersecção do preconceito da idade com múltiplas formas de opressão, encaminha as pessoas idosas para situações de vulnerabilidade e de

riscos sociais. Por exemplo, adultos mais velhos LGBT[50], por questões de preconceito social, hostilidade e desrespeito da família e sociedade, costumam omitir as situações de abuso ou negligência ao cuidador ao nível da homofobia e resistência em relatar os abusos sou ameaças do agressor (Roberto, 2016, p. 342)

A perspetiva gerontológica da Teoria Feminista, apesar de ser considerada uma abordagem especializada da gerontologia geral, teoriza as relações de sexo as experiências do envelhecimento entre homens e mulheres, com enfoque para nas situações de desigualdade de sexo (Calasanti, 2009, p. 472).

Apesar da abordagem feminista ser recente no campo do envelhecimento, o seu contributo é relevante, chamando à atenção para a descriminação sexual, desafiando ainda os esquemas do pensamento androcêntricos, influenciando largamente o movimento contra o idaísmo (Vinton, 2001, p. 180). Todavia ao centrar-se nos problemas das mulheres mais velhas (feminização do envelhecimento) negligenciou as experiências masculinas de envelhecimento, (Bengtson, 1997, p. 81).

3.4.4 Teoria da Economia Política do Envelhecimento

Há semelhança da Teoria do Ciclo de Vida, que apresenta um maior desenvolvimento das várias abordagens teóricas em virtude de se considerar uma das principais teorias do enquadramento da presente Tese, a Teoria da Economia Política do Envelhecimento ocupa também uma referência importante para a análise do objeto de estudo. Nestes termos, tratando-se ainda de uma das mais recentes teorias sociológicas do envelhecimento desenvolvido na segunda metade do século XX, dada a influência com a abordagem da intergeracionalidade, apresentam-se as várias perspetivas de abordagem desta teoria.

A Teoria da Economia Política do Envelhecimento foi avançada nos anos 90 com o trabalho pioneiro de Estes (1972), que pretende explicar o fenómeno do envelhecimento, através da justificação do papel do Estado e do capitalismo, os quais terão contribuído para sistemas de dominação e marginalização dos mais velhos. A perspetiva

[50] LGBT, ou ainda LGBTTT, é a sigla de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

teórica da economia política do envelhecimento centra-se no papel dos sistemas económicos e políticos na moldagem e na reprodução da distribuição do poder e das desigualdades sociais vigentes (Guiddens & Sutton, 2013, p. 343).

A Teoria tem como foco a interação entre as forças económicas e políticas, as quais determinam como serão alocados os recursos sociais e como estes influenciam o status das pessoas idosas e o tratamento que lhes é dispensado, em que as restrições económicas e políticas interferem na experiência do envelhecimento, resultando em perda de poder compra e da própria autonomia.

Conceptualmente, Marx (1818-1883) e Weber (1864-1920) são considerados os fundadores da Política Económica do Envelhecimento. As suas perspetivas enfatizam a forma de estruturação dos grupos sociais, os mecanismos de interação entre si e as relações que são estabelecidas em função de quem tem o poder das políticas de redistribuição social, conceitos básicos para se entender as desigualdades do envelhecimento (Kail et al., 2009).

A perspetiva é fundamentada pela teoria da estratificação de classes de Weber. De acordo com a teoria marxista, a estrutura de classes é baseada numa classe dominante que detém os meios de produção e uma classe trabalhadora sem propriedade, sendo uma relação antagónica em que o foco do mecanismo social é a estratificação das classes (Kail et al., 2009).

Para Marx (1818-1883) a estrutura das classes não só determina a distribuição dos bens económicos, como também é um mecanismo de classificação da distribuição do poder politico (Guiddens, 1971). A conceção da estratificação das classes sociais de Weber (1864-1920) é entendida como um sistema multifacetado de estratificação e de organização social e não como a única explicação da estruturação das classes sociais apresentada por Marx (Kail et. al., 2009.

Segundo a estratificação de Weber (1978) são discutidos três domínios da estratificação social. Para além dos atores no processo de produção e de divisão de classes proposto por Marx, existe um terceiro grupo associado ao status, relacionado com a organização por estilos de vida, ocupação e padrões de consumo, que podem assumir a forma de grupos de interesse que competem com o poder político estatal.

A perspetiva de Weber (1978) inclui ainda uma componente de intergeracionalidade. Em algumas famílias existe uma passagem das vantagens e desvantagens da classe social dos progenitores, status, incluída no conceito de transmissão intergeracional, sendo um conceito de estratificação social muito mais abrangente.

Atualmente a abordagem da Teoria da Economia Política do Envelhecimento, tem sido referenciada por vários autores para estudar os desafios das minorias raciais e étnicas em relação ao acesso aos apoios do Estado e privados e ainda ao nível das desigualdades das famílias. Trata-se ainda de uma abordagem que sustenta a existência de diferenças no acesso ao mercado entre o homem e a mulher, bem como desigualdades na redistribuição económica dos rendimentos que contribuem para a reforma.

Esta teoria de acordo com Johnson (1999) preocupa-se com os processos sociais, políticos e económicos envolvidos na distribuição dos recursos escassos e a forma como a economia de mercado e o Estado participam na redistribuição de recursos. É enfatizado o modo como os atores sociais se envolvem no mercado a partir de diferentes localizações estruturais, criando-se barreiras que restringem as oportunidades de emprego e forçam os grupos mais desfavorecidos a adaptar-se ao mercado de acordo com diferentes regras.

Segundo esta perspetiva a Teoria Económica do Envelhecimento permite explorar a forma como a desigualdade social é acumulada ao longo da vida e é transmitida entre gerações. A política social, por exemplo, no que respeita a ordenados, saúde, ou segurança social, é entendida como a responsável pelos atritos sociais e pelas divergências dominantes dos diversos ciclos eleitorais, mudando as políticas em função das ideologias políticas dominantes em cada momento.

Para Guiddens (2013, p. 343) as políticas respeitantes aos mais velhos refletem a estratificação racial, de classe e de sexo da sociedade, encontrando-se os fenómenos do envelhecimento e da terceira idade diretamente relacionada com a globalização da sociedade, não se devendo considerar independentes de outras forças sociais.

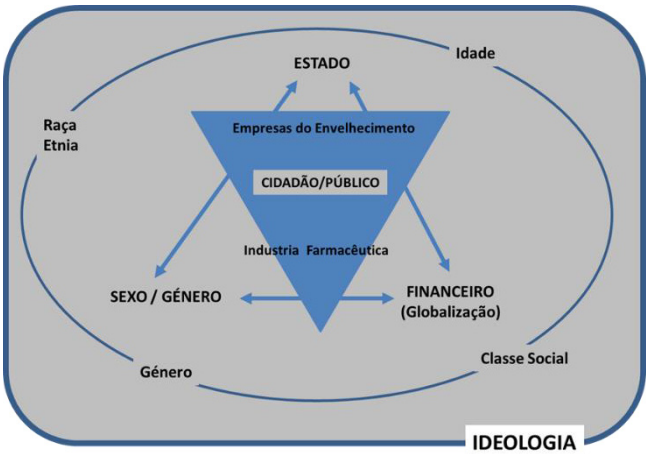
Ao nível do debate em torno das obrigações económicas, sociais e morais das novas gerações de jovens e adultos para com as pessoas idosas, e destes para com os jovens, a Teoria da Política Económica do

Envelhecimento adquire neste âmbito, uma enorme relevância política e cultural, vide (Luz & Miguel, 2014, p. 14).

Nestes termos, se se considerar que as gerações atuais não devem ser sobrecarregadas com responsabilidades inerentes a gerações anteriores, como advogam as análises da chamada "equidade geracional", as políticas de proteção social das pessoas idosas são concebidas como um fardo público e essencialmente remetida para uma esfera de proximidade e informalidade (Quadagno et al., 1993). Para este autor, se pelo contrário, se considerar que a sociedade se estrutura em lógicas complexas de solidariedade entre gerações, como preconizam por exemplo as abordagens da chamada "economia política do envelhecimento" (Walker, 1993) as políticas sociais orientadas para a população idosa são concebidas e argumentadas em articulação com as políticas económicas, de proteção à família e de desenvolvimento, sob o pressuposto de que os diferentes atores, que constituem a trama da sociedade, se entrecruzam, se co constroem e como tal, têm papéis distintos e insubstituíveis a cumprir em prol do bem-estar coletivo (Goldani, 2004).

A perspetiva teórica da Economia Política do Envelhecimento resulta da evolução de diversas abordagens, economia, ciência política, sociologia e gerontologia, que permitiram obter uma melhor compreensão das questões da saúde e do envelhecimento e que contribuíram para elaboração da política social. Trata-se de uma visão sistemática baseada na suposição de que a velhice pode ser entendida apenas no contexto de condições sociais e questões de ordem social mais ampla (Carol, 2001).

Ilustração 7 - Modelo Teório das Politícas do Envelhecimento.



Fonte: Elaborado a partir de Theoritical Model of Policy and Aging. (Carol, 2001, p. 4).

Há semelhança das diversas teorias sociológicas que são influenciadas pelo pensamento de vários autores, considerando-se a Sociologia surgiu como uma resposta científica à chamada "questão social" que afligia as sociedades europeias do século XIX, (Rosado, 2015, p. 48) a perspetiva da política económica do envelhecimento resulta dos desenvolvimentos das teorias do conflito, Crítica, cultura e feministas.

De acordo com o modelo teórico da Economia Política Social do Envelhecimento de Estes (1979), existem quatro níveis de análise: Estado, Sexo/Sexo, Financeiro/Globalização do Capital e Raça/Etnia, que interagem entre si e que se expandem para um quinto nível, Cidadão/ Público, no qual existem as empresas que fornecem produtos e serviços na área do envelhecimento e industria farmacêutica.

De acordo com Carol (2001, pp. 3-8) o modelo foi revisto e adaptado por McKinlay (1985) passando a existir sete níveis de análise (Ilustração 7, Quadro 22).

Quadro 22 – Níveis de análise do Modelo da Teoria Política Económica Social.

Nível de análise	Descrição
Capital	Avalia o impacto financeiro do fenómeno do envelhecimento Demográfico na economia dos países, existindo uma relação direta com as políticas económicas, associadas à globalização e ao poder do capital no desenvolvimento da indústria farmacêutica e dos serviços/ produtos para a população idosa.
Estado	Teorização sobre o papel do Estado no desenvolvimento da Política Económica do Envelhecimento: sustentabilidade da Segurança Social, adequação dos sistemas de Segurança Social ao aumento do número de pessoas idosas, equidade das Políticas sociais.
Sexo / Sexo	Analisa o papel do sexo ao nível individual e das políticas do envelhecimento de igualdade de sexo, nas dimensões descriminação. A teorização da Política económica do envelhecimento tem ganho avanços ao nível a alteração dos papéis na família, decorrentes da redução da redução do índice de masculinização.
Cidadão e Público	São analisadas as questões da cidadania, os direitos e os benefícios que são garantidos pelas políticas públicas, os quais se encontram associados à classe social, sexo e raça/ etnia.
Classe Social	Analisa das "oportunidades de vida" produzidas pelas políticas públicas, associadas à posição social de cada pessoa dentro da classe, status e estruturas políticas que compõem a sociedade. Estuda as interconexões entre os vários níveis e as implicações na política social do envelhecimento.
Raça / Etnia	São observadas as relações entre a raça/etnia e as classes sociais. A estrutura de análise deste nível estuda as questões do racismo na ótica do conhecimento das consequências das Políticas de envelhecimento, sendo ainda estudado a raça como um factor de risco da pobreza nas pessoas idosas.
Indústria Farmacêutica e Empresas do Envelhecimento	Trata-se de uma abordagem ideológica centrada nos papéis duplos e contraditórias desempenhados pelo Estado, enquanto agente promotor da legitimação e acumulação de capital das empresas, numa lógica capitalista e a promoção pelo próprio Estado de serviços públicos que beneficiam dos serviços/produtos dessas empresas.

Fonte: Elaborado a partir de Carol (2001).

Segundo Mueller (2009, p. 269) a política económica do envelhecimento das sociedades analisa a partir de uma perspetiva positiva e normativa a veracidade dos problemas da política económica. Discute as consequências do envelhecimento da sociedade a partir de uma abordagem positiva e normativa com o objetivo de melhorar o bem-estar dos membros da sociedade. Para Mueller (2002, p. 269) a existência de normas permite ao Estado a produção ótima de bens e serviços segundo a Lei de Pareto, devendo o Estado garantir os melhores serviços e produtos para os cidadãos.

A Política Económica do Envelhecimento é composta pelas perspetivas teóricas da Vantagem/Desvantagem Acumulada[51] e a Economia Moral[52] (Kail et al., 2009, pp. 556-572).

3.4.5 A perspetiva da Política Económica do Envelhecimento e a Teoria da Vantagem e Desvantagem Acumulada

A relação da Teoria da Política Económica do Envelhecimento com várias teorias sociológicas encontra-se presente em váras abordagens teóricas. Destaca-se a Teoria do Ciclo de Vida, seguida por varios autores, existindo consenso que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do percurso de vida que é influenciado pela estrutura social e pelas vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida (DiPrete & Eirich, 2006).

Segundo Kail et al. (2009) a abordagem teórica da vantagem e desvantagem acumulada é uma ferramenta útil que permite perceber as desigualdades das pessoas idosas em função das circunstâncias da pré-reforma. Ao contrário das perspetivas do envelhecimento biológico que apresentam o declínio físico como um fenómeno do individuo independentemente da sua condição social, a abordagem da vantagem/desvantagem acumulada constitui um fator que influencia a estratificação social (Ferraro & Kelley-Moore, 2003).

Ainda segundo Dannefer (2003) as vantagens e desvantagens acumuladas ao longo do ciclo de vida, não resultam apenas do esforço do indivíduo, mas antes do resultado de um processo acumulado de

[51] Cumulative disadvantage Theory
[52] Moral Economy Theory

exclusão ao longo de gerações. Esta perspetiva é útil na discussão da política económica do envelhecimento por duas razões. A primeira está associada ao estudo da relação do individuo com um dado grupo, analisando-se a forma como cada pessoa idosa experimenta o envelhecimento (Dannefer, 2003). A segunda abordagem, para além de enfatizar as desvantagens acumuladas ao longo da vida, permite avaliar a fase de transição entre o trabalho e a reforma, assinalando-se as desigualdades sociais entre as pessoas reformadas e as que estão no ativo (O'Rand & Henretta, 1999).

3.4.6 A perspetiva da Política Económica do Envelhecimento e a abordagem Teórica da Economia Moral

Trata-se de uma abordagem que se concentra na justificação da utilização dos conceitos da equidade e justiça na atribuição dos recursos sociais. (Clark, 1999).

Segundo Minkler & Cole (1999) a perspetiva da Economia Moral ajuda a elucidar como os apoios sociais são atribuídos às pessoas idosas, considerando que uns devem ser apoiados socialmente e outros não. A perspetiva da Economia Moral permite abordar o tema da distribuição dos recursos, olhando para as pessoas idosas como população inativa que dependem fortemente dos benefícios públicos (Estes, 1999).

No atual contexto de elevado envelhecimento Demográfico dos países, existe uma tendência iminente para a "crise geriátrica", na qual o peso das pessoas idosas se tornará insustentável e incontrolável para a economia, colocando os mais velhos contra os jovens numa batalha em que os recursos são escassos (Clark, 1999).

Neste cenário, admitindo-se que o envelhecimento vai conduzir os países à falência económica, a teorização da Economia Moral contribui para a equidade intergeracional e para a distribuição justa dos recursos sociais (Schulz & Binstock, 2006).

A questão da equidade intergeracional no domínio da teoria Economia Moral, apresenta como premissa o facto de existir uma divída para com os mais velhos (dividendo geracional), que durante a vida ativa contribuíram para a manutenção do sistema de proteção social.

A Segurança Social apoia no presente as pessoas idosas à custa dos trabalhadores atuais, benefícios estes que não estarão disponíveis para as gerações futuras (Kail et al., 2009).

Segundo esta perspetiva para Wiiliamson & Watts-Roy (1999) e Rohlinger & Quadagno (2006) colocando-se a questão como um problema de recursos (escassez de meios financeiros no futuro para suportar a reforma da população ativa atual) a solução viável consiste na privatização da Segurança Social, permitindo aos trabalhadores atuais pagar mais impostos para um subsistema de privado de proteção social.

Em paralelo, no âmbito do debate da equidade intergeracional, o facto do custo da proteção social com as pessoas idosas ser mais elevado que a despesa pública com a infância e juventude, conduz alguns autores a considerarem que as pessoas idosas estão bem à custa das crianças (Kail et al, 2009, p. 560). Não obstante existirem perspetivas que descriminam negativamente os custos suportados pela Segurança Social com as pessoas idosas, outras teorizaçõesindicam no sentido contrário. Segundo Minkler & Robertson (1991) os custos sociais com as mães solteiras tiveram repercussões ao nível do aumento das taxas de pobreza infantil.

Analisadas em conjunto as teorias da Vantagem/Desvantagem Acumulada e a Economia Moral, torma-se possível justificar as diferenças existentes nas condições económicas das pessoas idosas e os diferentes apoios sociais. De acordo com Kail et al. (2009) ao longo da vida a pessoa vai adquirindo uma determinada condição económica, que lhe permite ter uma situação de vantagem ou desvantagem em relação ao valor da reforma auferida. A teoria da Economia Moral permite analisar as desigualdades sociais entre as pessoas mais velhas, concluindo-se que não resultam exclusivamente da acumulação de recursos durante a vida ativa, mas também da disponibilidade dos recursos públicos que são colocados à disposição das pessoas idosas. Para Kail et al. (2009) as políticas sociais destinadas a compensar as desvantagens económicas das pessoas idosas são construídas com base numa discussão moral, em que uns merecem apoio e outros não, sendo que, a retórica utilizada de que os velhos estão roubando o futuro dos jovens é uma forma de minar o sistema retributivo da Segurança Social.

3.4.7 Modelo conceptual do Envelhecimento Intergeracional segundo a perspetiva da Teoria do Ciclo de Vida

O envelhecimento da população é um fenómeno inquestionável gerador de grandes mudanças económicas e sociais, que coloca uma pressão crescente a uma escala global, que conduzirá durante os próximos anos a grandes alterações do modelo de governação das sociedades e adaptação das famílias no apoio às pessoas idosas.

Da mesma forma, que os países estão sob uma tensão motivada pelo aumento do número de pessoas mais velhas e a redução da população ativa, levantando-se inúmeras questões sobre a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, a uma escala micro, as implicações demográficas também se fazem sentir nas famílias.

Destacando-se entre as várias alterações produzidas na familia, a redução do agregado, os aumentos do número de famílias monoparentais e de famílias unipessoais com mais de 65 anos, a redução da índice masculinidade nas famílias e o aumento das pessoas idosas mais velhos, durante as próximas décadas perspetivam-se inevitavelmente mudanças na estrutura de funcionamento da família não só ao nível do seu envelhecimento, como também no plano das relações intergeracionais enquanto potencial elemento agregador da família.

Sendo este o contexto em que vivem a maior parte das populações, a uma escala global a Sociologia assume-se como uma ciência capaz de estudar os indivíduos no contexto social, no qual os mais velhos e famílias se encontram num processo permanente de mutação. Partindo-se de uma vasta literatura, que permite ajudar a compreender o fenómeno complexo do envelhecimento, predominam várias perspetivas teóricas que contribuem para a facilitação da compreensão das mudanças demográficas, económicas e sociais e na medida do possível, as suas causas, consequências e implicações.

Nos últimos anos a demografia social, a epidemiologia social e a sociologia foram chamadas a contribuir para o estudo do envelhecimento, identificando e prometendo novas direções de pesquisa nestes subcampos, sendo a sociologia uma ciência integradora, que se preocupa com os sistemas sociais de trabalho e como as várias instituições sociais estão interligadas, a forma como micro e macro

processos sociais estão ligados, como as atitudes e valores se formam e o modo como diferem entre indivíduos e grupos, e com a realidade da construção social das sociedades.

A forma como os indivíduos e as sociedades experienciam e respondem ao envelhecimento é profundamente influenciada pelos contextos em que as experiências ocorrem, sendo os comportamentos e decisões moldadas por contextos sociais que afetam o significado em que a interpretação da experiência de envelhecer, é sentida individualmente ou coletivamente (Waite & Plewes, 2013, p. 14).

O envelhecimento é um fenómeno que provoca inúmeras mudanças nas estruturas familiares e da comunidade, apresentando-se como o resultado de um conjunto de processos de natureza biológica, psicológica e social que afetam a vulnerabilidade e resiliência individual e das populações, requerendo que a investigação científica utilize modelos conceptuais que permitam incorporar a heterogeneidade e multidisciplinaridade dos vários fatores que influenciam o envelhecimento.

Um dos principais contributos da sociologia para a compreensão do do envelhecimento, tem sido teorização de um fenómeno cujas raízes se encontram interligadas a várias dominíos do mundo que nos rodeia.

Bengtson et al. (1997), identificaram várias perspetivas teóricas, sendo a dominante o Ciclo de Vida (Elder, 1999). Esta teoria utiliza como princípio orientador da explicação da influência dos diversos eventos acumulados ao longo da vida no desenvolvimento do individuo, desde que nasce até que chega à fase da velhice, sendo qualquer uma das abordagens teóricas utilizadas no estudo do envelhecimento, dependo a utilização da perspetiva da investigação a desenvolver.

Os novos modelos conceptuais de investigação do envelhecimento carecem de ajustamento, identificando lacunas no conhecimento e aproveitamento de sinergias entre os vários domínios científicos, dotando-os de uma abordagem transdisciplinar, sendo que o exercício de um modelo de teorização nunca está completo, no qual as novas concetualizações mudam e são redefinidas pelas novas análises dos estudos empíricos.

No estudo do envelhecimento a definição das prioridades da concetualização do modelo teórico inclui, onde e como a vida

individual é influenciada pelo contexto social, (ex. relações, a saúde e registos genéticos). Implicam uma comparação do comportamento dos processos individuais em contextos macrossociais, nos quais os processos ocorrem num momento específico, numa dada fase do Ciclo de Vida do individuo e numa sociedade influenciada por um dado contexto histórico e político.

São exemplo, as recentes teorias de Mortimer & Shanahan (2002), que justificam o contexto do impacto social no indivíduo no seu Ciclo de Vida, incluindo-se na análise de risco do modelo os vários períodos críticos e sensíveis objeto de estudo. O'Rand & Luker (2005, pp. 14-29) desenvolveram um modelo no qual propõem analisar a influência dos riscos associados à exposição nas diversas fases da vida, nas quais o Ciclo de Vida é a acumulação dos diversos fatores de risco que influenciam o desenvolvimento do indivíduo, acentuando-se ao longo do tempo o risco com os efeitos precoces.

Comparativamente, os modelos defendidos por Shanhan (2000) e O´Rand & Lucker (2005), apresentam perspetivas diferentes do Modelo Teórico do Ciclo de Vida associadas a exposições precoces (ex. existência de fatores de risco na família, violência doméstica, pobreza, etc.), mudanças de carater duradouro (ex. doença crónica) e os efeitos posteriores de situações que afetam a vida do individuo (ex. desemprego, divórcio). Estas experiências influenciam o processo de envelhecimento humano, representando abordagens diferentes que permitem estudar a exposição e os efeitos dos fatores de risco no Ciclo de Vida.

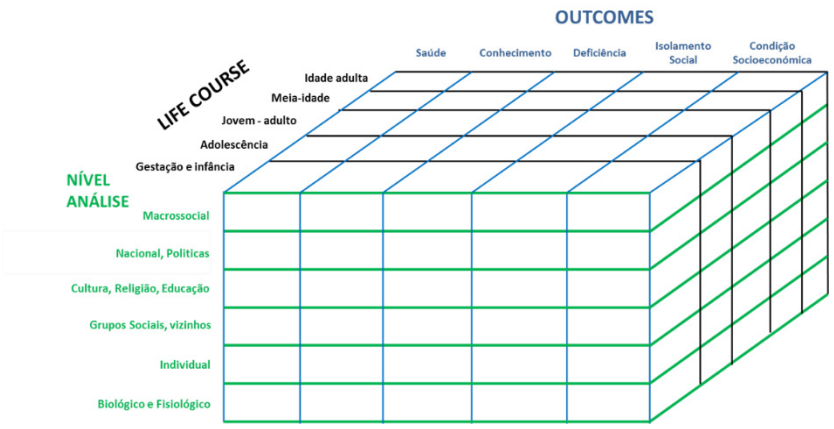
Estes modelos são de grande utilidade na investigação das teorias do envelhecimento, usados em diferentes disciplinas, as quais não se restringem somente à psicologia.

Silverstein & Giarrusso (2011) desenvolveram um modelo teórico de estudo do Ciclo de Vida, com recurso a uma perspetiva tridimensional (Ilustração 8, Ilustração 9, Ilustração 10), com base em três dimensões, propondo um modelo biográfico-institucional-social do Ciclo de Vida, dando maior enfase às ligações entre os diferentes níveis.

- **Nível de Análise** - Perspetiva de análise macro à micro.
- **Ciclo de Vida (*Life Course*)** - Desenvolvimento das diferentes etapas do desenvolvimento humano.
- **Outcomes** – Áreas de interesse do estudo.

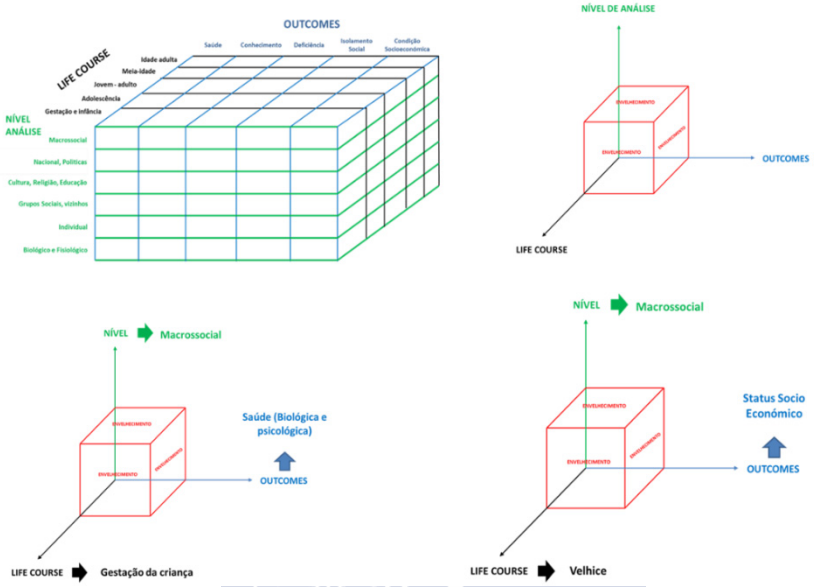
O **Modelo tridimensional do Ciclo de Vida** atribui importância ao desenvolvimento de modelos conceptuais que possam abranger uma relação entre o percurso de vida do indivíduo em toda a fase do envelhecimento num contexto mais abrangente e heterogéneo, sendo indicado pela *National Academy of Sciences (NAS)* como um dos modelos conceptuais a desenvolver nas investigações científicas do século XXI (Waite & Plewes, 2013, p. 21-24).

Ilustração 8 - Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida.



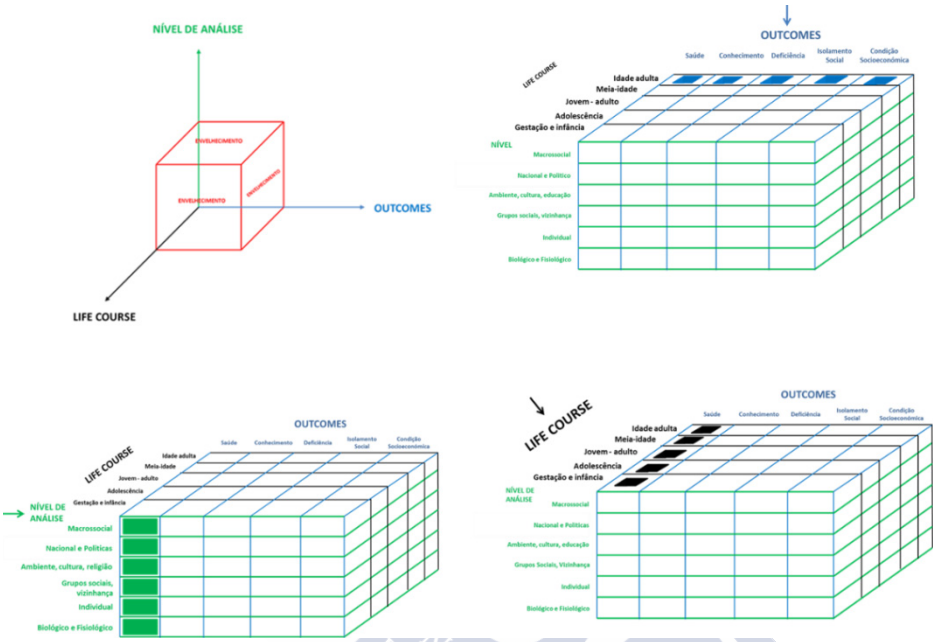
Fonte: Elaborado a partir de Waite & Plewes (2011, pp. 14-16).

Ilustração 9 - Dimensões de Análise do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida.



Fonte: Elaborado a partir de Waite & Plewes (2011, pp. 14-16).

Ilustração 10 - Dimensões de Análise do Modelo Conceptual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento do Ciclo de Vida.

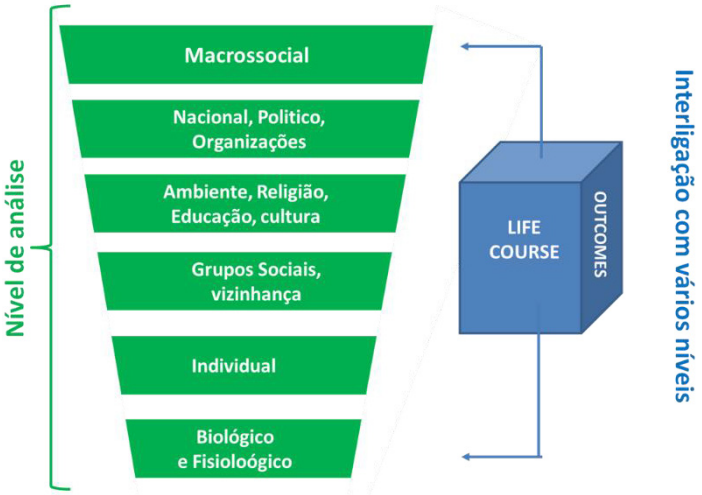


Fonte: Elaborado a partir de Waite & Plewes (2011, pp.14-16).

O desenvolvimento do Modelo Concetual do Estudo Social dos Processos de Envelhecimento Silverstein & Giarrusso (2011) pretende dar uma perspetiva heurística sobre as diversas dimensões, não se definindo nenhuma hierarquia de análise, sendo o envelhecimento estudado em função de um dado contexto (Ilustração 11).

Shanahan (2000) utiliza uma abordagem teórica em que analisa a inter-relação entre a saúde no plano biológico e psicológico (dimensão Outcomes/resultados) durante a fase de gestação da criança (dimensão Life Course/Ciclo de Vida), enquanto que Settersten & Angel, 2011) estudam o status socioeconómico do individuo durante a velhice utilizando como dimensão de análise uma escala macrossocial.

Ilustração 11 - Mapa do processo da mudança social num contexto de envelhecimento da sociedade, segundo a perspetiva do Ciclo de Vida.



Fonte: Elaborado a partir de Waite & Plewes (2011, p. 17).

3.5 As oportunidades da investigação sociológica no domínio do envelhecimento Demográfico segundo uma perspetiva intergeracional

Nos últimos anos a demografia social, a epidemiologia social e a sociologia foram chamadas a contribuir para o estudo do envelhecimento, identificando e prometendo novas direções de pesquisa nestes domínios. A sociologia enquanto ciência integradora, preocupada com os sistemas sociais de trabalho, com a articulação entre instituições sociais, a forma de interligação dos processos sociais a nível micro e macro, como as atitudes e valores se formam e o modo como diferem entre indivíduos e grupos, faz como que a sociologia ocupe um papel importante no estudo da construção social das sociedades (Waite & Plewes, 2013).

A forma como os indivíduos e as sociedades experienciam e respondem ao envelhecimento é profundamente influenciada pelos

contextos em que as experiências ocorrem, sendo os comportamentos e decisões moldadas por contextos sociais que afetam o significado em que a interpretação da experiência de envelhecer, é sentida individualmente ou coletivamente (Waite & Plewes, 2013, p. 14).

De acordo com Jacqueline & Settersten, (2013, pp. 95-120) os novos modelos conceptuais de investigação do envelhecimento carecem de ajustamento, identificando lacunas no conhecimento e aproveitamento de sinergias entre os vários domínios científicos, dotando-os de uma abordagem transdisciplinar, sendo que o exercício de um modelo de teorização nunca está completo, no qual as novas concetualizações mudam e são redefinidas pelas novas análises dos estudos empíricos.

As alterações demográficas ao nível da estrutura da família, que incluem o aumento da esperança média de vida, a menor fecundidade, o alongamento das gerações, o divórcio, a família monoparental, a maternidade não conjugal, a fecundidade multipartidária, o reconhecimento da união de facto como relação familiar, as alterações das modalidades de casamento e do seu conceito, alteraram a forma de utilização dos recursos da família, implicam novas abordagens do estudo das transferências intergeracionais (Bianchi, 2011).

Para Waite & Plewes (2013, p. 36) a perspetiva de abordagem das transferências intergeracionais, não se restringem somente às que decorrem das alterações do conceito da família. A conceptualização das relações familiares e das trocas, incluindo comportamento, expetativas, planos e atitudes, caraterizam a família enquanto contexto fundamental para envelhecimento.

Na perspetiva de Settersten et al. (2011, pp. 98-99) os estudos da sociologia do envelhecimento baseiam-se em coortes nascidas nas primeiras décadas do século passado, não estando claro se esse conhecimento se aplicará a futuras coortes, cujo Ciclo de Vida tem sido muito diferente no século XX. Para estes autores a antecipação do estudo do futuro do envelhecimento será um desafio para a gerontologia analisando-se o impacto das transferências intergeracionais na melhoria da qualidade de vida das famílias.

A reorganização do Ciclo de Vida com a "desinstitucionalização" das famílias no século XXI, produziu uma grande variedade de configurações familiares, criando novos desafios para as famílias e uma forma distinta de envelhecer quando comparada com o século passado. Para Settersten et al. (2011, pp. 100-102) permanece muito para aprender sobre a família nuclear, na qual se desenvolvem relações em espaços multigeracionais com laços-extra-familiares provenientes de diferentes momentos e circunstância da vida.

O estudo do Ciclo de Vida numa perspetiva intergeracional permite compreender os efeitos das trocas nas interações sociais entre jovens e as pessoas idosas. As alterações produzidas e as que se perspetivam na assistência instrumental das pessoas mais velhas na família, existindo uma tendência para o aumento dos agregados familiares mais pequenos, conduz ao estudo da solidariedade intergeracional enquanto fator de transferência de capital humano entre gerações (Silverstein, 2012, pp. 104-105).

Em síntese, os novos desafios da sociologia do envelhecimento no domínio da intergeracionalidade, perante o paradoxo da longevidade em que as pessoas "vivem mais do que nunca e aspiram a viver ainda mais", em que no contexto social das famílias a síndrome do "ninho vazio" surge mais tarde e permanece aberto ou desordenado nas famílias, o estudo da transferência dos legados entre os mais velhos e os mais novos, constitui uma janela de oportunidade merecendo uma investigação mais profunda e transdisciplinar.

> "*Aging is one of the most intricate scientific puzzles, posing many significant challenges for individuals, families, and society"* (Jacqueline & Settersten, 2013, p. 30).

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 4- A Solidariedade Intergeracional na Perspetiva do Cuidador Informal às pessoas idosas dependentes

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Parte I -
Perspetivas Teóricas da Solidariedade Intergeracional



USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Introdução

A perceção dos Europeus sobre a Solidariedade Intergeracional, é identificada como um dos fatores que contribuiu para a declaração de 2012 como ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações.

Destaca-se da avaliação da perceção dos portugueses do *Flash Eurobarometer Intergenerational Solidarity* que: jovens e as pessoas idosas não concordam facilmente sobre o que é melhor para a sociedade e que à medida que as pessoas idosas trabalham até mais tarde, menos empregos estarão disponíveis para as pessoas mais jovens, nas próximas décadas. O voluntariado é avaliado pela maioria dos Portugueses, e também pelos Europeus, como a oportunidade de promoção das relações intergeracionais.

Existe uma forte concordância dos europeus sobre a perceção da sustentabilidade do sistema de Segurança Social; no futuro o Estado terá dificuldade em garantir o pagamento das pensões das futuras gerações bem como o apoio social e cuidados de saúde aos mais velhos. Apesar da importância do papel do Estado na promoção da Solidariedade Intergeracional, liderada na UE27 por Portugal na forte concordância, considera-se que o Estado está ausente na promoção da Solidariedade Intergeracional.

Entre as várias conclusões do inquérito à perceção da Solidariedade Intergeracional, é em Portugal que existe maior concordância (91%) da falta de reconhecimento do Estado sobre a importância da contribuição da família no cuidado das pessoas idosas dependentes.

> "*Es sabido que la redistribución de los roles generacionales y de sexo implican modificaciones sociales y culturales íntimamente relacionadas*" (Cordero-Torrón et al., 2014, p. 167).

O relatório da OECD (2011) sobre as tendências demográficas e os custos de longo prazo dos cuidados de longa-duração, identifica um aumento de pressão sobre os sistemas de cuidados. O aumento do envelhecimento das populações, a redução do tamanho da família, as mudanças nos padrões de vida, a diminuição dos cuidadores familiares,

o aumento das exigências da qualidade de vida, e o avanço tecnológico, prevê-se que constituam alguns dos fatores que poderão influenciar o desenvolvimento do sistema formal e informal de cuidados de apoio ás pessoas mais velhas.

A opção metodológica do estudo de perceções tem como referência bibliográfica o inquérito realizado em 2009 na UE27 sobre a Solidariedade Intergeracional, enquadrado na Decisão n.º 940/2011/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, que declarou 2012 como ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações.

Tomando como base as perceções dos Portugueses da Solidariedade Intergeracional (EU, 2009, o estudo do cuidador informal numa perspetiva de intergeracionalidade, tem como fio condutor a teoria do Ciclo de Vida de Elder (1985) e o modelo da Gerontologia Integradora (Bass, 2009), desenvolvendo-se o presente capítulo em duas partes. Na primeira, são apresentadas as perspetivas teóricas da Solidariedade Intergeracional (Bengtson & Roberts, 1991) e a Ambivalência Intergeracional (Lüscher & Pillemer, 2007). Na segunda parte, é apresentado o enquadramento teórico dos Cuidados Informais às pessoas idosas dependentes.

A primeira parte desenrola-se numa tentativa de fornecer o Quadro teórico do percurso social e da trajetória de vida do individuo, que incorporam os fundamentos da ação humana (Thomas & Znaniecki, 1920), que conduzem a decisões que comprometem as relações e o percurso de vida, sendo estabelecida a ponte com estudo das relações intergeracionais de acordo com a perspetiva da Gerontologia Social Integradora (Passuth & Bengtson, 1988).

Utilizando os princípios de Bass (2009) que caraterizam o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do Ciclo de Vida, influenciado pela estrutura social e pelas vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida, a visão integradora da Gerontologia serve de ancora para o estudo da Solidariedade Intergeracional.

O facto da Gerontologia Social se constituir numa ciência que não é estática, que reflete sobre as consequências do tempo, da cultura, da posição social, das circunstâncias económicas e ambientais e dos

atributos individuais, existindo como foco de estudo o envelhecimento intergeracional, o conceito de solidariedade tem como guia a visão da sociedade de Durkheim (1977).

A perspetiva da existência da solidariedade mecânica e orgânica, enquadrada na terceira geração das teorias sociológicas do envelhecimento (Silverstein & Bengtson, 1997), constituindo-se a solidariedade como um elemento de modulação das relações e do vínculo à família, permitem desenvolver na segunda parte o modelo teórico da Solidariedade Intergeracional de Bengtson & Robert (1991) e as dimensões da Ambivalência da Solidariedade e do Conflito desenvolvidas por Lüscher & Pillmer (1998).

A primeira parte do Capítulo é concluída com a proposta da Taxonomia da Ambivalência Intergeracional de Kingston et al. (2014). Através da compreensão da abordagem teórica da Solidariedade, do Conflito e da Ambivalência, pretende-se sustentar o estudo das relações intergeracionais conduzido para o contexto do ensaio sobre os desafios em 2030 do Cuidador Informal nativo digital.

A segunda parte do capítulo herda da teoria da segunda Transição Demográfica, desenvolvida nos anos oitenta com os trabalhos de Lesthaeghe e Van de Kaa (1986, 1987, 2003), o impacto produzido na família, com as alterações da queda da mortalidade e a estagnação da fecundidade, registada a partir da década de 60 em vários países da Europa Ocidental e Norte da Europa.

O arquétipo da família matrimonializada, heterossexual, indissolúvel, hierarquizada, patriarcal e patrimonialista, sofreu durante a segunda metade do século XX um redesenho de cento e oitenta graus. A geração do Baby-boom, considerada como um exemplo da transição demográfica, em pleno século XXI tem o futuro nas mãos da geração Z, encontrando-se em cima da mesa a revisão do contrato intergeracional. A perspetiva de Knipscheer (1988) da ponte geracional, associada à abordagem de Attias-Donfut et al. (2005) da sobreposição de papéis e das relações familiares, conduz a segunda parte do capítulo para a importância das transferências intergeracionais de Rodríguez Galdo et al. (2014) no uso do tempo do cuidador informal do século XXI.

Enquadrado na perspetiva da maturidade das sociedades, adquirida no século XX pela via do aumento da longevidade (Pérez Díaz, 2002), é abordada a questão da mitificação dos dados estatísticos (Dopico & Losada, 2007), sendo o foco a qualidade do bem-estar das populações. Apoiadas pelas Recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho e Desenvolvimento Social (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009), analisam-se as contradições entre o Índice de Desenvolvimento Humano e os indicadores da população em risco de pobreza e a taxa de desemprego da população com mais de 55 anos da Zona Euro. De igual modo, ao nível da comparação da evolução dos índices, Global do Bem-Estar, Qualidade de Vida e Condições Materiais de Vida de Portugal, levantam-se interrogações sobre a efetiva qualidade de vida da população com mais de 65 anos e do apoio efetivo do cuidador informal (PORDATA, 2018; INE, 2017, CARTA SOCIAL, 2017).

A segunda parte do capítulo, tendo por base o Relatório da OECD das tendências demográficas futuras dos custos dos cuidados de longa duração (OECD, 2011), identifica os fatores do aumento da pressão sobre os serviços de apoio às pessoas com dependência. Apresentando como referência as projeções demográficas até 2050, existindo a previsão de triplicar o número de pessoas com mais de 80 anos e a redução da população ativa (Gaymu, Ekamper & Beets, 2008), é estruturada a projeção dos cuidados informais nos países envelhecidos da Zona Euro.

Os pressupostos do desenvolvimento dos cuidados informais em Portugal e na região objeto de estudo (Município de Setúbal), é fundamentado com o recurso à Escala de Madrid (Durán & Diez, 2005), com a evolução do ratio do Cuidador Informal (Redfoot et al., 2013) e pelos indicadores da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas.

Perante a pertinência do estudo da análise da dependência (García, 2010), face às transformações demográficas, o cuidado informal é enquadrado na presente pesquisa, como a parte invisível do iceberg do bem-estar (Durán, 2002), identificando-se ainda as categorias do cuidado informal (Rodríguez Rodriguez, 2006a).

A multiplicidade das consequências do cuidado familiar a pessoas dependentes (Paúl, 2005; Martin, 2005; Fernandes, 2008; Gil, 2010;

García, 2010), com repercussões ao nível da saúde, económica e das relações sociais (Brouwer et al., 1999; Fast, 1999; Rogero-García, 2009), constituem-se enquanto desafios do cuidador informal "Nativo Digital", sob o cenário prospetivo Demográfico de 2030.

Com base no arquétipo familista que sustenta a solidariedade intergeracional (Bengtson & Roberts, 1991) e a ambivalência existente nas relações multigeracionais (Lüscher & Pillemer, 1998), identifica-se a importância do trabalho não remunerado como o principal elemento da solidariedade familiar (Shanas, 1979; Litwak, 1985; Kellerhals, 1994; Finch & Mason, 2018; Attias-Donfut, 1995).

Em paralelo, o uso do tempo sustenta o presente capítulo com o papel determinante das mulheres como principal ator dos cuidados informais (Cordero-Torrón et al., 2014; Durán & Díez, 2005; Durán, 1997b; Durán, 2013; Rodríguez Galdo et al., 2014; Tobío et al., 2010; Perista et al., 2016; Gil, 1999; Perista et al., 1997; Perista, 2002; Rogero-Garcia, 2010).

O capítulo é concluído com as evidências da literatura dos cuidados informais, que sustentam as dinâmicas familiares com as "Heroínas do Quotidiano" (Gil, 2010; Durán, 2013; Cordero-Torrón et al., 2014). Fundamentado através da "família à prova da dependência", e pelo conjunto das transferências intergeracionais entre membros da família, caraterizadas pela doação do tempo dos "novos velhos" do século XXI (Díaz, 2003; Rodríguez Galdo et al., 2014), a segunda parte é encerrada com uma visão positiva dos cuidados informais para 2030, protagonizado pelos Nativos Digitais.

4.1 A Gerontologia e a Intergeracionalidade

As teorias sociológicas tendem a concentrar-se no estudo da família nuclear e não complexa família multigeracional. Enquanto que a sociologia o enfoque são os processos do desenvolvimento familiar, baseado no conhecimento da estrutura familiar, a abordagem gerontológica centra-se no estudo do envelhecimento individual (Klein & White, 1996).

Bernice Neugarten, Matilda Branco Riley, Anne Foner, Norma Ryder, Glen Elder, entre outros, foram os pioneiros do século XX que estudaram de forma articulada a importância da compreensão da

estruturação sociedade não só ao nível dos processos de mudança do individuo associados ao envelhecimento biológico, como também as mudanças associadas no seu percurso de vida, assistindo-se atualmente a um vasto número de temas que dotam o envelhecimento de contornos de natureza interdisciplinar.

A literatura tem acompanhado o fenómeno do envelhecimento Demográfico das populações, sendo a Gerontologia a ciência que estuda as várias perspetivas de abordagem teórica do envelhecimento.

Para Ferraro & Kelley-Moore (2003) os primeiros trabalhos da Gerontologia que utilizam a perspetiva teórica Life Course, têm como referência os contributos conceptuais dos sociólogos Cain (1964); Clausen (1972); Elder (1974) Riley et al. (1972); Kett (1977); Lawrence (1984); Neugarten (1979); Settersten & Hagestad (1996 a 1996b); Gillis (1974); Kohli (1986), assim como os psicólogos do envelhecimento Baltes (1968) e Schaie (1965).

A Teoria do Ciclo de Vida é considerada atualmente o novo paradigma da investigação e prática gerontológica e geriátrica, constituindo-se numa nova abordagem do estudo do envelhecimento. Para Dannefer et al. (2009) o reconhecimento que o envelhecimento e a velhice não podem ser entendidos a nível individual ou social, se não existir a preocupação com o estudo das experiências do envelhecimento acumuladas ao longo da vida pelo individuo.

A importância do desenvolvimento da Teoria do Ciclo de Vida na Gerontologia resulta do reconhecimento da crescente evidência demonstrada pelos fatores físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do individuo, que não são ditados pela idade cronológica, mas sim, influenciados por uma série de fatores acumulados ao longo da vida. A referência à Teoria do Ciclo de Vida tem como objetivo a importância da análise dos eventos e papéis sociais que contribuíram de forma não sequencial para a experiência acumulada pessoal do individuo, encontrando-se relacionada com o tempo, desenvolvimento humano e contexto socioeconómico familiar (Bengtson & Allen, 1993, p. 470).

De acordo com Elder (1985) e Hareven (1996) o Ciclo de Vida do indivíduo reflete as mudanças sociais que ocorrem como resultado da interseção entre os fatores sociais e históricos com o desenvolvimento

bioGráfico pessoal e vida familiar. O Ciclo de Vida é definido como uma sequência de eventos e papéis socialmente definidos, que o indivíduo realiza ao longo da sua vida desde a adolescência até à idade adulta. Trata-se de uma abordagem centrada na ligação entre os indivíduos e o contexto histórico e socioeconómico em que estes viveram sendo um método que engloba observações que incluem a história, sociologia, demografia, psicologia do desenvolvimento, biologia, saúde pública e economia (Shanahan, 2000).

A Teoria do Ciclo de Vida assume o carater multidisciplinar, ocupando o foco no estudo do individuo ou em grupos etários, com particular referencia as várias fases da vida (ex. infância, adolescência e terceira idade), existindo a tendência para ser referenciada no desafio da mudança das organizações e na explicação de fenómenos sociais.

Trata-se de uma abordagem que atribui a importância do tempo a um dado contexto, com implicações diretas no desenvolvimento humano e na vida familiar. A família é percebida como um microgrupo social dentro de um contexto macro que é a sociedade, na qual existem um conjunto de indivíduos com uma história comum, que interagem dentro do mesmo espaço e tempo, num contexto de mudança social permanente e crescente, encontrando-se o envelhecimento como um processo contínuo no desenvolvimento humano (Bengtson & Parrot, 1997).

O conceito Life Course reflete a natureza temporal da vida com base numa relação sócio histórica e biográfica do tempo, em que as diversas conexões com o tempo permitem entender o contexto da mudança do indivíduo (Glen et al., 2003, p. 8).

4.2 Os princípios do paradigma da teoria do Ciclo de Vida

De acordo com Settersten (2016, pp. 42-46) o paradigma da teoria Life Course resulta da complexa interpretação da investigação em diferentes contextos dos estudos das ciências do comportamento e sociais sobre a vida humana. A teoria fornece um Quadro teórico do

percurso social da trajetória do desenvolvimento e mudança social, fundamentado teoricamente por seis princípios[53]:

- **Localização sócio histórica e geográfica;**
- **Tempo de vida**
- **Heterogeneidade ou variabilidade**
- **Vidas ligadas e vínculos sociais**
- **Agência humana e controle pessoal**
- **O futuro é moldado pelo passado**

Os princípios do paradigma da teoria Life Course (Elder et al, 2003, pp. 10-19) introduziram nos estudos das ciências humanas uma perspetiva de abordagem holística sobre o ciclo de vida ao longo do tempo através das mudanças e contextos sociais. Serviram de orientação para o desenvolvimento de estudo específicos da idade e das escolhas individuais na tomada de decisão. Trata-se uma abordagem que permite melhorar a compreensão sobre o desenvolvimento humano, no qual o estudo do percurso de vida não pode ser dissociado do contexto histórico, social, familiar e das características individuais do ser humano.

Princípio localização histórica e geográfica: O percurso de vida individual é influenciado pelo tempo histórico e pelos locais experimentados ao longo da vida; tempo e lugar.

O desenvolvimento do indivíduo é transformado por condições e eventos que ocorrem durante o período histórico e localização geográfica relacionadas com os locais onde viveu. Eventos geopolíticos (ex. guerra), ciclos econômicos (ex. recessões) e ideologias sociais e culturais (ex. patriarcado) podem moldar as perceções e escolhas das pessoas e alterar o percurso do desenvolvimento humano. O

[53] Tradução de: (1) socio-historical and geographical location; (2) timing of lives; (3) heterogeneity or variability; (4) "linked lives" and social ties to others; (5) human agency and personal control; (6) how the past shapes the future (Settersten, 2016, p. 44).

comportamento e as decisões não ocorrem no vácuo, porque as pessoas e as famílias interagem no tempo sócio histórico.

O princípio do tempo e do lugar está associado ao conceito de coorte de Ryder (1965) e de geração de Mannheim (1997), sendo o tempo social influenciado pelo tempo histórico, um dos fatores que define o Ciclo de Vida dos imigrantes (Treas & Zoya, 2016, p. 166).

Os indivíduos e as coortes de nascimento são influenciados pelo contexto histórico e pelo local onde se vive. Um local é influenciado por três características essenciais: a localização geográfica, a cultura e o investimento efetuado no local. Um exemplo histórico da influência do desenvolvimento dos países e regiões, foi a a II Guerra Mundial existindo diferenças significativas entre os países que estiveram envolvidos diretamente na guerra e os que não participaram (Gieryn, 2000).

Mayer (1988) estudou a coorte de nascimento dos homens alemães que nasceram entre 1915-25 que passaram nove anos da sua vida na guerra, afastados da sua vida profissional e após a II a GM, 75% não conseguiram depois arranjar emprego. A coorte de 1931 segundo o estudo de Mayer (1988) permitiu demonstrar os efeitos da II GM ao nível da dificuldade generalizada das famílias que participaram na guerra em arranjar emprego.

Um exemplo português objeto de vários estudos, está relacionado com fenómeno emigratório na sociedade portuguesa. São exemplos o "Retorno dos Emigrantes" de Rato (2001) a "Desmobilização, desarmamento e reintegração" (Gomes, 2013), a "Globalização, diversidade e "novas" classes criativas em Lisboa: economia etnocultural e a emergência de um sistema de produção etnocultura" (Costa, 2011).

Princípio Tempo de vida: As consequências dos acontecimentos antecedentes no desenvolvimento do padrão de vida e no comportamento, são diferentes de individuo para individuo.

O principio do tempo de vida está associado a três perspetivas de tempo: o tempo individual, o tempo geracional e o tempo histórico. (Price et al., 2000).

O tempo individual ou ontogenético refere-se à idade cronológica. Assume-se que períodos de vida, como infância, adolescência e velhice, influenciam as posições, papéis e direitos na sociedade, e que estes podem ser baseados em definições de idade culturalmente compartilhadas (Hagestad & Neugarten, 2001).

O tempo de geração refere-se às faixas etárias ou às coortes em que as pessoas são agrupadas, com base na idade. Por exemplo, as pessoas nascidas entre 1946 e 1964, são muitas vezes referidas como a geração do Baby Boom, a geração "X" corresponde às pessoas que nasceram entre 1960 e 1982, a geração "Y" compreende aqueles que nasceram no fim dos anos 70 e início dos anos 90, geração da liberdade e da inovação e a recente geração "Z", que compreende os nascidos entre 1992 a 2010 que está ligada intimamente à expansão exponencial da internet e dos aparelhos tecnológicos. As pessoas da Geração Z são conhecidas por serem "nativas digitais", estando desde pequenos já familiarizadas com a internet e todas suas possibilidades

O tempo histórico refere-se a mudanças ou eventos societários ou de grande escala e como isso afeta indivíduos e famílias, como mudanças políticas e económicas, guerra e inovações tecnológicas (por exemplo, acesso à informação através da Internet).

Este princípio está associado à teoria sociológica da vantagem e desvantagem cumulativa (Dannefer, 2002). As decisões tomadas no princípio da vida afetam o futuro do indivíduo. As consequências de um determinado acontecimento na vida dependem do tempo histórico. São as experiências de vida que contribuem para moldar o presente e o futuro do individuo (Treas & Zoya, 2016, p. 167).

As experiências do passado do indivíduo ocorrem em várias coortes: coorte intergeracional e a coorte individual relacionada com a família. Um exemplo é a transmissão de valores das gerações mais velhas às mais novas. As experiências negativas do passado do individuo influenciam o seu desenvolvimento (ex. maus tratos, abandono escolar, dificuldades económicas, doenças, condições físicas, etc. (Elder et al., 2003, p. 12).

Os mesmos acontecimentos ou experiências afetam os indivíduos de forma diferente. Por exemplo Elder (1974, 1999) conclui que na mesma região os efeitos da Grande Depressão tiveram implicações

socias e afetou o Ciclo de Vida da coorte de nascimento dos anos 1920 de duas formas diferentes.

A visão de longo prazo do reconhecimento das vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida, e em particular as situações associadas às desigualdades sociais são importantes para o desenvolvimento de políticas e programas sociais adequados para o futuro das pessoas idosas (O´ Rand, 1996).

Harley & Mortimer (2000) concluíram que a experiência de sair de casa cedo dos pais, ser pai, casar ou iniciar em idade relativamente jovem um processo de coabitação tem efeitos adversos psicológicos na vida do individuo. Os indivíduos jovens que casaram mais cedo, acumularam um conjunto de experiências para as quais não estavam preparados psicologicamente, evidenciavam falta de maturidade. Embora os pontos de viragem do Ciclo de Vida sejam inevitáveis, o percurso de vida é refém das incertezas associadas ao tempo (Treas & Zoya, 2016, p. 149).

Princípio Heterogeneidade ou variabilidade. A heterogeneidade ou diversidade em estruturas ou processos é outro princípio do percurso de vida.

Este princípio está associado às teorias sociológicas da estratificação etária desenvolvida por Riley (1987), a qual toma em consideração o papel e a influência das estruturas sociais na vida das pessoas idosas, como por exemplo as políticas de reforma e a estratificação mais abrangente nos processos de envelhecimento individual. Segundo Riley (1987) a avaliação das tendências do desenvolvimento do indivíduo não deve contemplar somente a média da transição, como também a variabilidade, apresentando as diferentes experiências em diferentes coortes.

As gerações ou coortes não são coleções homogêneas de pessoas, diferem em termos de dimensões influentes (ex. gênero, classe social, estrutura familiar, etnia e religião). Por sua vez, a capacidade do indivíduo de se adaptar à mudança ao longo da vida pode variar de acordo com os recursos disponíveis, representados sobre a forma de capital económico e capital social (ex. riqueza, educação, formação, suporte familiar). Existe ainda o reconhecimento crescente da

diversidade associada ao envelhecimento. Quanto maior é o aumento da esperança média de vida, maior é a exposição das pessoas mais velhas a fatores que afetam o processo de envelhecimento.

Este princípio tem como objetivo dar maior ênfase à importância da história do indivíduo e à mudança do meio ambiente social, produzindo-se diferentes exemplos de adaptação às sucessivas coortes de idade, contendo duas formas fundamentais de estratificação das idades. A idade pode limitar as habilidades do indivíduo para desempenhar determinados papéis e por sua vez a sociedade influencia a repartição dos direitos, papéis, privilégios e oportunidades tendo como base uma idade. A idade cronológica pode afetar o desempenho de um papel por causa da influência das características biológicas, legais ou das restrições sociais (Grandall, 1980, p. 119).

O princípio da heterogeneidade ou variabilidade está presente na dinâmica do envelhecimento, a qual é influenciada pelo comportamento das estruturas. Para Riley et al. (1991, p. 7), o processo do envelhecimento contém ruturas estruturais, que implicam um desequilíbrio entre as forças e as capacidades potenciais do indivíduo, em que o aumento da longevidade não é acompanhado pela alteração dos papéis na sociedade.

Segundo Johnson (2001b) o desenvolvimento não termina com a idade da fase adulta aos 18 anos. Durante esta fase ocorrem mudanças biológicas, psicológicas, físicas e sociais, distintas de individuo para individuo. Um exemplo é o aumento do reconhecimento do papel da mulher na sociedade, com o envolvimento em múltiplos papéis sociais atribuídos durante várias décadas ao homem, que contribui para o seu desenvolvimento pessoal, social e da própria saúde (Moen et al, 1992).

Princípio Vidas ligadas e Vínculos: Os indivíduos vivem a vida de forma independente, mas partilham influências sócio históricas.

O princípio do vínculo social está associado à experiência social do individuo, a qual se encontra ligada às relações que tem com a família, redes sociais e com a sociedade (Elder et al., 2003, pp. 13-14).

Segundo Conger & Elder (1994) muitas vezes a vida individual é afetada ao um nível micro pelas mudanças sociais. Por exemplo, as dificuldades económicas dos pais afetam de forma negativa o

desenvolvimento dos filhos, provocando sentimentos de frustração e depressão nos pais.

A experiência social do individuo está ligada às relações que tem com a família, redes sociais e com a sociedade. Fenómenos como uma guerra, doenças e falecimentos de familiares podem afetar o comportamento individual e influenciar as relações familiares, gerando situações de stress e vulnerabilidade. Também os atributos da personalidade dos membros da família podem influenciar estilos de vida, funcionamento da família e bem-estar (Elder, 1998).

Segundo Hareven (1996) os objetivos pessoais do individuo quando são diferentes das necessidades da família podem gerar problemas ao nível das relações familiares. Burton & Bengtson (1985) concluíram que as fases de transição das raparigas para a maternidade têm repercussões nas responsabilidades e identidade social. As raparigas que casam mais cedo desenvolvem sentimentos precoces de responsabilidade em relação aos filhos.

Os estudos recentes sobre o fenómeno da imigração, demonstram que nas comunidades onde existem muitos imigrantes, há uma influência indireta da "cultura da imigração". Para os indivíduos destas comunidades emigrar faz parte do percurso de vida, sendo uma prática que é transmitida aos filhos, que passa de geração para geração (Kandel & Massey, 2002).

Princípio Agência Humana: O individuo constrói o seu próprio percurso de vida, que resulta de opções, oportunidades e limitações individuais e do contexto histórico e social em que vive.

Os indivíduos moldam o trajeto das suas vidas através das escolhas que fazem. O princípio da "Agência Humana" embora considere que os indivíduos têm algum poder discricionário na escolha das opções de vida, reconhece que a tomada de decisão está sujeita aos limites e oportunidades colocados pelo ambiente (Treas & Zoya, 2016, p. 166).

As crianças, adolescentes e adultos não são atores passivos do desenvolvimento, são influenciados socialmente pelas restrições e oportunidades sociais. Fazem escolhas e assumem compromissos baseados na sua perceção das alternativas que existem disponíveis para atingir um determinado objetivo pessoal. Por exemplo, a escolha de um

emprego não depende exclusivamente do próprio individuo, está relacionada com a oferta de empregos que existem no mercado e os objetivos do indivíduo. Por sua vez, para o mesmo indivíduo com uma determinada experiência profissional, as ofertas de emprego que existem num contexto de vida rural, são distintas das que existem numa cidade (Mortimer & Lorence, 1979; Johnson, 2001a).

O contexto das condições de vida da família é também um fator que influencia as opções e oportunidades do indivíduo. Por exemplo, no mesmo bairro social existem famílias pobres que educam os filhos para ir à escola e outras que constituem um fator de influencia negativa expondo os filhos a comportamentos de risco (Furstenberg et al., 1999).

Para Clausen (1993) o planeamento de escolhas dos indivíduos com determinadas limitações pode ter consequências na trajetória do seu futuro. Por exemplo, a estimulação das competências ao nível da autoconfiança, autoestima e desenvolvimento intelectual contribuem para o desenvolvimento educacional e ocupacional dos adolescentes.

Trata-se de uma abordagem sociocognitiva baseada no conceito da autoeficácia; em que as pessoas podem exercer influencia sobre o que fazem. Ao longo da vida o individuo é influenciado e influencia as estruturas sociais com quem estabelece relações. É o indivíduo que cria os sistemas sociais, os quais influenciam a organização da vida das pessoas. São as pessoas que contribuem para as circunstâncias da vida e não o resultado das circunstâncias da vida.

As pessoas podem auto-organizar-se, ser proativas, reflexivas e autorreguladas. Cada indivíduo possui um auto-sistema que permite exercer uma avaliação sobre o controle que exerce sobre seus pensamentos, sentimentos, motivação e ações. Este sistema providencia referências mecânicas e um conjunto de subfunções para perceber, regular e avaliar o comportamento. Estes resultados são provenientes da interação entre esse sistema e as influências do ambiente (Bandura, 1989).

Princípio Futuro é moldado pelo passado; as oportunidades e as condições de vida no percurso de vida afetam o futuro do individuo**.**

A teoria do Ciclo de Vida contém o princípio do passado moldar o presente e o futuro. As experiências e decisões do passado, têm o

potencial de moldar o presente e o futuro, que podem ser imaginadas como um efeito de ondulação ou dominó no percurso de vida do individuo. Corresponde a alterações que podem ocorrer ao nível individual e ao nível da coorte/ geração.

Por exemplo, uma geração pode transmitir à próxima os sucessos e insucessos provocados pelas circunstâncias históricas em que viveram e que moldaram sua história de vida (ex. em Portugal o 25 de abril de 1974 influenciou ou futuro das gerações que nasceram em 1980).

Este princípio está associado às teorias sociológicas da vantagem desvantagem cumulativa (Merton, 1968) e à Teoria das Trocas (Passuth, 1988). Na sociologia, o efeito Matthew (ou vantagem acumulada) é o fenômeno 'os ricos ficam mais ricos e os pobres ficam mais pobres'. É usado metaforicamente para se referir a questões de fama e status, mas também pode ser usado para se referir à acumulação de capital. A teoria inicial foi abordada pelo sociólogo Merton (1968), sendo posteriormente desenvolvida no domínio da gerontologia por Ferraro et al. (2009).

O princípio dá enfase à importância da experiência de vida do individuo, considerada vantagem acumulada, que lhe permite ao longo percurso de vida ser uma situação de vantagem ou desvantagem. O passado pode afetar significativamente os resultados da vida, como o status socioeconômico, a saúde mental, o funcionamento físico e os padrões conjugais. Trata-se de uma visão de longo prazo, reconhecendo-se o passado como um fator de vantagem ou desvantagem cumulativa, valiosa para a compreensão da desigualdade social na vida adulta e para a criação de políticas e programas sociais efetivos (O' Rand, 1999).

A associação à Teoria do Ciclo de Vida da Teoria das Trocas desenvolvida por Passuth (1988), apresenta a vida social como uma coleção de indivíduos envolvidos em trocas sociais dependentes dos custos e benefícios obtidos. Segundo (Dowd, 1987) a Teoria das Trocas sugere que o decréscimo nas interações sociais entre jovens e as pessoas idosas, ocorre pelo fato destas terem menos recursos com que contribuir em situações de trocas entre gerações.

Na análise de Blau (1955) sobre troca e poder são identificados quatro recursos de poder: dinheiro, aceitação social, estima ou respeito

e aprovação social, sendo ainda considerados com recursos do idoso os conselhos que podem ser trocados. Esta teoria justifica os problemas do envelhecimento argumentando que estão relacionados com o decréscimo na velhice dos recursos em termos de poder.

De acordo com esta perspetiva, as pessoas idosas têm pouco para trocar sejam quais forem as competências que tiveram, as quais se encontram frequentemente desatualizadas ou afetadas por problemas de saúde, argumentando-se ainda que a desvinculação das pessoas idosas em relação às atividades sociais, está associada ao facto da sociedade ser discriminatória em relação à atribuição de benefícios de forma unilateral, citando-se como exemplo as reformas (Dowd, 1975, p. 591).

Em síntese, os seis princípios do paradigma Life Course incorporam o fundamento da ação humana desenvolvido por Thomas & Znaniecki (1920) datado do início do século XX, no qual o individuo é identificado através das suas opções e escolhas como a principal força ativa na construção do seu percurso de vida. Apesar do estudo ter passado despercebido durante várias décadas, o seu trabalho antecipou os estudos do Ciclo de Vida e da pesquisa longitudinal, que se tornaram uma parte central da sociologia moderna (Elder et al., 2003, pp. 3-19).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

4.3 A perspetiva da Gerontologia Social Integradora

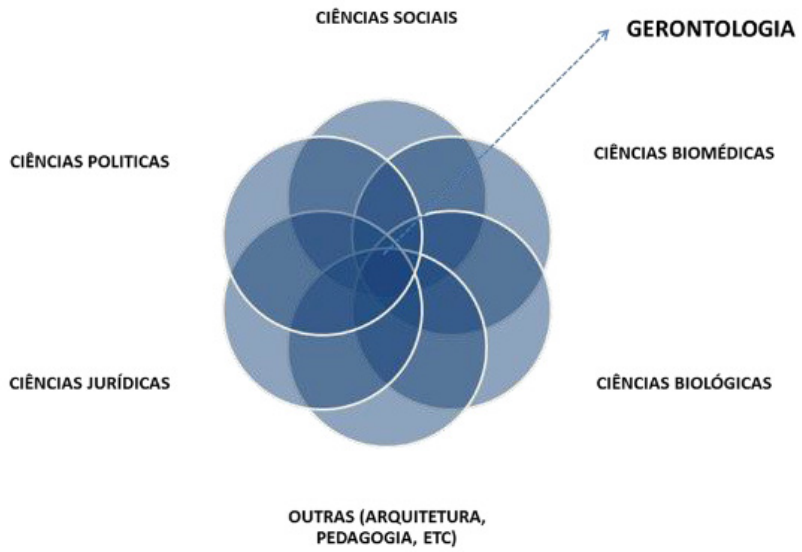
A velhice é reconhecida como um conjunto composto de experiências, altamente variáveis entre os indivíduos, grupos e nações, dependendo fortemente entre outros fatores, da saúde, condição sócio económica, relações sociais, políticas sociais, fazendo com que a gerontologia se constitua numa ciência com elevada componente multidisciplinar (Ferraro & Kelley-Moore, 2003).

A Gerontologia trata-se de um "campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e as suas determinantes genético-biológicas, psicológicas e socioculturais, caracterizando-se como um campo de estudos multidisciplinares (Ilustração 12, Quadro 24) que recebe contribuições metodológicas e conceituais da biologia, psicologia, ciências sociais e de disciplinas como a biodemografia, neuropsicologia, história, filosofia, direito, enfermagem, psicologia educacional, psicologia clínica e medicina (Neri, 2008).

Os estudos pioneiros da Gerontologia foram desenvolvidos em 1945 pela *Gerontological Society of America,* através do *Journal of Gerontology*, sendo o primeiro número publicado em 1946 (Achenbaum,1995). Durante mais de 50 anos foram produzidos um vasto número de trabalhos que dotaram a Gerontologia de uma perspetiva crítica do desenvolvimento do envelhecimento individual (Bass, 2006; Bass & Ferraro, 2000; Bengtson, Parrot & Burgess, 1996; Bengtson, Rice & Johnson, 1999; Biggs, Lowenstein, & Hendricks, 2003; Birren & Bengtson, 1988; Ferraro, 2006; Hagestad & Dannefer, 2001; Katz, 1996; Longino, 2005; Maddox & Campbell, 1985; Marshall, 1999; Minkler, 1996; Moody, 1988; Myers, 1996; Phillipson, 1998; Walker, 1999). Ferraro (2006) publica no *Journal The Gerontologist* os sete princípios que caracterizam os estudos da Gerontologia (Quadro 23) sendo publicado no mesmo artigo por Alkema & Alley (2006) as três teorias de orientação da Gerontologia, a perspetiva do Ciclo de Vida, a teoria da vantagem e desvantagem cumulativa[54] e as teorias ecológicas do envelhecimento[55].

[54] Cumulative advantage and disadvantage theory.
[55] Ecological theories in aging.

Ilustração 12 – A Gerontologia e as contribuições metodológicas.



Fonte: Elaborado a partir de Rodrigues & Terra (2006).

Resultou do estudo da revisão bibliográfica da evolução da Gerontologia Social, a constatação da tentativa de desenvolvimento de um modelo teórico, encontrando-se várias representações gráficas, que apresentam como ponto de convergência o facto de descreverem o desenvolvimento humano ao longo da vida, através de fases que se encontram interligadas (ex.: Lowenstein, 2003; Treas & Passuth, 1988; Hendricks, 2003; Allen, 2005; Moen, 2013).

Quadro 23– Princípios do estudo da Gerontologia.

Casualidade	**O envelhecimento é causal e produz diferentes efeitos com a idade.**
Mudanças multifacetadas	As mudanças que ocorrem durante o envelhecimento não estão associadas linearmente à idade. É um processo natural multidimensional sujeito a influências biopsicossociais.
Influências genéticas	As características genéticas têm profundas influências durante a vida inteira do individuo.
Heterogeneidade	A diversidade da população está positivamente associada ao envelhecimento.
Análise do Ciclo de Vida	O estudo do envelhecimento enquanto processo contínuo que ocorre ao longo da vida, contribui para um melhor conhecimento das fases mais avançadas da idade.
Processo cumulativo	A experiência ao longo da vida contém vantagens e desvantagens acumuladas que influenciam o envelhecimento do individuo.
Ageismo	O preconceito da idade é um fenómeno da sociedade moderna que existe também entre as pessoas mais velhas.

Fonte: Elaborado a partir de Bass (2006, pp. 346-374).

Segundo Bass (2009, p. 361) o modelo teórico da Gerontologia Social, deve ser integrador, não deve ser estático nem ter duas dimensões, deve ser integrador, dinâmico, tridimensional e refletir a influência das consequências do tempo, da cultura, posição social, circunstâncias económicas e ambientais e ainda os atributos individuais (Ilustração 13).

Em termos de definição da abordagem teórica de Bass (2009, pp. 361-364), as interligações das diversas áreas convergem para o mesmo ponto (F), o qual se encontra associado às características genéticas fisiológicas e psicológicas do individuo. Durante o Ciclo de Vida, o individuo acumula vantagens e desvantagem que se relacionam com o fator tempo e a respetiva coorte de nascimento, que é influenciada pelos fatores estruturais da sociedade.

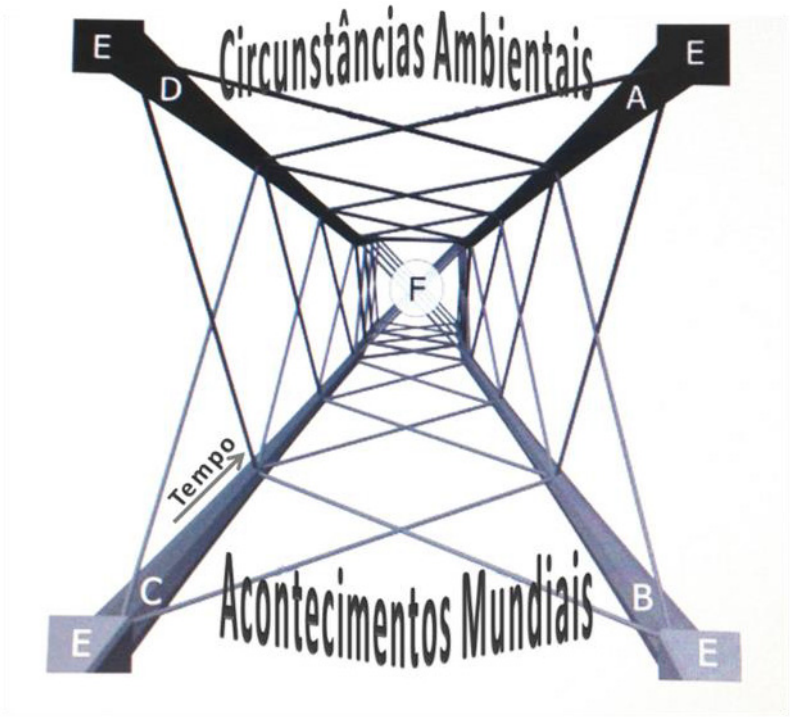
O modelo teórico de Bass (2009) é sustentado por seis princípios, interliga-se com as Teoria Life Course e Vantagem e Desvantagem cumulativa (Quadro 25) desenvolvida por DiPrete & Eirich (2006), abordagens estas que caracterizam o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do percurso de vida que é influenciado pela estrutura social e pelas vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida.

Quadro 24 - Influências da Gerontologia Integradora.

Item	Influência
A	Representa a influência da Cultura, religião, expetativas de vida do individuo e as normas. Ex: crenças religiosas, tradições familiares, influencia dos media, música, tradições culturais, etc.
B	Representa a influência das circunstâncias económicas de natureza macro e micro em que o individuo vive. Ex: Desenvolvimento económico do país, condições de trabalho, recursos financeiros, condições económicas e sociais da família, responsabilidades financeiras do individuo, seguros de vida, condições de vida, etc.
C	Representa a influência das políticas publicas, serviços de saúde, programas do governo e sistema de proteção social. Ex. Programas de apoio à família, as pessoas idosas, deficientes, oferta de serviços sociais e de saúde, condições da habitação, etc.
D	Representa a influência da estratificação social, o status, o poder e categoria social do individuo, preconceitos sociais que geram situações de rejeição ou de integração na sociedade. Ex. Classe social, autoridade, comportamentos sociais, regras formais e informais da sociedade que gerem situações de exclusão social, etc.
E	Representa o contexto histórico em que todos os indivíduos se encontram ligados. É a influência dos itens A,B,C e D relacionados com a historia de vida do individuo e a influência no presente.
F	Representa as condições genéticas, fisiológicas e psicológicas do individuo, relacionadas com a sua coorte de nascimento. Ex. raça, sexo, idade, preocupações com a imagem, atributos físicos (peso, estrutura óssea), deficiências genéticas e biológicas, propensão para doenças, saúde mental, condições de saúde, alimentação, traumas, acidentes, etc.

Fonte: Elaborado a partir de Bass (2009, pp. 362-365).

Ilustração 13 - Modelo Teórico da Gerontologia Integradora.



A = Família, religião, tradições culturais e expectativas
B = Circunstâncias micro e macroeconómicas e competências individuais
C = Políticas públicas, saúde, sistemas de proteção social, programas do governo
D = Status, poder, categoria social
E = Contexto histórico
F = Caraterísticas genéticas, psicológicas e condições psicológicas

Fonte: Elaborado a partir de Bass (2009, p. 362).

Quadro 25 - Princípios da Gerontologia Integradora.

Influência sociopolítica	As opções individuais são influenciadas pelas estruturas sociais que lhes dão suporte. Durante o Ciclo de Vida há um vasto nível de influências que afetam significativamente as oportunidades e opções disponíveis para as pessoas mais velhas (ex. relações familiares, comunidade, emprego, Estado, etc.).
Influência macro	O individuo é influenciado por questões de natureza macro que variam em diferentes momentos históricos e de local para local. A Gerontologia Social não é estática é influenciada por vários eventos, deve prever a diversidade cultural e estrutural dos países.
Vantagens e desvantagens cumulativas	Para se conhecer o individuo é necessário conhecer e entender a sua experiência de vida. A provisão de recursos ao longo do tempo contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas
Condições sociais	As condições psicológicas, sociais, fisiológicas e culturais influenciam o processo do envelhecimento. A forma como o Estado cuida das pessoas idosas e desenvolve programas para apoiar o envelhecimento, é um indicador geral dos valores da sociedade.
Influência política	A influência da política do desenvolvimento nas sociedades democráticas é Políticamente estratificada. O processo de tomada de decisão da atribuição de recursos às pessoas idosas varia de local para local. As perspetivas ideológicas influenciam o tipo de decisões políticas em funções dos interesses especiais dos partidos políticos.
Interação social	Existe uma constante interação entre a sociedade e o individuo, com influências recíprocas. As relações individuais, sociais e económicas e políticas geram forças dinâmicas. Uma teoria integradora necessita de forças externas que contribuam para a mudança.

Fonte: Elaborado a partir de Bass (2009, p. 362).

4.4 A Solidariedade Intergeracional

4.4.1 Conceito da Solidariedade Intergeracional

A definição do conceito Solidariedade Intergeracional implica separar os conceitos solidariedade e o intergeracional. Importa ainda ter presente as diferenças entre relações intergeracionais e solidariedade intergeracional, assumindo-se no presente estudo que os processos intergeracionais se desenvolvem em dois planos; o intra e o extrafamiliar.

Estudar a dinâmica da solidariedade intergeracional num contexto intra-familia é distinto da extra-familia, embora existam ligações. Sob a perspetiva do cuidador informal das pessoas idosas dependentes, o estudo desenvolveu-se no plano intra, i,é, foram analisadas as atividades realizadas dentro da família, enquanto estrutura de referência do apoio às pessoas mais velhas. A análise da perceção dos alunos sobre os cuidados prestados pela família, socorreu-se ainda do pressuposto que a família funciona como um espaço de coordenação e de tempos diversos (Saraceno, 2003).

Em bom rigor, a ação desenvolvida pela família, enquanto elemento cuidador informal das pessoas idosas em situação de dependência (CIISD), resulta da incapacidade da família em recorrer a serviços externos, designados por serviços de apoio domiciliário[56]. Questões de carater financeiro, ausência de serviços específicos e a opção da família em cuidar das pessoas idosas em casa, são alguns dos fatores que estão presentes no estudo dos CIISD[57].

No plano da revisão da literatura sobre o conceito da solidariedade intergeracional, regista-se nos documentos das Nações Unidades e EU uma abordagem na perspetiva multigeracional, e na literatura gerontológica as abordagens recaem sobre estudos das relações intergeracionais, termos estes com significados distintos.

[56] Em Portugal os serviços de apoio em casa às pessoas idosas em situação de dependência designam-se por apoio domiciliário (ver indicadores da taxa de cobertura do SAD no Capítulo 5).
[57] Ver fatores objeto de estudo, Capítulo 5.

As "relações intergeracionais" desenvolvem-se entre membros da família de diferentes gerações (filhos, pais e avós) e "relações multigeracionais" referem-se a duas ou mais gerações.

Segundo a perspetiva de Attias-Donfut (2016, p. 56), durante o ciclo da vida os diferentes tipos de ajuda entre os membros da família apresentam contornos multiformes e distintos. As motivações que conduzem à entreajuda inserem-se numa lógica da necessidade, laços da reciprocidade e a interação complementar com as ajudas públicas.

4.4.2 Enquadramento teórico da Solidariedade Intergeracional

O conceito de solidariedade surge no final do século XIX associado ao sociólogo francês Durkheim (1977), que descreve a solidariedade a um nível macro relacionado com o contexto da sociedade. É um fenómeno moral que contribui para a coesão e a integração da sociedade.

Perante o estudo dos fatores que explicam a organização social, Durkheim conclui que existem laços (maiores e menores) que prendem os indivíduos uns aos outros, designados por solidariedade social, sem os quais não haveria uma vida social.

Para Durkheim a compreensão da solidariedade implica ter presente os princípios de consciência coletiva (designadas pelo bem comum) e o da consciência individual, ligada de certa forma, à personalidade do indivíduo. A sociedade não é o somatório das consciências individuais, mas sim, a configuração de uma consciência orientada para o bem comum, i é a consciência coletiva.

Enquanto que a consciência individual sofre a influência da consciência coletiva, esta é responsável pela formação dos valores morais dos indivíduos; sentimentos comuns, o que é considerado certo ou errado. A consciência coletiva exerce uma pressão externa sobre os indivíduos na sociedade, influenciando em menor ou maior grau as suas escolhas.

A solidariedade é um vínculo social que contribui para a integração geral da sociedade e impede a sociedade de anomia[58] decorrente da luta

[58] O conceito anomia foi estabelecido por Émile Durkheim nas suas obras "Da Divisão do Trabalho Social" e em o "O Suicídio". Durkheim emprega este termo para mostrar que algo na sociedade não funciona de forma harmônica. Durkheim mostra que os fatores sociais -

pela individualização e autonomia. A consciência coletiva diz respeito aos valores do grupo em que se o individuo está inserido, sendo transmitida através da vida social, de geração em geração por meio da educação, fator considerado decisivo para a vida social do individuo. Em síntese, o ser social é formado pela soma da consciência individual com a coletiva, o qual terá uma vida social entre os membros do grupo.

Durkheim afirma ainda que a solidariedade social é dada pela consciência coletiva, a qual é responsável pela coesão (ligação) entre as pessoas, variando a solidez, tamanho e intensidade segundo o modelo de organização social de cada sociedade. Refere que, nas sociedades de organização mais simples predomina um tipo de solidariedade diferente daquela que é existente em sociedades mais complexas, na medida em que, a consciência coletiva é formada também de forma diferente em cada sociedade.

A solidariedade na sociedade tem uma componente moral, funcionando ainda como um elemento de organização e interação social, estando fortemente relacionada com o contexto das sociedades. Funciona como um elemento de modulação das relações, encontrando-se nas sociedades de forma distinta, através da forma como se organizam, definem regras morais e são coordenadas.

Durkheim identificou **dois tipos de solidariedade, a mecânica e a orgânica** (Quadro 26). A solidariedade mecânica é a que acompanha e partilha os conceitos, desenvolve-se pela pressão externa da sociedade, depende da extensão da vida social que a consciência coletiva (ou comum) alcança. Quanto mais forte a consciência coletiva, maior a intensidade da solidariedade mecânica. Para o indivíduo, o seu desejo e a sua vontade são o desejo e a vontade da coletividade do grupo, o que proporciona uma maior coesão e harmonia social. É o sentimento que está na base do sentimento de pertença a uma nação, a uma religião, à tradição, o vínculo à família.

especialmente da sociedade moderna - exercem profunda influência sobre a vida dos indivíduos com comportamento suicida, sendo a anomia uma dessas influências.

Quadro 26 –Tipos de Solidariedade.

Morfologia	Mecânica	Orgânica
Tipo de sociedade	Simples Pré-capitalista	Industrial Capitalista
Caraterísticas dos indivíduos	Semelhantes	Diferentes
Tipo de função	Igual	Especializada e independente
Divisão Social do Trabalho	Sem divisão	Com divisão
Consciência Social	Menor	Maior
Mecanismo de coerção	Informal, imediata, violenta e punitiva	Formal, mediata
Exercício de Direito	Repressivo, preventivo	Restituitivo, reparação
Economia	Sociedades economicamente simples	Sociedade economicamente complexas
Solidariedade	Pouco desenvolvida	Bem desenvolvida
Consciência coletiva	Alta	Baixa

Fonte: Elaborado a partir de Turner et al. (1997).

De acordo com Durkheim (1977) as características gerais das sociedades de solidariedade do tipo orgânica estão associadas à divisão do trabalho social. À medida que o capitalismo se vai desenvolvendo e aumenta a produção em larga escala, são exigidas funções cada vez mais especializadas. Paralelamente, as relações interpessoais aumentam, ampliando-se a divisão do trabalho como consequência do capitalismo, dando origem às sociedades do tipo orgânica.

Enquanto que a solidariedade mecânica é formada pela pressão externa, a solidariedade orgânica depende da diferenciação funcional e da divisão do trabalho, evoluindo das diferenças entre os indivíduos quanto ao seu contributo para a manutenção da sociedade.

A solidariedade orgânica é o resultado de mudanças na sociedade a nível macro e de um tipo de solidariedade adaptada às novas estruturas demográficas.

As conceptualizações sobre o conceito da solidariedade tornaram-se multidimensionais e complexas, ampliando-se o conceito não só ao nível macro, como também micro, enquadrando-se na terceira geração das teorias sociológicas do envelhecimento[59] (ex. Bengtson, Giarrusso, Mabry & Silverstein, 2002; Silverstein & Bengtson, 1997).

O conceito de solidariedade tornou-se um conceito fortemente expandido nos últimos anos. O foco de Durkheim no nível macro deu lugar a uma discussão contemporânea focada principalmente no nível meso e micro (individual / familiar). Enquanto que conceito inicial da solidariedade tinha uma conotação forte positiva com a coesão social (Tyrell, 1985), atualmente os debates centram-se na análise dos conflitos e na ambivalência das relações (Lüscher & Pillemer, 1998).

A abordagem teórica da solidariedade intergeracional está associada a estudos realizados no âmbito da sociologia da família. Apesar do estudo da família ser considerado um grupo diferente, o desenvolvimento concetual da solidariedade intergeracional tem sido influenciado pelas abordagens da psicologia clássica e social, surgindo na literatura a solidariedade como um elemento de integração familiar, envolvendo interesses comuns de afeto e interdependência.

O interesse na definição e medição das dimensões que integram a solidariedade intergeracional, surgiu na década de 1960, sendo exemplo as pesquisas de Rogers & Sebald (1962); Strauss (1964) e Nye & Rushing (1969) que propuseram a estrutura concetual do modelo, apoiado e desenvolvido com base em seis dimensões da coesão familiar: integração associativa, integração afetiva, integração consensual, integração funcional, integração normativa e integração de objetivos. Bengtson & Schrader (1982) melhoram o modelo e definiram a solidariedade intergeracional como uma estrutura multidimensional constituída por seis elementos: solidariedade associativa, solidariedade afetiva, solidariedade consensual, solidariedade funcional, solidariedade normativa e estrutura familiar intergeracional.

De acordo com Lowenstein et al. (2014, pp. 14-16) o modelo teórico da solidariedade intergeracional, desenvolve-se nos domínios da Sociologia e da Psicologia (Quadro 27).

[59] Capítulo 3.

Quadro 27 – Enquadramento teórico do desenvolvimento da coesão familiar.

Teorias clássicas da sociologia	Psicologia Social	Abordagem sociológica da família
Solidariedade mecânica (normativa) Solidariedade orgânica (funcional) Consenso sobre regras de troca **(Durkheim, 1977)**	Normas de Afetação da interação das atividades (Homans, 1950)	Integração Estrutural Integração Afetiva Integração Consensual Integração Funcional Integração Normativa Integração de Objetivos (Nye & Rushing, 1969)
Existência de várias formas de solidariedade simultânea **(Parsons, 1973)**	Semelhanças (consenso) Sentimentos (Heider, 1958)	Solidariedade associativa Solidariedade solidária Solidariedade consensual Solidariedade funcional Solidariedade normativa Solidariedade estrutural (Bengtson & Schrader 1982)

Fonte: Elaborado a partir de Lowenstein et al. (2014, p. 16).

O modelo de solidariedade intergeracional sobre o estudo do entendimento das relações familiares na idade avançada[60], resultou destas teorias, como resposta à preocupação com o isolamento da família nuclear. A taxonomia das seis dimensões da solidariedade serviu de base para a concetualização da coesão familiar elaborada por Bengtson & Schrader (1982) serve como base para a conceptualização da coesão familiar. Posteriormente, estas dimensões foram utilizadas para estudar as inter-relações dos elementos da família e a contribuição individual para a a solidariedade familiar (Daatland & Herlofson, 2014, p. 12).

[60] Tradução da expressão "Later Life".

A primeira tentativa de construção de um modelo de solidariedade intergeracional teve como autores Bengtson, Olander & Haddad (1976), baseado na perceção de Heider (1958) da inter-relação e correlação positiva dos três elementos da solidariedade, afeto, associação e consenso, Contudo, os testes empíricos de Atkinson, Kivett & Campbell (1986) e Roberts & Bengtson (1990) falharam na demonstração das três variáveis independentes do modelo, apresentando uma proposta apoiada em seis dimensões (Daatland & Herlofson, 2014, p. 18).

A pesquisa de Bengtson & Roberts (1991) encontrou uma correlação moderada a alta entre solidariedade afetiva e solidariedade associativa, não sendo considerada variável independente a solidariedade consensual, de qualquer interdependência com os outros dois elementos. Mangen & McChesney (1988) encontraram uma correlação elevada entre a solidariedade associativa, funcional e estrutural, no entanto registaram uma baixa correlação entre estes três elementos e a solidariedade afetiva. Paralelamente, não encontraram correlação entre o afeto, proximidade e troca de ajuda, concluindo que as famílias desenvolvem padrões variados de solidariedade intergeracional.

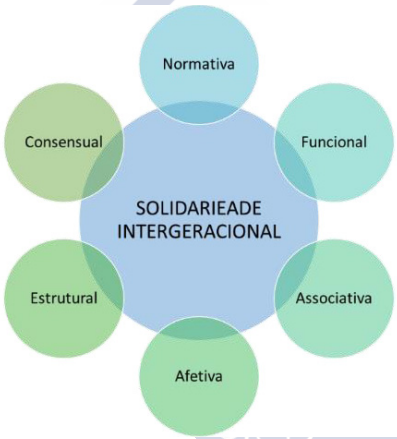
A solidariedade intergeracional é vista como uma componente importante nas relações familiares, especialmente para o sucesso integração social na velhice e para a aceitação do individuo do processo de envelhecimento (McChesney & Bengtson, 1988).

4.4.3 O modelo teórico da solidariedade intergeracional

Para Bengtson & Schrader (1982) nas relações de longa duração a construção da solidariedade intergeracional a nível familiar é caraterizada pela interação comportamental e emocional, coesão, apoio entre pais e filhos, avós e netos. O modelo da solidariedade intergeracional, principal referência teórica do presente trabalho, foi desenvolvido por Bengtson & Robert (1991). Constitui uma teoria que pretende explicar os padrões de solidariedade entre pais e filhos durante o período de vida familiar até à fase adulta, rastreando-se a arquitetura microssocial do vínculo intergeracional através da natureza dos laços entre crianças pós-adolescentes e os seus pais.

O modelo estuda a coesão intergeracional entre os jovens adultos e a família, considerando-se que a solidariedade familiar intergeracional resulta de uma construção multifacetada e multidimensional, que é refletida através de seis elementos distintos de interação entre pais e filhos: carinho, associação, consenso, partilha de recursos, normas e a estrutura de oportunidade da interação entre pai-filho (Bengtson & Robert, 1991, pp. 856-857). Para os autores, as relações pai-filho apresentam seis dimensões, consideradas como as principais componentes da solidariedade intergeracional (Ilustração 14, Quadro 28).

Ilustração 14 – Dimensões de avaliação da Solidariedade Intergeracional.



Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Robert (1991, pp. 856-870).

O modelo apresenta seis dimensões da solidariedade intergeracional, das quais cinco refletem orientações comportamentais, afetivas e / ou cognitivas dos membros de díades intergeracionais entre si, associação ou contato, afeto ou vínculo emocional, consenso ou acordo, função ou padrões de suporte instrumental /partilha de recursos e familismo. A sexta dimensão do modelo é a solidariedade estrutural, que corresponde à estrutura de oportunidade para desenvolvimento da interação familiar.

Quadro 28 – Dimensões da Solidariedade.

Solidariedade afetiva: Corresponde aos sentimentos e ás avaliações que os membros da família expressam sobre o relacionamento com outros membros.	**Solidariedade funcional:** Engloba a avaliação da capacidade de dar e receber apoio através das gerações;
Solidariedade associativa: Refere-se ao tipo e à frequência de contato entre membros intergeracionais da família.	**Solidariedade normativa:** Corresponde às expectativas em relação ás obrigações filiais parentais, e importância das normas sobre os valores familiares;
Solidariedade consensual: Está associada ao acordo entre opiniões, aos valores e orientações entre gerações.	**Solidariedade estrutural:** É considerada a dimensão da estrutura de oportunidade para a interação entre as gerações, refletindo a proximidade geográfica entre os membros da família.

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Robert (1991, pp. 856-870).

O modelo incorpora os tipos de solidariedade 'mecânicas' e 'orgânicas' de Durkheim (1893, 1933) bem com o consenso sobre as regras de troca na "Gemeinschaft" e "Gesellschaft [61]. Reflete ainda as contribuições teóricas da família que tentaram descrever a integração familiar e a solidariedade (ex. Jansen, 1952; Nye & Rushing, 1969; Hill, Foote, Aldous, Carlo & McDonald, 1970; citados por Bengtson & Robert (1991, p. 858). O modelo da Solidariedade Intergeracional (Bengtson & Robert, 1991, p. 857) para avaliação da coesão intergeracional sugere um conjunto de indicadores empíricos, recomendados para a análise das relações entre pais e filhos (Quadro 29).

[61] Na literatura sobre a categorização dos laços sociais e as respetivas interações pessoais e sociais, são designadas por dois termos sem tradução direta, "Gemeinschaft e "Gesellschaft". Estas duas expressões foram propostas por Tönnies (1968) como conceitos para a definição de sociedade e comunidade.

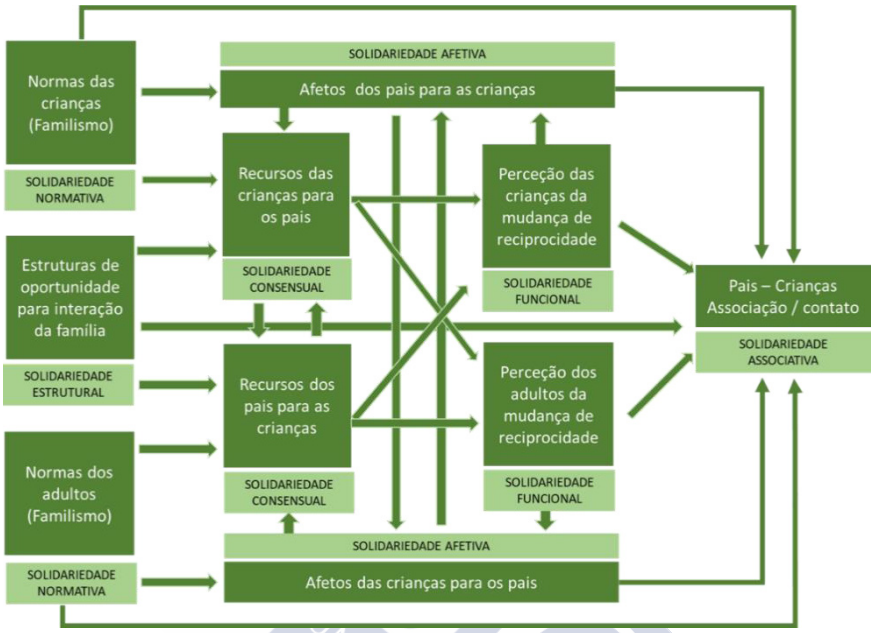
Quadro 29 - Dimensões e indicadores da Solidariedade Intergeracional.

Dimensão da Solidariedade	Definição do indicador	Indicadores empíricos
Associativa	Frequência e padrão de interação nos vários tipos de atividades em que os membros da família se envolvem	1. Frequência da interação intergeracional (ex. telefone, correio, Facebook, face time, etc.) 2. Tipos de atividades partilhadas (recreativas, eventos familiares, etc.)
Afetiva	Tipo e grau de sentimentos positivos entre membros da família e respetiva reciprocidade.	3. Pontuações obtidas sobre o afeto, cordialidade, proximidade, confiança, compreensão e respeito entre membros da família. 4. Classificação da perceção dos sentimentos positivos e da reciprocidade entre os membros da família.
Consensual	Grau de concordância entre os membros da família sobre valores, atitudes e crenças.	5. Concordância intrafamiliar existente dos valores, atitudes e crenças. 6. Classificação das semelhanças da perceção sobre os valores, atitudes e crenças com os restantes membros da família.
Funcional	Grau de interajuda e troca de recursos	7. Frequência das trocas intergeracionais de apoio (ex. financeira, física, emocional) 8. Classificação da reciprocidade na troca intergeracional de recursos
Normativa	Grau de compromisso do cumprimento das obrigações familiares (familismo)	9. Risco da importância dos papéis familiares intergeracionais. 10. Classificação da força das responsabilidades filiais
Estrutural	Estrutura de oportunidade das relações intergeracionais	11. Membros da família por agregado familiar. 12. Número de membros da família. 13. Saúde dos membros da família.

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Robert (1991, pp. 856-870).

Um dos principais pressupostos do modelo consiste em definir que a solidariedade funcional (que engloba a avaliação da capacidade de dar e receber apoio entre gerações), reflete os aspetos objetivos e subjetivos do intercâmbio entre pais e filhos. A troca objetiva traduz a quantidade e a qualidade dos recursos que cada membro da relação intergeracional contribuiu para o outro, variando em função dos indivíduos e dos afetos intergeracionais (Ilustração 15).

Ilustração 15 - Revisão do modelo das relações estruturais entre dimensões da solidariedade pais-filhos nas famílias com pessoas idosas.



Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Robert (1991, pp. 856-870).

De acordo com Mutran & Reitzes (1984) os "equilíbrios objetivos" são dificultados porque a moeda do intercambio intergeracional é multidimensional, i.e., não existem somente trocas materiais e financeiras, como também existe suporte emocional e físico. Rossi & Rossi (1990) argumentam ainda que, membros de diferentes gerações trocam frequentemente diferentes tipos de apoio, contribuindo cada um com o "excesso relativo" que dispõem; os pais mais velhos contribuem com suporte emocional, enquanto que os jovens adultos contribuem com apoio físico ou material (ex. cuidados informais).

Embora possa ser difícil equiparar diferentes tipos de trocas intergeracionais, como o amor e o dinheiro, pais e filhos fazem uma avaliação do equilíbrio relativo das trocas efetuadas (Aldous, 1987).

As perceções individuais do equilíbrio nas trocas intergeracionais têm um impacto positivo nos sentimentos e afetos, solidariedade

afetiva, e na frequência da futura interação, solidariedade associativa, isto é, promovem maiores ou menores contatos entre a pais e filhos.

Por sua vez, a estrutura de oportunidade para interação intergeracional permitirá (ou restringirá) a frequência e tipo de intercâmbio e atribuição de recursos. Litwak (1985) apresenta o exemplo, se a saúde do(s) pai(s) restringir a sua atividade, e a distância entre pai e filho(a) for ótima, encontrando-se o filho(a) a trabalhar a tempo inteiro, a interação ou trocas podem ser diminuídas.

Outro pressuposto do modelo é que o nível afeto leva a uma maior, ou menor probabilidade de associação (contato) entre pais e filhos adultos. Bengtson & Robert (1991, p. 861) referem ainda que os sentimentos de carinho reforçam mutuamente as díades entre pais e filhos. Ou seja, quanto mais carinho uma criança sente e tem contato com os pais, maiores são os sentimentos de carinho dos pais pela criança e vice-versa, constituindo-se na principal caraterística dos níveis de associação.

Segundo a perspetiva de Rossi & Rossi (1990) o modelo inicial proposto por Bengtson et al. (1976) reflete a necessidade de avaliações longitudinais a longo prazo, refletindo uma maior dependência do "aqui e agora". Aumentando-se o período de observação os níveis de compromisso normativo e afetos poderão refletir a história da relação entre pais e filhos adultos. Paralelamente, o estudo comparativo de construções solidárias muito semelhantes, sugere que para entender o nível atual dos afetos entre as pessoas idosas e os filhos adultos e o intercâmbio existente, torna-se necessário ter um conhecimento prévio da coesão intergeracional, recomendando-se por isso em futuros estudos a determinação do prazo adequado para analisar os aspetos particulares da solidariedade entre pai-filho.

4.4.4 Os níveis macro e micro da Solidariedade Intergeracional

Bengtson & Oyama (2007) procuram definir os parâmetros sociológicos da solidariedade intergeracional. Argumentaram que a coesão social entre gerações é influenciada por dois níveis de análise o macrossocial, (designado por macrogéneo) e o nível microssocial (designado por microgéneos). Defenderam ainda que a discussão da solidariedade deve implicar a visão oposta, i.e., a do conflito e vice-versa.

O nível macrossocial corresponde à divisão da população e sociedade por grupos etários, coortes de idade, grupos que têm a mesma caraterística comum que é o ano de nascimento. Normalmente são agrupados pelos demógrafos em intervalos de 10 anos, encontrando-se ainda associados a grandes eventos (ex. Geração da Depressão e Baby Boomers).

O segundo nível social de análise dos grupos etários é o microssocial, o dos pequenos grupos, no qual se enquadra a família e os indivíduos. Enquanto que no nível macrossocial o termo geração está associada a uma dada coorte, no nível microssocial a designação geração é menos ambígua, refere-se à descendência dentro da família (filhos, avós e netos).

Na presença destes dois níveis de análise para os autores é importante definir previamente sobre o conceito da solidariedade geracional, qual o nível a que se refere a geração objeto de estudo; se são estudadas coortes de grupos etários na sociedade em geral, ou se a geração é classificada dentro da família por idade. Na discussão das implicações da solidariedade intergeracional nas relações geracionais/idade, segundo Bengtson & Oyama (2007, pp. 5-7) é importante identificar o problema das gerações na perspetiva da renegociação do equilíbrio ao longo do tempo. A sucessão de uma geração para outra, envolve o desafio de assegurar a continuidade do grupo ao longo do tempo, bem como a adaptabilidade perante as mudanças ao longo do tempo.

A perspetiva teórica da solidariedade intergeracional segundo Bengtson & Oyama (1997, p. 5) obtém melhor compreensão no envelhecimento, no contexto das expetativas e obrigações que são partilhadas entre indivíduos em relação à sucessão de gerações,

designado por "contrato de gerações". Este contrato representa as normas existentes numa dada estrutura social, num determinado contexto socioeconómico, que atuam nos níveis micro e macro, sendo caraterizado por expetativas e obrigações (Quadro 30).

Quadro 30 - Normas do Contrato entre Gerações – expetativas e obrigações.

Normas	Expetativas e obrigações entre gerações
Biossociais e Socialização	Refletem o envolvimento e a socialização das famílias e da educação pública na socialização de cada geração.
Sucessão Gero social	Estão associadas à disponibilidade de recursos existentes na família sob a forma de apoio financeiro e emocional, fornecido à geração mais nova pelas gerações mais velhas. Implica o envolvimento das gerações na reforma e na morte.
Dependência Geriátrica	Refletem as expetativas sobre a assistência familiar e o apoio público sobre os programas de assistência social que serão fornecidos às pessoas mais velhas.

Fonte: Elaborado a partir Bengtson & Oyama (2007, pp. 5-6).

Estas três normas são utilizadas no estudo da comparação da mudança e a continuidade da intergeracionalidade (ex. efeitos de coorte, efeitos de descendência e efeitos de período). Apesar de serem efeitos que estão inter-relacionados, individualmente fornecem perspetivas diferentes das mudanças sociais na sucessão de gerações.

Os três conceitos são usados para examinar a mudança e a continuidade nas comparações intergeracionais: efeitos de coorte, efeitos de linhagem e efeitos de período (Bengtson et al., 1985.

Embora esses três efeitos estejam inter-relacionados, cada um fornece uma perspetiva ligeiramente diferente para ver a sucessão de gerações e mudanças sociais subsequentes, tendo em conta as alterações que ocorrem no desenvolvimento ao nível individual, familiar e histórico (Aldous, 1987; Elder, 1984; Hagestad, 1984).

De acordo com Merz et al. (2007, p. 178) o estudo da solidariedade nos últimos anos tem variado entre extremos de várias dimensões relacionadas com diferentes áreas da vida (ex. solidariedade afetiva, solidariedade funcional, solidariedade consensual, solidariedade associativa, solidariedade estrutural e solidariedade normativa).

A transferência do nível macro do conceito da solidariedade para o nível micro, na perspetiva de Silverstein & Bengtson (1997) tornou-se no foco da investigação no domínio da família. Tornou-se importante discutir no contexto familiar a parte afetiva e emocional dos padrões de solidariedade intergeracional no ambiente familiar.

Devido ao acentuado envelhecimento da população e ao aumento da longevidade, é expetável que durante várias décadas pais e filhos vivam juntos, o que alguns autores designam pelo adiamento da síndrome do ninho vazio (Bradley & Cafferty, 2001). Por sua vez, a maior vulnerabilidade das pessoas mais velhas em relação às doenças crónicas e o aumento da dependência, tornam do foco do desenvolvimento dos cuidados na velhice de longa duração.

Perante um conjunto de fatores que alteram significativamente as relações na família entre os mais velhos e os mais novos e vice-versa, o tema do envelhecimento intergeracional ganha maiores desenvolvimentos no estudo do envelhecimento e Ciclo de Vida das pessoas idosas. Para Merz et al. (2007, p. 177), a investigação no domínio da gerontologia desenvolvida pela sociologia, sugere que a motivação de jovens para cuidar dos pais e dos avós que se encontram dependentes, está parcialmente enraizada nas relações familiares e experiências anteriores. A família transformou.se num fórum de reciprocidade direta entre as gerações; mesmo em circunstâncias estranhas, como um relacionamento emocionalmente distante entre pais e filhos, o apoio aos pais aumenta com o tempo e a idade (Silverstein et. al., 2002, p. 152).

4.4.5 A Solidariedade e o Conflito Intergeracional

A revisão da literatura sobre o conflito intergeracional indica que o tema se transformou nos últimos anos como uma questão global, apresentando diferenças em relação ao contexto sócio histórico e políticas sociais de cada país.

Resultou da pesquisa da literatura sobre o conflito intergeracional a existência de vários trabalhos sobre o conflito entre pais e adolescentes, conflitos intergeracionais entre filhos adultos e pais (ex. Schütze, 1989; Oswald & Bold, 1992; Papastefanou, 1992; Pillemer & Suitor, 1992; Halpern, 1994; Clarke et al., 1999).

Os estudos sobre os conflitos apresentam os períodos de vida em que se concentram as gerações a viverem juntas, por necessitarem de apoio de um dos elementos da díade, correspondendo ao período antes dos filhos saírem de casa e ao período em que os pais ou avós precisam de cuidados.

Uma das preocupações sobre as relações geracionais que surgiram no início dos anos 1960 está relacionada com o espectro do "declínio da família" e os seus efeitos, associada ao abandono pela família dos membros mais velhos". A massificação dos media ao focarem a desintegração da família e a sua incapacidade para prestar cuidados e apoio às pessoas idosas dependentes, colocando-os em lares, contribui para o desenvolvimento dos estudos sobre a solidariedade intergeracional. (Messeri & Litwak, 1993; Litwak et al., 2003)

A existência de conflitos entre pensionistas públicos e privados, o conflito sobre a antecipação da reforma, os conflitos entre as desigualdades financeiras entre as gerações a um nível macro, a ausência de conflito ao nível micro fundamentada pela transferência dos apoios voluntário existentes dentro da família e a discussão da desigualdade social, constituem algumas das correntes da literatura sobre o conflito intergeracional.

A perspetiva atual da discussão da solidariedade ocorre ao nível das relações intergeracionais, referindo-se à solidariedade entre gerações, entre pais e filhos ao longo da vida, inserindo-se a concetualização das novas teorias na Teoria do Ciclo de Vida[62,] (Silverstein et al., 1998). Marc Szydlik (2012) abordou os aspetos problemáticos da intergeracionalidade, concentrando-se nos conflitos. Em que medida as atuais relações intergeracionais entre adultos são marcadas por pronunciados conflitos? Os conflitos ocorrem principalmente entre as gerações da família ou entre outras pessoas? Como é que os conflitos se manifestam e que consequências têm? Que ligações existem entre a solidariedade e conflito.

Para Szydlik (2012, pp. 98-99) a solidariedade intergeracional compreende, por um lado, um comportamento específico e, por outro lado, um sentimento de pertença e ligação íntima entre gerações familiares. Envolve uma série de aspetos que podem ser classificadas

[62] Ver Capítulo 3 – Perspetivas Teóricas do Envelhecimento.

em três dimensões, a funcional, afetos e a associativa. Em torno dos quatro fatores distinguem-se os níveis de análise, representados no modelo através de círculos, que representam a individuo, a família e a sociedade. Neste modelo as relações são constituídas por díades, ou seja, envolvem duas pessoas, identificadas pelos pais e pelos filhos, tendo cada uma estruturas especificas de oportunidades e necessidades.

O objetivo do modelo proposto por Szydlik (2012, p. 99), visa encontrar explicações para a solidariedade intergeracional mais ou menos definida, em que os três círculos simbolizam a solidariedade, representada através das dimensões funcional, associativa e afetiva (Ilustração 16).

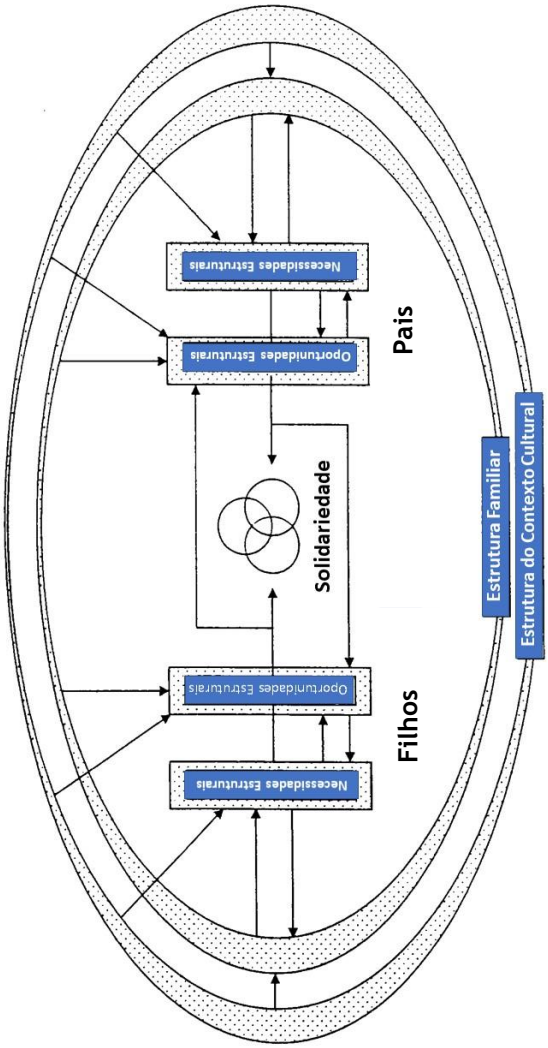
A solidariedade é condicionada por vários fatores classificados em quatro grupos de estruturas: Oportunidades, Necessidades, Familiar e Estrutura do Contexto Cultural.

As Estruturas de Oportunidades refletem os recursos para a solidariedade. Corresponde ao contexto em que se desenvolvem as relações, podendo ter um papel facilitador ou de impedimento da interação social (ex. a distância geográfica entre as díades pode influenciar os laços afetivos entre pais e filhos que vivem em regiões diferentes).

As **Necessidades Estruturais** representam as necessidades de solidariedade, que podem ser de natureza financeira (apoios para a educação dos filhos, em situação de desemprego, poupanças para a velhice, etc.). Podem ainda estar relacionadas com problemas de saúde (ex. doença de curto prazo ou apoio aos cuidados de longa duração), ou ainda o apoio a necessidades emocionais.

As **Estruturas Familiares** abrangem toda a história de socialização. Eventos familiares anteriores, (ex. falecimentos, divórcios, etc.) incluem, a atribuição de funções destinadas a manter a família unida, as transferências provenientes de heranças e as normas especificas do funcionamento da família.

Ilustração 16 - Modelo da Solidariedade Intergeracional.



Fonte: Elaborado a partir de Szydlik (2008, p. 99).

As Estruturas de contexto cultural representam as condições sociais com as quais as relações intergeracionais se desenvolvem. Englobam a condição de integração no sistema social, econômico, fiscal, estado de bem-estar social. Estas estruturas estão ainda relacionadas com o contexto da habitação, mercado de trabalho incluindo as influências dos regimes político e econômico em que vive a família.

A literatura sobre os conflitos apresenta como os períodos de vida em que se registam os conflitos, aqueles em que se concentram as gerações a viverem juntas, ou que necessitam de apoio de um dos elementos da díade, correspondendo ao período antes dos filhos saírem de casa e ao período em que os pais ou avós precisam de cuidados.

De acordo Szydlik (2012, p. 100) existem três tipos de relações intergeracionais: Solidariedade, Conflito e Autonomia. Segundo esta premissa as relações intergeracionais podem ser caraterizadas por solidariedade ou conflito, sendo que, na generalidade não significa que possam ser considerados o oposto, apresentando caraterísticas complementares (Ilustração 16).

O modelo de solidariedade indica que a interação entre gerações não é apenas uma questão exclusiva da sociologia familiar em sentido restrito; ocorrem Influências em ambas as direções. Por um lado, as relações familiares influenciam as sociedades em geral. Nesta perspetiva, a literatura indica que a solidariedade entre as famílias tem fortes consequências nas desigualdades sociais.

Os pais querem ajudar seus filhos em todos os sentidos. Contudo, os pais com maiores recursos apresentam maior capacidade para o fazer. Os pais apoiam os seus filhos ao longo da vida e, mesmo após a morte, sob a forma de grande herança; isto significa que a desigualdade social é reproduzida e até aumentada pela solidariedade intergeracional familiar.

Social interaction, such as experienced within family units, always involves both harmony and conflict (Sprey, 1991).

4.4.6 A Solidariedade e o Conflito

A tendência da teoria contemporânea do envelhecimento consiste em dar maior proeminência às relações conflituosas, sendo o entendimento que, o envelhecimento faz parte do sistema de estratificação de idade, no qual existem relações entre diferentes grupos etários, que não são necessariamente baseadas na igualdade da troca (Cockerham, 1993). Dado ao permanente desequilíbrio da troca nas relações, baseado nos conflitos entre gerações sobre o acesso aos recursos (ex. mercado de trabalho, rendimentos e prestigio profissional).

Dowd (1984) e Turner (1999) sugeriram o conceito de "beneficência" em vez de reciprocidade, considerando que uma das principais características das relações geracionais contemporâneas.

De acordo com Lowenstein (2014, p. 26) a teoria do conflito concentra-se no isolamento, stress do cuidador, problemas familiares e maus tratos. Strauss (1979) observou que o conflito tem sido usado para descrever três fenômenos diferentes de análises da interação familiar e violência: colisão de agendas e interesses de indivíduos, as táticas ou respostas de indivíduos a conflitos de interesse, e a hostilidade em relação aos outros.

A revisão da literatura apresenta a incorporação dos conflitos no estudo das relações familiares intergeracionais, argumentando-se que o conflito pode influenciar a disposição dos membros da família para se ajudarem entre si (Quadro 31). Contudo, o conflito também permite resolver problemas existentes na família, melhorando a qualidade geral do relacionamento em vez de o prejudicar, devendo ser integrado no estudo da solidariedade entre gerações (Parrot & Bengtson, 1999; Parrot, Giarrusso & Bengtson, 1998).

As dimensões da solidariedade e do conflito não representam um único continuum no espaço e no tempo. Pelo contrário, a solidariedade intergeracional pode encontrar-se representada, tanto como alta solidariedade e alto conflito, como por baixa solidariedade e baixo conflito, dependendo da dinâmica e das circunstâncias familiares (Bengtson et al, 2000). Essa perspetiva está relacionada com o princípio básico da teoria do conflito, o qual considera que o conflito é natural e inevitável em toda a vida humana.

Para Sprey (1991) a interação social, tal como experienciada nas unidades familiares, envolve sempre harmonia e conflito.

Quadro 31 – Caraterísticas da Solidariedade, Conflito e Autonomia

A solidariedade intergeracional não deve idealizada;
As relações marcadas pela solidariedade não se caracterizam, em princípio, pela ausência de conflitos. As várias dimensões da solidariedade (associativa, consensual, normativa, funcional, estrutural e afetiva) apresentam elementos de conflito. Por exemplo, as relações entre adultos e crianças, quando vivem muito tempo juntas podem dificultar o desenvolvimento das crianças. Outro exemplo, nem sempre a relação na mesma casa entre pais e filhos se desenvolve num ambiente saudável.
Os conflitos entre gerações familiares não representam necessariamente a ausência de solidariedade intergeracional
Mesmo que exista conflito entre membros da família, por mais doloroso que seja, o apoio não é negado, encontrando-se as pessoas emocionalmente ligadas. Aqueles que estão em conflito uns com os outros, podem, por outro lado, ainda fornecer apoio, manter contato com a outra pessoa e sentir-se emocionalmente intimamente conectados. Ocasionalmente, os conflitos são tão acentuados e irreconciliáveis que, no final, o término do relacionamento intergeracional é considerado aconselhável.
Os conflitos podem ser destrutivos ou construtivos, podem surgir esporadicamente, episódios ou constantemente.
De acordo com o tipo de conflito e argumento utilizado como resolução, existem simultaneamente riscos e também oportunidades. Por exemplo, discussões amigáveis entre os membros da família oferecem, a oportunidade para esclarecer diferentes opiniões e desejos, mantendo-se assim o relacionamento, moldando-o e desenvolvendo as relações.

Fonte: Elaborado a partir de Szydlik (2008, p. 99).

De acordo com Bengtson & Oyama (2007, pp. 7-9), existem tendências ao nível macro e microssocial que contribuíram para o debate crescente nas políticas públicas ao nível macro sobre a equidade e o contrato entre gerações (Quadro 32).

Estas mudanças nos valores e normas de funcionamento na vida da família e na sociedade, apesar de constituírem o conflito entre gerações são também identificadas como uma oportunidade no intercambio

intergeracional para reforçar as relações afetivas e apoio instrumental[63]aos mais familiares idosos dependentes.

Tratam-se de mudanças que envolvem a renegociação das expetativas e obrigações intergeracionais, com implicações no contrato intergeracional.

Quadro 32 – Mudanças no Contrato entre Gerações no Século XXI.

Mudanças Macrossociais	Mudanças Micros sociais
• A extensão do Ciclo de Vida (aumento da esperança média de vida e longevidade); • Mudanças nas estruturas etárias nos países (dividendo Demográfico); • Mudanças nas estruturas e relacionamentos familiares (famílias mais estreitas e mais compridas); • Mudanças nas responsabilidades dos governos (políticas sociais e de saúde de apoio aos mais velhos).	• Mudança das normas de reciprocidade intergeracional; • Alterações das funções do sexo; • Diferenças étnicas no status socioeconómico; • Maiores conflitos entre faixas etárias; • Maior solidariedade na família entre as gerações adulta e em todas as faixas etárias da sociedade em geral.

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Oyama P. (2007).

Na década de 1980, motivada pelas mudanças profundas demográficas associada ao acentuado envelhecimento dos países ocidentais industrializados, surgiu nos países ocidentais industrializados uma questão política que identifica o novo debate sobre o 'contrato entre gerações'.

A questão diz respeito a potenciais desigualdades entre as faixas etárias na distribuição da vantagem económica[64] e a necessidade de reformulação da legislação da política pública para produzir maior equidade entre os grupos etários, argumentando-se a preocupação das coortes mais jovens com a expetativa de não receberem o mesmo nível

[63] O apoio instrumental aos mais velhos tem como suporte a realização de atividades de vida diária (AVD) e as atividades básicas de vida diária (ABVD), utilizadas no presente estudo como fatores de avaliação da perceção dos jovens sobre o desgaste das funções do cuidador informal de pessoas idosas em situação de dependência (ver Capítulo 5).

[64] O termo vantagem económica é associado ao crescimento económico, através do aumento do PIB.

de benefícios quando se reformarem, comparando com as condições atuais dos reformados. Da revisão da literatura que propõe a equidade geracional destacam-se os seguintes argumentos:

- Aumento nos últimos anos da pressão política sobre a atribuição dos recursos públicos direcionados às pessoas idosas para reduzir os níveis de pobreza existindo de forma efetiva um aumento dos apoios financeiros;
- Aumento da melhoria da forma substancial no status econômico das pessoas idosas e no acesso aos cuidados de saúde;
- Melhoria das condições de vida das pessoas idosas reformados, quando comparados com a população não ocupada, especialmente as crianças;
- Aumento nos últimos anos da desproporcionalidade relativa dos apoios públicos para a faixa etária mais velha, quando comparada com os apoios aos jovens;
- Diminuição proporcional do fluxo de recursos de apoio ás crianças e outros grupos de população dependentes;
- Aumento do conflito intergeracional devido á desigualdade na atribuição dos recursos públicos.

A literatura apresenta como críticos da teoria do conflito intergeracional vários autores que fundamentam que, empiricamente, não existem estudos que demonstrem a "Crítica da opinião pública", argumentando que o conflito é uma "batalha simbólica" criada e divulgada pelos meios de comunicação social e interesses políticos.

Os críticos à teoria negativa da equidade intergeracional, propuseram como alternativa a perspetiva da interdependência intergeracional, argumentando que os ganhos de uma geração não são necessariamente alcançados à custa dos outros, existindo interesses de ambas as partes, em vez de competirem entre si.

Apresentam como exemplo a implementação de políticas baseadas na idade que beneficiem a família multigeracional, reduzindo-se por esta via o peso financeiro que as pessoas idosas têm nas famílias (ex. apoios para famílias que tenham pessoas idosas dependentes seu cargo. Argumentam ainda que existe uma troca bidirecional de apoio entre as gerações, em que as jovens funcionam como cuidadores dos seus pais

e avós, ao mesmo tempo que estes são cuidadores primários dos seus netos (Binstock, 2005; Williamson, McNamara & Howling, 2003).

De acordo com Rossi & Rossi (1990) a questão a nível microssocial do conflito nas famílias surge nos media designado pelo "declínio da família", perante a incapacidade destes para cuidarem das pessoas idosas dependentes. Contudo, por oposição à pressão da comunicação social, as evidências cientificas demonstram a importância do papel das famílias enquanto unidade funcional de apoio social aos mais velhos, revestido de contatos intergeracionais frequentes e regulares.

Longe de serem abandonados pela família, as pessoas idosas nas sociedades industrializadas estão em estreito contato com a família, envolvem-se em relacionamentos afetivos, desempenhando na família o duplo papel de doadores e recetores de apoio.

A nível social a solidariedade intergeracional pode refletir a proximidade dos laços interpessoais dentro da família em todas as gerações, tornando-se difícil separar as perceções entre distintos grupos de idade, caraterizando-se as relações intergeracionais por interdependência e apoio mútuo, sendo raramente observados conflitos (Garstka 2005; Mancini & Blieszner, 1989; Norris & Tindale, 1994; Aquilino, 1999).

> *"The contract between generations is changing, but there are many indications of continuity in the contract not only within the family but at the macrosocial level of age populations and policies as well. Around the world, intergenerational solidarity and altruism persists despite the stresses placed on ageing families in developed and developing nations, who struggle to balance the increasing demands of caring for the older generation as the population ages"* (Bengtson & Oyama, 2007, p. 14).

4.4.7 Perspetivas sobre o futuro da solidariedade intergeracional e o conflito

Segundo a perspetiva de Bengtson e Oyama (2007) no futuro prevê-se que seja mais fácil falar do conflito do que da solidariedade. Perspetiva-se que existam menos conflitos intergeracionais ao nível microssocial (família), existindo maior probabilidade ao nível macrogeracional (Quadro 33).

Quadro 33 – Perspetivas sobre a investigação no domínio da solidariedade intergeracional e o conflito.

Hipótese	Pressupostos
Atraso cultural (estrutural)	As estruturas sociais e culturais refletem o desenvolvimento de mecanismos cada vez mais eficazes para lidar com o aumento do número de pessoas idosas.
Normas de solidariedade e de apoio	Os estudos ao nível microssocial e macrossocial sobre as normas de solidariedade e de apoio aos mais velhos (ex. altruísmo, interesse próprio, reciprocidade) refletem a existência de relações benéficas, sólidas e gratificantes da solidariedade intergeracional. O contrato intergeracional ganha importância nas relações familiares. Cria-se a expetativa e o entendimento que os encargos para cuidar de crianças e das pessoas idosas fazem parte do processo cíclico de ajuda ao longo da vida.
Normas de reciprocidade	As pessoas continuam a acreditar na existência de um processo cíclico de ajuda longo da vida. Os encargos de cuidar de uma criança são considerados como garantidos, assim como muitos dos encargos da assistência às pessoas idosas. O contato familiar, especialmente ao nível das relações geracionais, apresenta ter um valor elevado.
As pessoas idosas com novos papéis	Assiste-se ao aumento de mudanças coletivas ao nível do papel desempenhado pelas pessoas idosas, sendo reconhecidos como um recurso para o capital não económico. À luz de mudanças globais que ameaçam quebrar as relações geracionais aparentemente tênues, os adultos mais velhos fornecem uma ponte para o passado, mantendo as famílias unidas, lembrando os mais novos que a sociedade ao longo do tempo lidou com o problema das gerações.
Altruísmo geracional e participação	As gerações mais velhas realizam maior "investimento" nas gerações mais jovens, do que o inverso, em que as pessoas idosas estão mais disponíveis para se sacrificarem pelos mais novos, desviando-se a atenção do conflito intergeracional

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Oyama (2007, pp. 12-13).

Por oposição, os defensores do fortalecimento dos laços económicos da Solidariedade intergeracional, defendem nas próximas décadas a manutenção dos níveis elevados da solidariedade intergeracional, quer ao nível macrossocial, como microssocial, admitindo-se, no entanto, que o aumento do envelhecimento poderá trazer mais conflitos ao nível da equidade geracional (Quadro 34).

Quadro 34 - Tipo de conflitos da Equidade Geracional.

Aumento na relação de dependência
O declínio da fecundidade traduz-se em menos trabalhadores para apoiar as pessoas idosas aposentados.
Aumento da perceção da "desigualdade geracional"
Se a inflação continua a aumentar, as pessoas idosas são cada vez mais propensos a ser percebidos como "grisalhos gananciosos". Será cada vez mais argumentado que o apoio público às pessoas idosas provem de apoios que poderiam ser alocados para outros segmentos da sociedade, nomeadamente famílias jovens para adquirirem habitação a preços acessíveis. Este é o cenário de "equidade geracional".
Aumento do Ageismo
A discriminação etária ou geracional sobre as pessoas idosas, à base de estereótipos negativos que consideram as pessoas idosas mais rígidos, antiquados, incapazes de lidar com a inovação, tenderá a aumentar. Por sua vez, as pessoas idosas incapazes de lidar com os avanços tecnológicos, que fazem parte do quotidiano, poderão ser marginalizados pela sociedade. A baixa fecundidade nas sociedades do ocidente, existindo cada vez menos jovens, prospetiva-se uma maior valorização em detrimento dos mais velhos. As doenças mentais, demência e o Alzheimer, doenças típicas nas pessoas idosas, poderá contribuir para o aumento do preconceito, contribuindo para a discriminação negativa dos mais velhos.

Fonte: Elaborado a partir de Bengtson & Oyama (2007).

A perspetiva teórica de Bengtson & Oyama (2007), formulada há dez anos), refere a existência da mudança do contrato intergeracional

não só ao nível da família, como também no plano macroeconómico das populações e políticas de idade.

A revisão da literatura sobre a solidariedade intergeracional indica que o altruísmo persiste. Apesar do aumento das tensões colocadas às famílias nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que lutam para equilibrar as dificuldades decorrentes do apoio às pessoas idosas dependentes, perdura o esforço das famílias para cuidarem dos mais velhos.

Não obstante a retórica política sobre a equidade intergeracional e o declínio da família, sugerindo que a solidariedade intergeracional, tanto no nível da sociedade como na família está em declínio, existem fortes evidências da capacidade de adaptação para enfrentar as realidades demográficas contemporâneas.

A sucessão de cada geração ao longo da história indica que a sociedade conseguiu adaptar-se às mudanças das forças internas e externas que ameaçam dividir em várias linhas os seus membros.

Os eventos que ocorrem nas áreas económicas e sociopolíticas, efeitos exógenos ao processo do envelhecimento e da sucessão, no futuro determinarão grande parte do destino dos conflitos geracionais e da solidariedade no futuro.

> *"The ambiguity of competing meanings and the ambivalence of conflicting feelings. Modernity is keyed to an ambivalence struggle between liberation and alienation, between individual freedom and group security"* (Lowenstein, 2014, p. 27).

4.5 A perspetiva da Ambivalência Intergeracional

A modernidade é caracterizada por dilemas, existindo nas organizações sociais uma atitude permanente de contradições estruturais, que resultam da existência de dilemas cognitivos no senso comum e nos níveis ideológicos (Billing et al., 1988).

As pessoas nas sociedades contemporâneas desenvolvem um dilema caracteristicamente moderno: a ambiguidade dos significados concorrentes e a ambivalência de sentimentos conflitantes. A modernidade está ligada a uma luta ambivalente entre a libertação e

alienação, entre liberdade individual e segurança de grupo (Lowenstein, 2014, p. 24),

A perspetiva da Ambivalência surge por contraste às Teorias da Solidariedade e do Conflito entre gerações, existindo na literatura uma tentativa de interpretar as relações intergeracionais, utilizando-se novas concetualizações destinadas a obter a compreensão das dinâmicas das famílias ao nível do envelhecimento e dos cuidadores informais.

O estudo da solidariedade intergeracional, face ao acentuado envelhecimento da população, é uma das áreas mais solicitadas para compreender as relações das famílias, existindo uma vasta literatura que respondeu às questões levantadas por Parsons (1942; 1949).

Com base no conceito de ambivalência apresentado por Freud[65], a ambivalência sociológica foi desenvolvida por Merton & Barber (1963). Para estes autores a ambivalência sociológica concentra-se nas expectativas normativas incompatíveis das atitudes, crenças e comportamentos. No desenvolvimento da teoria Merton et al. (1963) observam que a ambivalência sociológica está embutida na estrutura de status e papéis. As análises sociológicas de Merton (1976) sugerem que a ambivalência pode resultar de expectativas normativas contraditórias dentro de um papel, conjunto de papéis ou status, podendo ainda ser funcional para o sistema social dentro do qual ocorre.

A ambivalência, embora não seja um conceito novo dentro da sociologia, foi recentemente reformulado devido à insatisfação com a polaridade dos dois modelos proeminentes da família - solidariedade e conflito (Lüscher & Pillemer, 1998; Lüscher; 2000; Connidis & McMullin, 2003). Embora estes modelos tenham sido influentes na demonstração de que na maioria das famílias operam formas complexas de solidariedade, considera-se que são menos úteis na identificação dos aspetos da ação social que dizem respeito à incerteza ou risco e dos seus resultados (Phillips et al., 2003, p. 213).

Lüscher (2000) propôs a ambivalência como uma alternativa às perspetivas de solidariedade e conflito destinada a servir de modelo para orientar a pesquisa sociológica nas relações intergeracionais.

[65] Sigmund Freud (1913/1964) usou a ambivalência para interpretar a psicodinâmica entre filho e pai dentro dos dramas familiares reconstruídos. Utilizou a ambivalência para interpretar também fenômenos culturais de larga escala, bem como dinâmicas interpessoais.

Lüscher & Pillemer (1998) propuseram uma definição de trabalho para a ambivalência intergeracional e dividindo-a em duas dimensões:

- **Dimensão objetiva** - Contradições no nível estrutural (ex. status, papéis e normas)
- **Dimensão subjetiva** - Contradições no nível psicológico (ex. cognição, emoções e motivações).

De acordo Szydlik (2012, p. 111) a teoria desenvolvida por Lüscher& Pillemer (1998) teve como principais referências os estudos desenvolvidos sobre a solidariedade intergeracional por vários autores (ex. Sussman, 1959; Litwak, 1964; Shanas et al., 1968; Treas & Bengtson, 1988; Rossi & Rossi, 1990; Aldous, 1990; Bengtson & Roberts, 1991; Sprey, 1991; Kleine, 1992; Finch & Mason, 1993; Lüscher & Schultheis, 1993; Marshall, Matthews & Rosenthal, 1993; Rein, 1994; Bengtson & Harootyan, 1994; Hareven, 1994; Coenen-Huther, Kellerhals & Von Allmen, 1994; Attias-Donfut, 1995; Bawin-Legros, Gauthier & Strassen, 1995; Suitor, Pillemer, Bohannon & Robison, 1995; Lye, 1996).

Para Szydlik (2012, p. 111) a ambivalência e a solidariedade não são contraditórias, mas podem ser relacionadas umas com as outras. O termo 'ambivalência' tem sido discutido, quando emoções, pensamentos, relações sociais e estruturas consideradas relevantes para a constituição de identidades individuais ou coletivas são (ou podem ser) interpretadas como temporariamente ou mesmo irreconciliáveis. Refere como principais autores que desenvolveram o tema da ambivalência, Lüscher (2000), Bengtson et al. (2002) e Katz et al. (2004).

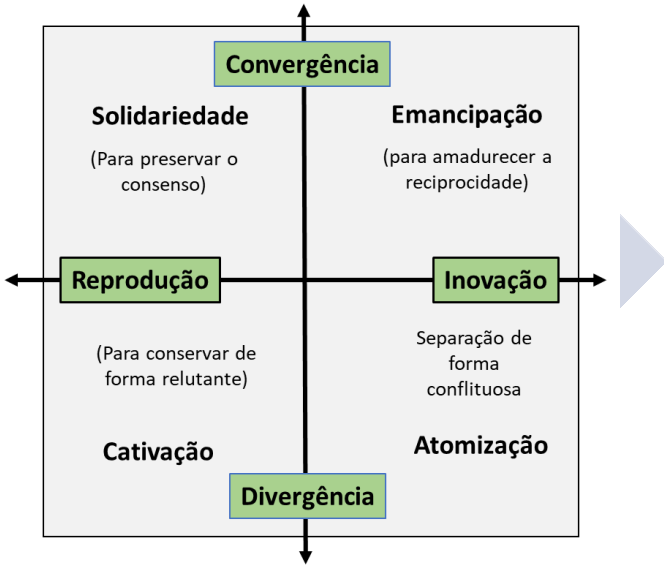
A literatura sobre a dinâmica das interações na família apresenta a teoria da ambivalência intergeracional de Lüscher & Pillemer (1998), como principal referência bibliográfica. A teoria incorpora a perspetiva do Ciclo de Vida, tomando em conta as influências históricas e estruturais que dão forma ao longo do tempo para a construção das relações intergeracionais.

O estudo da solidariedade intergeracional não deve concentrar-se exclusivamente numa única dimensão (Ilustração 17). A perspetiva de solidariedade representa um desenvolvimento contínuo, que se adaptou

para incluir conflitos e efeitos negativos nas relações familiares, destinada à reflexão do desenvolvimento empírico e teórico nos estudos da família.

Katz et al. (2004) sugerem que a ambivalência e conflito fazem parte das relações intergeracionais fortes e harmoniosas. A abordagem da ambivalência, não consiste numa teoria concorrente à teoria da solidariedade e conflito, mas sim, a introdução de uma nova perspetiva sobre a dinâmica nas relações familiares do afeto, conflito positivo e negativo e as negociações na família intergeracional, a qual intervêm a nível socio-estrutural e individual, influenciando a experiência das emoções nas relações entre pais e filhos Bengtson et al. (2002).

Ilustração 17 – Modelo da Ambivalência Intergeracional.



Fonte: Elaborado a partir de Izuhara (2010, p. 42).

O tema da solidariedade na família pressupõe a existência de sentimentos pessoais do indivíduo, associado aos afetos e carinho que servem para manter a coesão familiar, considerando-se os aspetos negativos segundo esta visão, como a ausência de solidariedade (Lüscher & Pillemer, 1998, p. 6).

Em paralelo ao estudo da solidariedade intergeracional, face ao aumento da população idosa, os problemas do isolamento social, os conflitos na família, os maus-tratos, o abandono das pessoas idosas e o stress dos cuidadores informais, fortemente influenciados pelos media, ganharam destaque na literatura na área da gerontologia nos últimos anos. É perante o enquadramento de uma relação de "amor e ódio" entre pai e filho, em que por um lado temos os afetos, a solidariedade, e por outro a massificação de notícias que relatam maus tratos e abandono das pessoas idosas pela família, que surge a perspetiva teórica da ambivalência.

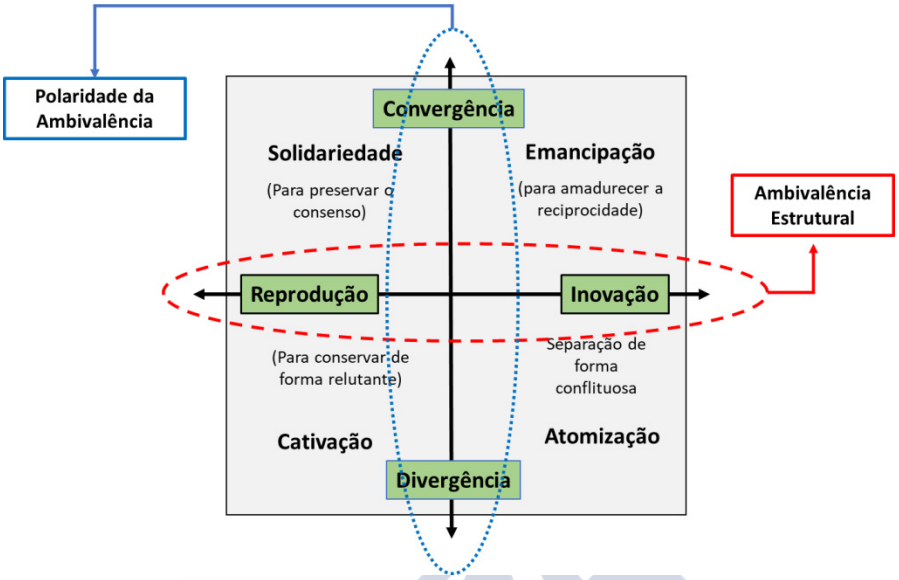
Para Lüscher & Pillemer (1998) as relações desenvolvidas na sociedade entre pais e filhos na idade adulta são de natureza ambivalente, despertam comportamentos e sentimentos opostos.

A ambivalência surge na literatura como a alternativa às perspetivas da solidariedade e do conflito nas relações intergeracionais, apresentando-se sociologicamente como um elemento que representa o esforço da família para gerir e negociar as próprias ambivalências das relações. A ambivalência, à semelhança da teoria da solidariedade (Bengtson & Robert, 1991) é um "elemento de orientação geral da família, constituindo-se numa abordagem teórica e empírica útil para o estudo das relações intergeracionais, que permite desenvolver as relações complexas entre pai-filho" (Aldous, 1990).

De acordo com Izuhara (2010, pp. 29-43) numa tentativa de combinar as várias pesquisas sobre a solidariedade intergeracional, Lüscher (1999) propôs um modelo heurístico que combina as duas dimensões da ambivalência implicadas no conceito de gerações.

Segundo o modelo da Ambivalência Intergeracional (Lüscher, 1999), as relações intergeracionais estão institucionalmente integradas num sistema familiar caracterizado sociologicamente pelas condições estruturais, processuais e normativas da sociedade. Estas condições institucionais, por um lado, são reforçadas e reproduzidas pela forma como as pessoas atuam nas suas relações. Por outro lado, estas condições podem também ser modificadas e simultaneamente produzirem inovações.

Ilustração 18 – Dimensões do Modelo da Ambivalência Intergeracional.



Fonte: Elaborado a partir de Lowenstein (2014 p. 29).

A reprodução e a inovação são dois polos do campo social no qual a família é representada enquanto instituição. Esses dois polos podem ser designados pela ambivalência estrutural (Ilustração 18).

Numa segunda análise do modelo da Ambivalência Intergeracional, pais e filhos compartilham um certo grau de semelhança, que é reforçado pela intimidade dos processos de aprendizagem mútua, que contém o potencial da proximidade e da identificação subjetiva. Simultaneamente, as semelhanças são também uma causa e uma razão para o distanciamento entre pai e filho, atribuindo-se uma dimensão intersubjetiva. Sobre a existência da convergência e divergência, Lüscher designou estes dois polos pela polaridade de ambivalência.

4.5.1 As dimensões da Ambivalência Intergeracional

Os termos "ambivalência" e "solidariedade intergeracional" nas pesquisas efetuadas no Google Scholar, apresentam inúmeros artigos publicados predominantemente em revistas especializadas de Estudos da família, maioritariamente associados ao estudo das relações na família entre pais e filhos jovens adultos, encontrando-se nos domínios da psicologia e da sociologia com enfoque no envelhecimento das populações. De acordo com a pesquisa efetuada a literatura sugere a existência de duas dimensões de ambivalência, consideradas importantes para o estudo das relações intergeracionais: **a ambivalência sociológica**, e **a ambivalência psicológica** (Quadro 35).

A evolução da literatura sobre a ambivalência intergeracional, ganhou desenvolvimento com as teorias sociológicas pós-modernas e teorias feministas da família, enquadrando-se estas últimas na 3ª geração das teorias sociológicas do envelhecimento[66].A visão das teorias sociológicas pós-modernas surgem como um movimento multidimensional de ideias e de projetos, que pretendem submeter à crítica o que a modernidade apresenta como dado absolutamente adquirido e inquestionável.

Quadro 35 – Dimensões de estudo da Ambivalência Intergeracional.

Ambivalência Sociológica (Merton & Barber, 1963; Coser, 1966)	Ambivalência Psicológica
• Aborda as questões estruturais; • Evolução com base nas expetativas, crenças, atitude e comportamento; • Associada à incorporação dos papéis do status; • Relações normativas com a sociedade; • Literatura predominante no domínio da sociologia da família	• Aborda as questões individuais; • Evolução com base na psicologia clínica; • Associada ao estudo do comportamento humano; • Analisa as questões dos sentimentos nas relações; • Literatura predominante no domínio da psicologia.

Fonte: Elaborado a partir de Lüscher & Pillemer (1998).

[66] Ver Capítulo 3

Perante uma sociedade contemporânea, caraterizada pelo enfraquecimento das relações, inseridas numa dialética que abarca dimensões opostas, de positividade de negatividade em que as orientações sociais quase desaparecem, o sentimento de fragmentação, desconcentração, incerteza e de confusão, formatam-se e moldam-se as relações intergeracionais a um ritmo e escala dramaticamente acelerado (Denzin, 1991; Gergen, 1991).

Segundo a visão pós-modernista as condições sociais contemporâneas carecem de novos modelos teóricos mais complexos para compreender a família, nas quais se deve incluir as relações intergeracionais.

A vida familiar, caraterizada pela pluralidade e pela diversidade fluída e não resolvida da família interpelam os sociólogos sobre o uso da "ferramenta" ambivalência a utilizar no estudo das relações (Stacey, 1990).

Enquadrada numa sociedade com fortes contradições, os indivíduos são confrontados com ideias e pressões que afetam a sua autonomia pessoal, encontrando-se divididos entre o desejo simultâneo de liberdade de ação e o apoio das instituições, revindicações estas que não deixam de fora a família. (Baber & Allen, 1992; Gubrium & Holstein, 1994)

As teorias feministas desafiam o pressuposto de que existe uma harmonia de interesses entre todos os membros da família, pretendendo compreender a natureza da desigualdade de gênero. Abordam uma variedade de questões, desde o controle reprodutivo, paternidade, até à divisão do trabalho, alertando a sociedade para os conflitos dentro das famílias contemporâneas, colocando em causa a visão convencional da unidade familiar, Críticando o conceito da solidariedade.

A teoria feminista desafia o pressuposto de que existe uma harmonia de interesses entre todos os membros de uma família, apresentando como exemplo a evidência de ambivalência sociológica sobre o trabalho familiar, designado por "política de tarefas domésticas" (Lüscher & Pillemer, 1998, p. 17).

Vários autores feministas identificaram uma contradição incorporada nos papéis desempenhados na família pelas mulheres, em que o trabalho doméstico é esgotante e ressentido, mas também visto

como uma expressão de amor e carinho (Thorme, 1992; Ferree, 1990). Como observado por Devault (1991, p. 232), uma característica central da escrita feminista na família "resulta de informações potencialmente contraditórias sobre o trabalho familiar: o trabalho familiar é oneroso e opressivo, mas também significativo porque serve como meio de conexão com os outros".

Outras contradições foram sentidas nas atividades realizadas por mulheres, enquanto cuidadoras de elementos da família. Numa perspetiva, a prestação de cuidados é humanizadora, produz a sensação de auto integridade e de relações estreitas contribuindo para o desenvolvimento da maturidade e do autodesenvolvimento do familiar.

Perante o prisma da ambivalência, o facto de socialmente se considerar que as tarefas de cuidar da família são exclusivas do papel das mulheres, transforma os cuidados potencialmente opressivos, obrigando as mulheres a tarefas aborrecidas e repetitivas (Abel & Nelson, 1990).

No domínio do estudo da ambivalência psicológica, as evidências da literatura destacam uma vasta bibliografia na área da psicologia clínica, atribuindo-se a abordagem ao desenvolvimento humano. Lüscher & Pillemer (1998, p. 18) citam exemplos de vários autores: Freud (1913) considerado o pai da psicanálise, Eidelberg (1968) e Rycroft (1973) que estudaram a ambivalência dos sentimentos simultâneos de amor e ódio em relação ao mesmo indivíduo, a teoria epigenética de Erikson (1994), a escala da bipolaridade de Kaplan (1972) e a teoria da consistência desenvolvida por Fritz Heider (1958).

As relações intergeracionais contêm contradições, dilemas e ambivalências que podem ser identificadas pelo modelo da solidariedade, existindo ambivalências nas dimensões. Por exemplo, dentro das estruturas de necessidade (Szydlik, 2008, p. 100) existe ambivalência entre as estruturas de necessidade ao nível do apego intergeracional e a autonomia. Ao nível das estruturas de contexto culturais, registam-se ambivalências entre as normas sociais contraditórias de independência e apoio. Existe ainda ambivalência ao nível das contradições entre as necessidades emocionais proveniente do contrato entre gerações, e as oportunidades decorrentes da distância geográfica relacionada ao trabalho.

Por outro lado, a necessidade individual versus normas familiares e sociais em relação aos cuidados de apoio à família são elementos das dimensões da solidariedade geradores de ambivalência. Nestes termos, a solidariedade intergeracional pode ser considerado como o resultado de um envolvimento produtivo entre as principais ambivalências.

A questão sociológica da ambivalência mereceu algumas Críticas sendo considerado um conceito ambíguo. Segundo Boss (1988) o facto de ser dado muito enfase às perceções negativas nas relações intergeracionais, não significa forçosamente que exista uma situação de contradição, ambivalência. Refere ainda que, em contextos familiares débeis em segurança, as perceções e emoções das famílias são distintas quando comparadas com outras onde exista segurança, implicando naturalmente o desenvolvimento de relações distintas, que conduzem à não identificação de ambivalência.

De acordo com Lüscher & Pillemer (1998) a perspetiva da ambivalência intergeracional nas relações entre pai e filhos na idade adulta, sugere três tipos de ambivalência:

- **Ambivalência entre dependência e autonomia;**
- **Ambivalência resultante de normas conflitantes existentes nas relações intergeracionais;**
- **Ambivalência resultante da solidariedade.**

4.5.2 A Ambivalência entre dependência e autonomia

Ao nível das relações intergeracionais entre e pais e filhos na idade adulta, a autonomia e a dependência surgem na literatura como dois polos geradores de ambivalência. O dilema entre o obter ajuda, apoio e educação e as pressões compensatórios da libertação da relação pai-filho fazem parte do paradoxo na sociedade contemporânea (Cohler, 1983; Cohler & Altergott, 1995; Moss & Moss, 1992; Cohler & Grunebaum, 1981).

Por um lado, acredita-se que os adultos se esforçam para se tornarem psicologicamente e economicamente autónomos e autossuficientes, enquanto que, por outro, os resultados das investigações sobre as relações da vida familiar demonstram que a

dependência entre as gerações é o modo típico das relações intergeracionais, incluindo a interdependência de pais mais velhos em relação aos filhos.

O contraste existente entre a ambivalência e os estudos que utilizam como abordagem geral a solidariedade intergeracional segundo os modelos de Bengtson (1991) e Rossi & Rossi (1990), em que as relações evidenciam expetativas e evidências enquadradas nas normas da solidariedade e a observação simultânea dos focos de conflito e ansiedade existentes nas relações familiares, permite concluir que ambos os conceitos podem atuar em paralelo nas relações intergeracionais.

4.5.3 A Ambivalência resultante de normas conflitantes existentes nas relações intergeracionais

As normas implicam um grau de consenso social sobre o próprio conteúdo da norma e o grau de exigência a que os indivíduos estão obrigados. Apresentam regras e comportamentos apropriados a circunstâncias particulares e especificas, que atuam nas relações intergeracionais sob a forma de responsabilidade filial (Rossi & Rossi, 1990).

Um dos exemplos da ambivalência resultantes de normas conflituantes existentes nas relações intergeracionais referido por Lüscher & Pillemer (1998), consiste no compromisso de interajuda existente dentro da família entre gerações e grau de parentesco, resultante das normas de reciprocidade e de solidariedade.

Nas relações familiares a presença da norma de reciprocidade ao sugerir que os ganhos e as perdas devem ser equitativos entre os parceiros da relação, constitui um fator de conflito com a norma da solidariedade, a qual implica que os membros da mesma família devem dar aos familiares próximos a ajuda que estes precisam, sem existir a preocupação do "retorno do investimento".

Segundo a perspetiva de George (1986) as normas são incompatíveis com os cuidados de longa duração, nas situações em que membros da relação se encontra numa situação crónica. Perante o dilema do desequilíbrio, desconforto pessoal e a incapacidade de reverter a situação crónica do familiar que se encontra numa situação

de dependência, as estruturas normativas da reciprocidade e solidariedade atuam de forma conflituante, resultando em angústia para os cuidadores e em interrupção nas relações previamente estabelecidas.

Por sua vez, os recetores de cuidados também são suscetíveis de se sentirem ambivalentes, embora tenham expectativas em relação ao apoio, com base na norma de solidariedade, também apresentam sentimentos de culpa e desamparo sobre a sua incapacidade de corresponder ao apoio do cuidador.

4.5.4 A Ambivalência resultante da Solidariedade

Investigações sobre a violência contra as pessoas idosas e maus tratos para com as crianças, demonstram a existência de situações familiares fundamentalmente ambivalentes, contendo uma combinação complexa de elementos de solidariedade. De acordo com os estudos de Cohler & Grunebaum (1991) e George (1986), nas famílias onde existem vários tipos de solidariedade (exemplo, co-residência, proximidade, interação muito frequente e mútua dependência de ajuda), existe um maior grau de probabilidade de conflitos pela independência e de insatisfação nos relacionamentos, associado ao poder e à gestão dos recursos.

Embora o conceito de violência e maus tratos contra crianças esteja em oposição ao conceito da solidariedade, a literatura evidencia que nas relações familiares com mútua dependência entre pais e filhos, demostra que as crianças maltratadas dependiam fortemente dos pais, existindo ainda dependência destes em relação aos avós (Wolf & Pillemer, 1989).

Nestes estudos, os pais agressores dos filhos tinham comportamentos de ambivalência quando tentavam resolver a situação. A maioria dos pais sentia-se presa à sensação e obrigação de ajudar o filho e por outro lado davam enfase ao relacionamento formal, à necessidade de exercerem a autoridade, justificando os abusos e maus tratos como normas, demonstrando no entanto amor e afeto pelos filhos.

Embora todas as famílias tenham aspetos de conflito e ambivalência, há claramente dificuldades em definir e medir os conceitos. Apesar dos constrangimentos da definição e medição referidos por Lüscher e Pillemer (1998), há um sentimento crescente de

que a sociedade contemporânea é caracterizada por rápidas mudanças sociais e incertezas sobre a natureza das relações sociais.

Os indivíduos não têm certeza sobre os papéis que desempenham na vida familiar, especialmente aqueles relacionados com as relações intergeracionais. Essas incertezas ameaçam normas anteriormente mantidas sobre relacionamentos familiares e obrigações mútuas, particularmente para as mulheres (Phillips et al., 2003, p. 193).

Com baixas taxas de fecundidade e aumento da participação na força de trabalho, tendo por base as pesquisas sobre o uso do tempo doméstico, constata-se que muitos dos papéis anteriormente assumidos como um dever pelas mulheres alteram-se, conduzindo à incerteza sobre quem irá (e quem deve) cuidar dos membros vulneráveis da família no futuro.

As consequências imprevisíveis das atuais mudanças sociodemográficas, constituem uma fonte renovada de ansiedade sobre a vida familiar contemporânea e dos limites da solidariedade intergeracional, questionando-se os modelos tradicionais de prestação de cuidados.

4.5.5 Perspetivas do futuro da teoria da ambivalência e do conflito

O conceito de ambivalência intergeracional reflete as contradições nos relacionamentos entre pais e filhos adultos em duas dimensões: no nível da estrutura social nos papéis e normas; e no nível subjetivo, em termos de cognições, emoções e motivações. A perspetiva sobre o futuro do conflito e a ambivalência nas relações intergeracionais (Quadro 36), de acordo com Kingston et.al. (2014, p. 31), prevê-se que ocorra em dois Quadros teóricos: solidariedade intergeracional versus ambivalência intergeracional.

Apesar da literatura da ambivalência e do conflito terem conquistado na década de 1990 inúmeros trabalhos científicos, apesar das tentativas da operacionalização da teoria do conflito (Straus, 1979), o estudo da ambivalência ainda está na sua infância (Kingston et al., 2014).

O trabalho desenvolvido de Lüscher e os primeiros passos da teoria do apego do adulto oferecerem novas orientações para o estudo sobre o entendimento das relações entre pais e filhos na idade avançada (*Later Life)*. Não sendo menos importantes, as pesquisas sobre a modernidade, nas quais as relações intergeracionais e familiares, fragmentadas, fraturadas e ambivalentes do novo milénio fragmentado, certamente influenciarão o estudo de uma sociedade estruturada de forma ambivalente.

Vários autores, em virtude de expressarem ceticismo em relação a estudos com variáveis padronizadas, sugeriram ver a ambivalência intergeracional como um "conceito de sensibilização", referindo-se a uma ideia de Blumer (1954) que hoje é comumente aceita pelos sociólogos, frequentemente relacionada a projetos de pesquisa exploratória, e na metodologia qualitativa (Mayring, 2002).

Apesar da pertinência da questão e a necessidade de serem utilizados fundamentos teóricos coerentes a noção de Blumer não é totalmente apropriada (Lüscher & Hoff, 2013, p. 42).

O potencial total do conceito da ambivalência intergeracional talvez ainda não tenha sido descoberto. As noções da polarização (ou diferenças básicas) estão no cerne das relações intergeracionais. Se for feita uma tentativa de integração das dimensões fundamentais da ambivalência, Lüscher & Hoff (2013) sugerem como definição “a ambivalência refere-se a experiências que ocorrem enquanto existe a procura a significância de fatos, eventos, outras pessoas, relacionamentos, tarefas e instituições, que pertencem a facetas do eu ou da identidade pessoal”. Estas experiências oscilam temporária ou permanentemente entre contradições polares nas estruturas do sentimento, pensamento, carência ou sociais. Por sua vez, podem ser assimétricas ou desequilibradas, refletindo também o impacto do poder.

Em conclusão, a compreensão diferenciada da ambivalência é sugerida como um caminho possível para desenvolver a análise das relações intergeracionais. Muito já foi alcançado, contudo, dada a importância fundamental das relações intergeracionais no desenvolvimento humano, a importância crucial teórica, empírica e prática do conceito apenas começou a florescer, particularmente no

contexto de sociedades que envelhecem rapidamente, carecendo de maior aprofundamento.

Quadro 36 - Taxonomia da Ambivalência Intergeracional.

	Conflito	Ambivalência
Construções macro Modernas e pós modernas	Geronticidio Conflito intergeracional (Stearns, 1986) (Reinhard, 1986)	Eutanásia (Kingston, 1999)
Papéis e normas nas estruturas sociais (OASIS, 1999)		Apocalipse Demográfico (Robertson, 1991) Equidade Geracional (Quadagno, 1990) Modernidade e ambivalência (Baumann, 1991; Smart, 1999; Guideens, 1990)
Micro construções ao nível subjetivo da cognição, emoções e motivação (OASIS, 1999)	Familiar intergeracional Violência e negligência (Pillmer & Wolf, 1986)	Negociação familiar e responsabilidades (Finch & Mason, 1993) Ambivalência Intergeracional (Lüscher & Pillemer, 1998)
Operacionalização e medição	CTS[67] Estudo da Prevalência da transmissão da violência nas relações intergeracionais (Pillmer, 1986)	Teoria do apego em adultos (Bartholomew & Horowitz, 1991) Modelo heurístico da ambivalência (Lüscher, 2000)

Fonte: Elaborado a partir de Kingston et al. (2014).

[67] Abreviatura de Conflict tactics scale, Straus 1979.

4.5.6 O Debate Político da Solidariedade Intergeracional e as perceções da UE27

As políticas do envelhecimento nos países europeus são frequentemente delineadas em torno de duas dimensões: a sustentabilidade financeira dos sistemas públicos de pensões, a contínua provisão de pensões e a adequação dos serviços de saúde e assistência social na velhice. Apesar de cada dimensão ser considerada importante, a questão da sustentabilidade social não ocupa o mesmo destaque nas políticas.

Há semelhança da sustentabilidade ambiental, a noção da sustentabilidade social exige que as futuras gerações tenham o mesmo ou maior acesso aos recursos sociais que a geração atual. Para além da adequação do rendimento das pensões e a acessibilidade a serviços de saúde e sociais de qualidade, considera-se um requisito imperativo da sustentabilidade social em sociedades envelhecidas, permitir relações práticas e mutuamente benéficas e satisfatórias entre gerações. A solidariedade e os laços entre gerações continuarão a fazer parte integrante do modelo social europeu, e tal solidariedade não deve ser vista apenas em termos financeiros (EU, 2009).

No ano da Presidência Espanhola da UE, no âmbito da Conferência sobre o Envelhecimento Ativo e Saudável, realizada de 29 a 30 de abril de 2010, em Logroño (La Rioja), foi celebrado o dia 29 de abril como o Dia Europeu da Solidariedade entre Gerações. Resultou deste evento a apresentação da Solidariedade Intergeracional, enquanto Desafio Político dos Estados Membros, num contexto de políticas de nível local, nacional e europeu para um envelhecimento ativo e saudável, tendo em vista a melhoria da solidariedade entre gerações.

Serviu de base para a realização da conferência inaugural o relatório *Flash Eurobarometer, Intergenerational Solidarity – Analytical report* (April, 2009), documento que fornece as perceções de 27.000 europeus de todos os Estados da EU sobre a Solidariedade Intergeracional. Foram obtidas as perceções existentes entre as gerações mais jovens e mais velhas; os custos do envelhecimento da população; as formas como as pessoas idosas contribuem financeiramente para a sociedade, e e de um modo mais amplo, as possibilidades existentes de uma vida autónoma para as pessoas idosas da EU; a prestação de

cuidados e apoio por serviços sociais e o papel das autoridades públicas na promoção da solidariedade intergeracional. Entre as várias conclusões e recomendações, foi feito um apelo à cooperação entre todos os stakeholders (sociedade civil, meios de comunicação, universidades, governos e CE) para promoção de interações (e solidariedade entre os jovens e os mais velhos) confirmando-se 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional.

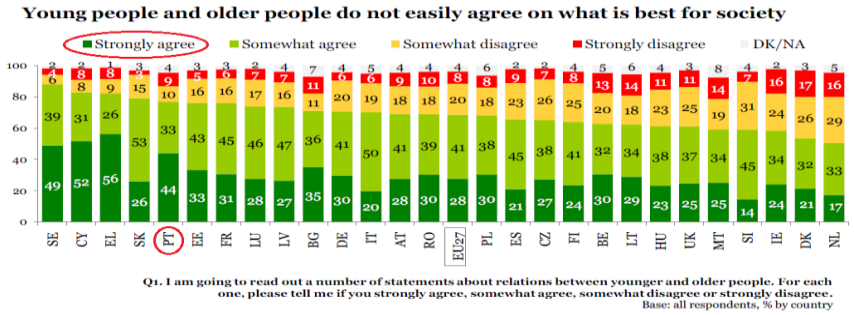
As respostas de Portugal no Flash Eurobarometer Intergenerational Solidarity apesar de estarem alinhadas com a média dos EU27, existem perceções dos Portugueses que lideram a concordância e a discordância em relação à Solidariedade Intergeracional.

4.6 A Perceção das Relações entre as diferentes gerações

Em Portugal cerca de 44% dos inquiridos referem que os jovens e as pessoas idosas não concordam facilmente sobre o que é melhor para a sociedade (Ilustração 19).

Jovens e as pessoas idosas não concordam facilmente sobre o que é melhor para a sociedade

Ilustração 19 – Perceção das relações entre as diferentes gerações.

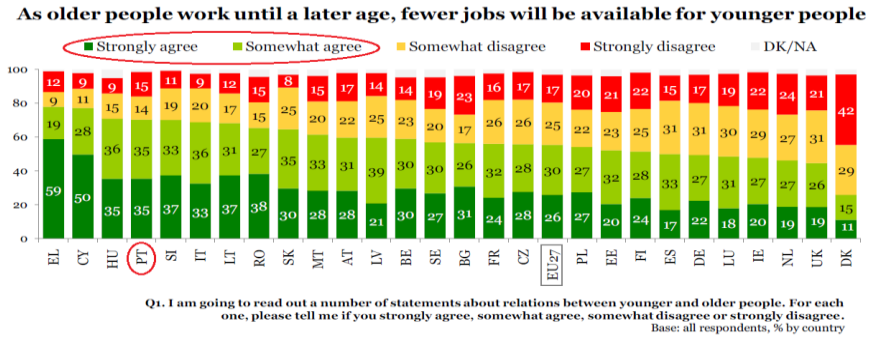


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

À medida que as pessoas idosas trabalham até mais tarde, menos empregos estarão disponíveis para as pessoas mais jovens

A maioria dos Portugueses concordam que à medida que as pessoas idosas trabalham até mais tarde, menos postos de trabalho ficam disponíveis para os jovens (Ilustração 20)

Ilustração 20 – Perceção da disponibilidade de postos de trabalho.

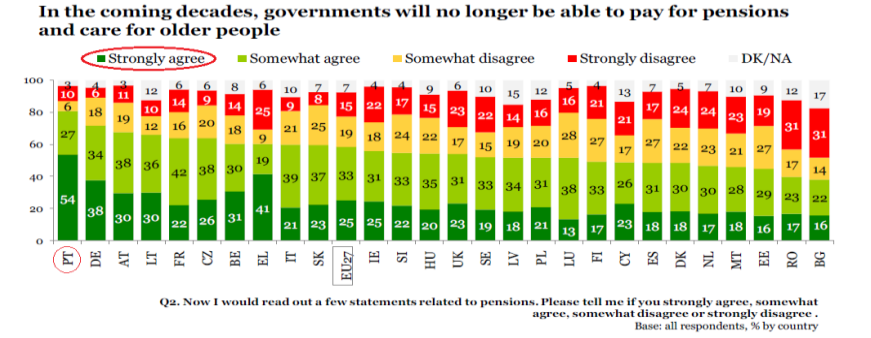


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

Nas próximas décadas, os governos não poderão continuar a pagar mais pensões e cuidar das pessoas idosas

Portugal destaca-se no inquérito como o país que considera que os governos não terão capacidade para pagar as pensões e apoiar os cuidados de saúde das pessoas idosas (Ilustração 21).

Ilustração 21 – Perceção sobre a capacidade do Estado garantir o apoio das pensões e cuidados de saúde às pessoas idosas.

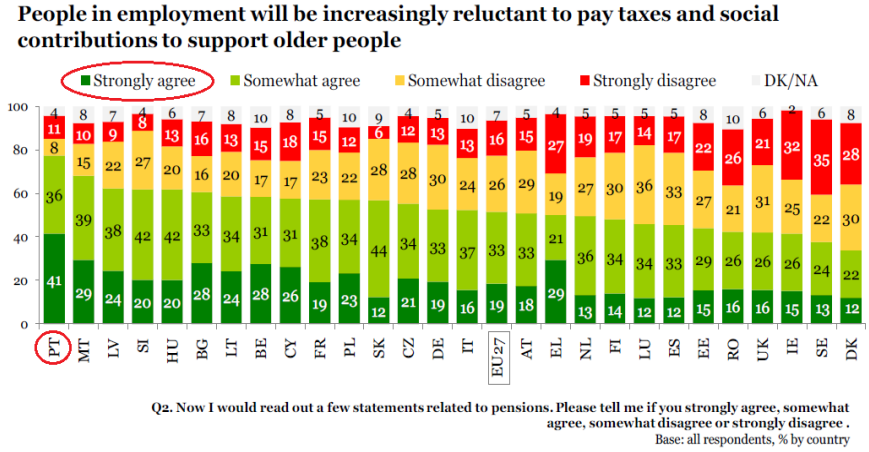


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

A necessidade de reformas para garantir as futuras pensões e o sistema de proteção social

Dos inquiridos portugueses, cerca de 77%, concordaram que as pessoas empregadas estarão cada vez mais relutantes para pagar impostos e contribuições sociais para apoiar as pessoas idosas (Ilustração 22).

Ilustração 22 – Perceção sobre a necessidade de reformas para garantir o apoio às pensões e cuidados de saúde às pessoas idosas.

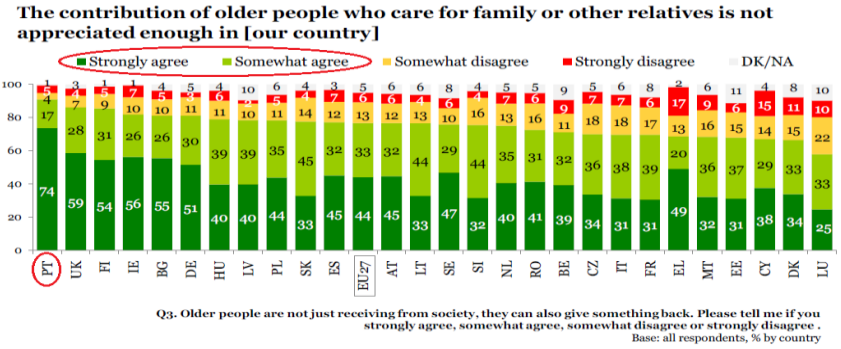


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

A contribuição das pessoas mais velhas que cuidam da família não é reconhecida

A maioria dos inquiridos em todos os Estados-Membros considerou que o contributo das pessoas idosas que cuidam dos familiares não é suficientemente apreciado no seu país (Ilustração 23). Portugal destaca-se nos países da EU27 com maior concordância (91%).

Ilustração 23 – Perceção sobre o apoio aos cuidadores informais.

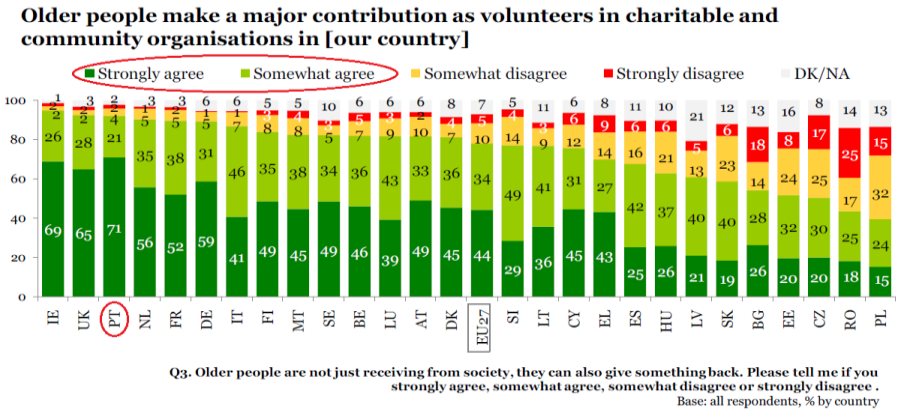


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

O voluntariado enquanto oportunidade para as relações intergeracionais

A grande maioria dos portugueses (93%) e dos cidadãos da EU concorda fortemente que as pessoas idosas dão um importante contributo para a sociedade através do trabalho voluntário (Ilustração 24).

Ilustração 24 – Perceção da importância do voluntariado



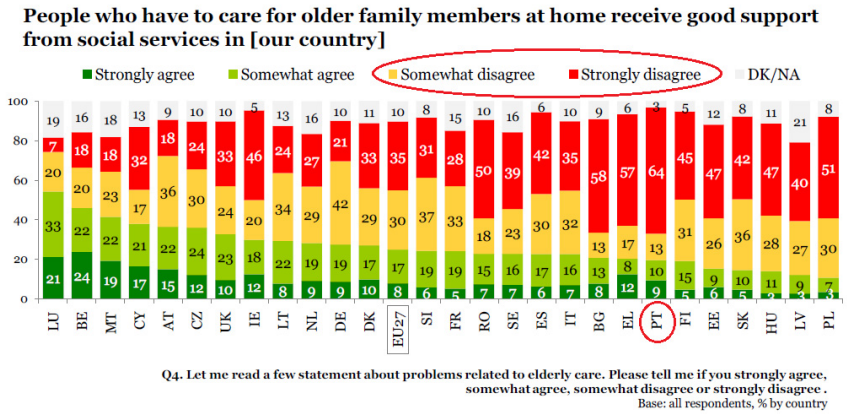
Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

A necessidade de serviços de cuidados de saúde e apoio social

Cerca de 6 em 10 cidadãos da UE discordam fortemente que existem serviços para apoiar as pessoas idosas mais frágeis, para que possam permanecer ou viver em sua casa. Quase dois terços dos entrevistados discordam que existem ajudas para apoiar as pessoas que têm a responsabilidade na família de cuidar das pessoas idosas.

Portugal destaca-se como o país mais insatisfeito (77%) com o apoio dos serviços sociais para as pessoas idosas que vivem sozinhos, bem como os serviços de apoio aos cuidadores informais (Ilustração 25).

Ilustração 25 – Perceção das necessidades de serviços de cuidados de saúde e apoio social.

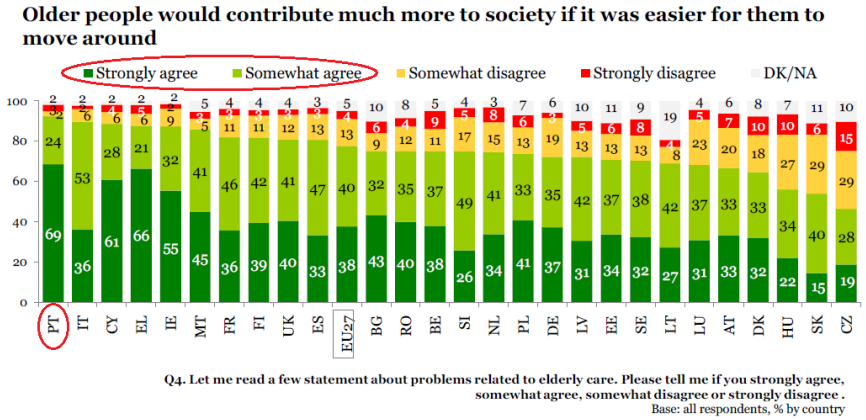


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

Autonomia das pessoas idosas

Portugal lidera na UE27 a concordância (95%) sobre a falta de acessibilidade para as pessoas idosas em situação de dependência poderem viver de forma autónoma (Ilustração 26).

Ilustração 26 – Perceção da autonomia das pessoas idosas.

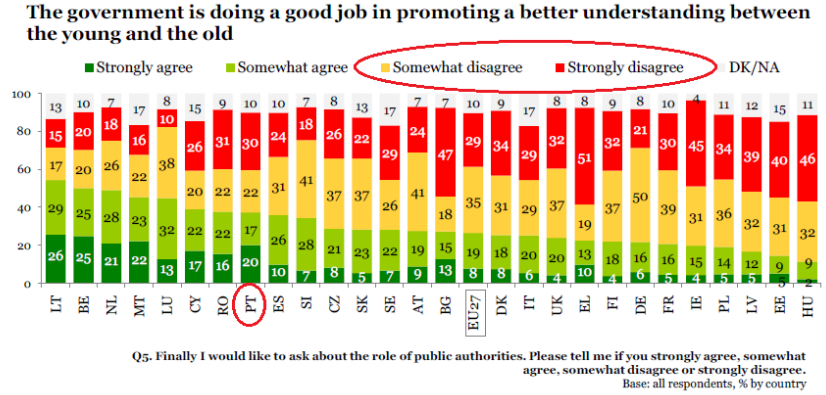


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

Ausência da promoção do Estado da Solidariedade Intergeracional.

Os Portugueses consideram que o Estado não faz um bom trabalho para promover as relações entre os mais velhos e os mais novos (Ilustração 27).

Ilustração 27 – Perceção da promoção do Estado da Solidariedade Intergeracional.

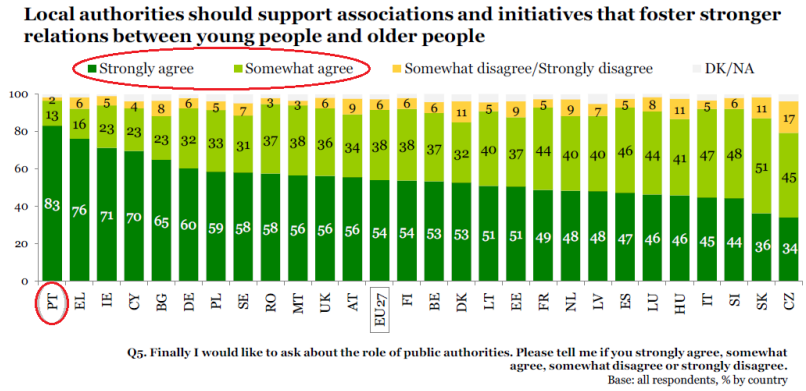


Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

Importância do papel do Estado na promoção da Solidariedade Intergeracional

Apesr dos Portugueses avaliarem negativamente o papel do Estado na promoção da Solidariedade Intergeracional, consideram que tem responsabilidades no desenvolvimento de políticas que contribuam para promover melhores relações entre jovens e as pessoas idosas. Existe consenso que o Estado deve apoiar as iniciativas locais das associações e escolas que promovam relações mais fortes entre jovens e as pessoas idosas. O apoio à promoção do voluntariado é também considerado uma oportunidade para promover as relações intergeracionais (Ilustração 28).

Ilustração 28 – Perceção da importância do Estado promover a Solidariedade Intergeracional



Fonte: Elaborado a partir de Flash EB nº 269 – Intergenerational Solidarity.

O Relatório Flash Eurobarometer nº 269 deu origem em Portugal à Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/201, publicada no Diário da República, 1.ª série — N.º 244 — 22 de dezembro de 2011, declarando 2012 como ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações. O referido Diploma Legal apresenta os objetivos principais (Quadro 37), traçados em consonância com as linhas estruturantes da política governamental para o reforço da coesão social, através da promoção da participação e do diálogo entre os vários agentes públicos e privados em contextos formais e não formais (AR, 2011, p. 5392).

Quadro 37- Objetivos Principais do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações.

Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional;
Promover o intercâmbio de informações e de experiências;
Promover o intercâmbio de informações e de experiências.

Fonte: Elaborado a partir de EU (2018).

Resultou do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (AEEASG), a criação de uma Comissão Nacional de Acompanhamento (CNA), que apresentou em 2012 um Plano de Ação com atividades incluídas em áreas consideradas chave do envelhecimento ativo a saber: Emprego, Trabalho e Aprendizagem ao Longo da Vida; Saúde, Bem-estar e Condições de Vida; Solidariedade e Diálogo Intergeracional; Voluntariado e Participação Cívica; e Conhecimento e Sensibilização Social (AEEASG, 2012).

Nos termos da legislação portuguesa é da responsabilidade da CNA a elaboração de relatório das atividades desenvolvidas pela AEEASG, tendo por base os seguintes objetivos:

- *Incentivar as iniciativas destinadas a promover a participação cívica e as atividades intergeracionais a nível da UE;*
- *Criar condições para que os organizadores de atividades possam melhorar a sua qualidade e desenvolver novos tipos de atividades, bem como incentivar a criação de redes, a mobilidade, a cooperação e as sinergias no interior da sociedade civil e entre a sociedade civil e os outros sectores no contexto da UE;*
- *Sensibilizar os cidadãos para o valor e a importância do envelhecimento ativo enquanto expressão de participação cívica e enquanto atividade que contribui para a realização de objetivos comuns a todos os Estados membros, como o desenvolvimento harmonioso da sociedade e a coesão social* (Resolução do Conselho de Ministros número 61/2011, in Diário da República, 1.ª série — N.º 244 — 22 de dezembro de 2011, p. 5392).

Parte II -
Os Cuidados Informais às Pessoas Idosas

"El cuidado es un concepto nuevo que describe una vieja realidade"
(Tobío et al, 2010, p. 11).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

4.7 O Estado da Arte do Envelhecimento na Europa

"Em 1 de janeiro de 2016, a população da UE-28 foi estimada em 510,3 milhões de pessoas. Os jovens (0 a 14 anos) constituíam 15,6 % da população da UE-28, enquanto as pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) representavam 65,3 % da população. As pessoas idosas (com 65 anos ou mais) representavam uma percentagem de 19,2 % (um aumento de 0,3 % relativamente ao ano anterior e de 2,4 % em comparação com 10 anos antes).

A taxa de dependência das pessoas idosas para a UE-28 situava-se em 29,3 % em 1 de janeiro de 2016). Assim, havia quase quatro pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais.

A percentagem da população com 65 anos de idade e mais está a aumentar em todos os Estados-Membros da UE, nos países da EFTA e nos países candidatos.

O crescimento da percentagem relativa das pessoas idosas pode ser explicado pelo aumento da longevidade, um padrão que é evidente desde há várias décadas à medida que a esperança de vida aumenta. Por outro lado, os níveis consistentemente baixos de fertilidade durante muitos anos contribuíram para o envelhecimento da população, com a redução da natalidade a ocasionar um declínio na proporção de jovens na população total.

Segundo as projeções EUROPOP2015, prevê-se que a população da UE-28 aumente até atingir um pico de 528,6 milhões em 2050 e que diminua posteriormente, de forma gradual, para 518,8 milhões até 2080. A comparação das pirâmides etárias para 2015 e 2080 (Gráfico 13) revela que a população da UE-28 deverá continuar a envelhecer. Nas próximas décadas, o número elevado de baby boomers vai inflacionar o número de pessoas idosas.

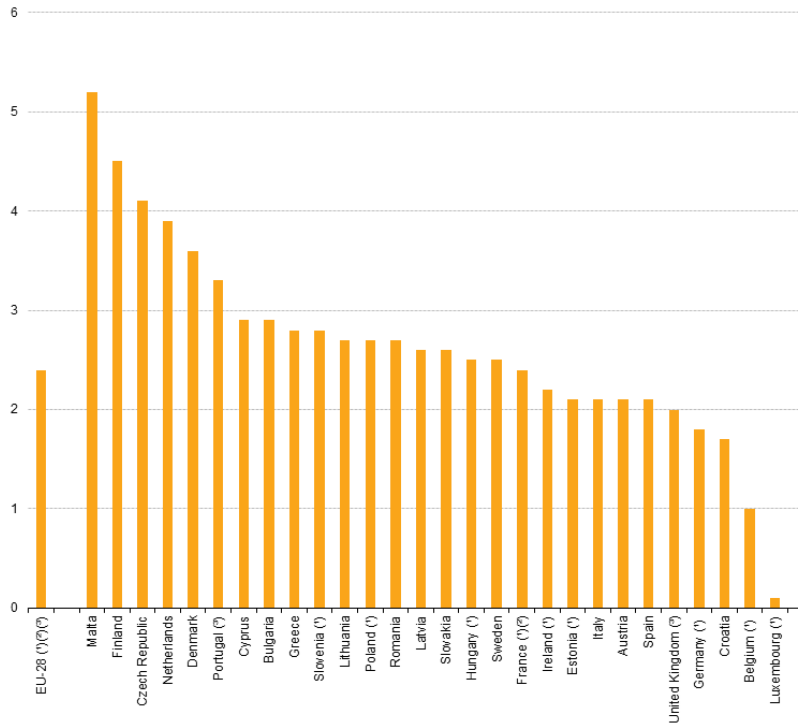
Prevê-se que a percentagem das pessoas com 80 anos de idade ou mais, na população da UE-28, mais do que duplique entre 2016 e 2080, de 5,4 % para 12,7 % (Gráfico 14).

Durante o período entre 2016 e 2080, prevê-se que a percentagem da população em idade ativa diminua progressivamente até 2050, antes de estabilizar um pouco, ao passo que as pessoas idosas, provavelmente, constituirão uma percentagem crescente da população total: as pessoas

com 65 anos ou mais representarão 29,1 % da população da UE-28 até 2080, em comparação com 19,2 % em 2016.

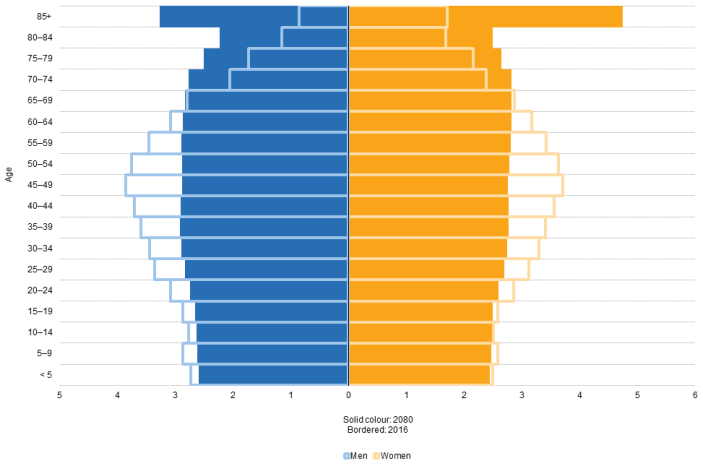
Como consequência da transferência de população entre os grupos etários, a taxa de dependência das pessoas idosas da UE-28 deverá quase duplicar de 29,3 % em 2016 para 52,3 % em 2080 (Gráfico 15). Prevê-se que a taxa total de dependência associada à idade aumente de 53,2 % em 2016 para 79,7 % em 2080" (EUROSTAT, 2017).

Gráfico 13 – Aumento em % na EU28 da população com 65 e mais anos entre 2006 e 2016.



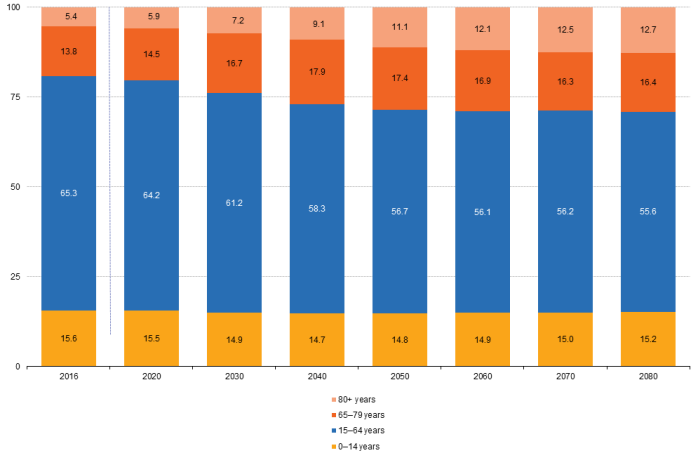
Fonte: Elaborado a partir de Eurostat.

Gráfico 14 - Pirâmides populacionais, UE-28, 2016 e 2080 (% da população total).



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat.

Gráfico 15 - Estrutura demográfica por principais grupos etários, UE-28, 2016-80 (% da população total).

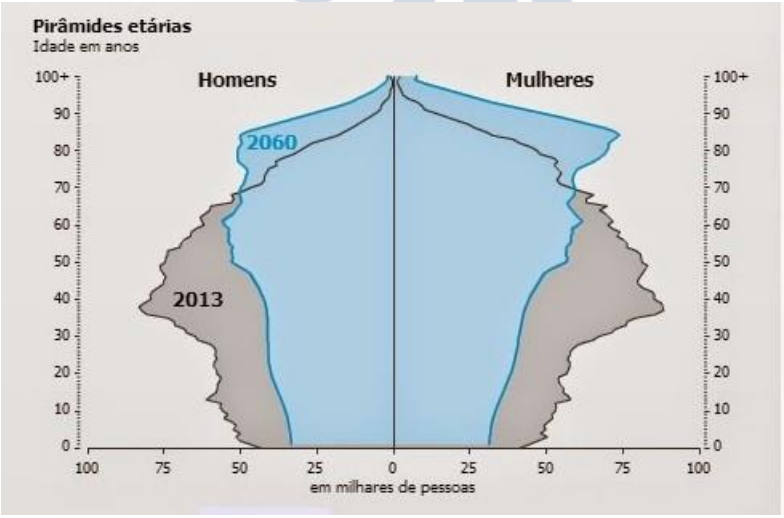


Fonte: Elaborado a partir de Eurostat.

Portugal encontra-se na liderança do envelhecimento da população da Europa, constituindo-se o segundo país mais envelhecido (Gráfico 16, Gráfico 17), prevendo-se que, até ao final do século, seja o Estado da União Europeia com mais pessoas acima dos 65 anos em relação à população em idade ativa, excetuando a Grécia (Sievert et al, 2017, p. 16).

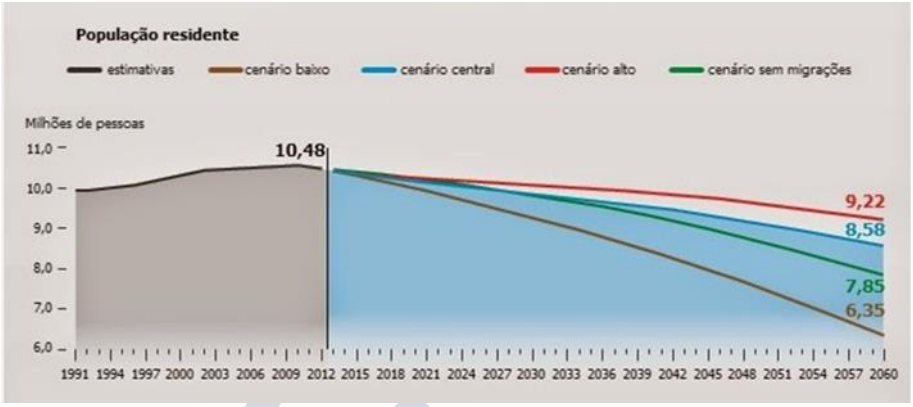
Excluindo da reflexão o que poderíamos ter feito e não fizemos para melhorar a queda da taxa de fecundidade, omitindo-se ainda a vasta literatura na qual se refere que Portugal tem um grave problema social há uma década que se chama envelhecimento, em sede da elaboração de novas investigações considerou-se que os mais novos devem ser implicados na discussão do envelhecimento.

Gráfico 16 – Pirâmides etárias Portugal, 2013 previsão 2060.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Gráfico 17 – Portugal, estimativas da evolução da população residente, 2013 e 2060.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA(2018) e INE (2018).

A opção de escolher como objeto de estudo a Geração dos Nativos Digitais[68] foi orientada pela solidariedade e ambivalência intergeracional (Bengtson & Robert, 1991; Lüscher & Pillmer, 1998), com enfoque no cuidador informal de pessoas idosas dependentes.

O que estava em causa em sede de objetivo do estudo, era saber qual a perceção dos jovens sobre as atividades realizadas pela família enquanto cuidadora informal dos mais velhos e perceber como se revêm no futuro neste papel.

As dificuldades decorrentes da tentativa de "isolamento" de um modelo teórico que permitisse demonstrar a existência ou não da perceção dos Millennials em relação ao apoio das AVD[69] desenvolvidas pelo Cuidador Informal, contribuíram não só para aumentar o conhecimento das diversas perspetivas de abordagem do problema, como também concluir que a Gerontologia é efetivamente uma ciência integradora.

[68] Também designada Millennials Geração do milénio, nascida entre 1980 e 2000.

[69] As atividades de vida diária (AVD) são tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos: as atividades básicas de vida diária (ABVD) ou de cuidado pessoal e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias (Fricke, 2010).

Resultou ainda como conclusão da revisão da literatura das palavras-chave, "Solidariedade Intergeracional", "Ambivalência Intergeracional" e "Cuidador Informal", a existência de linhas muito ténues com a Teoria da Família e a Teoria da Mudança Intergeracional, facto que permitiu demonstrar que o estudo da intergeracionalidade envolve uma multidisciplinaridade de abordagens, as quais registam atualmente um aumento de artigos científicos sobre o tema.

Supostamente o aumento do interesse do estudo da intergeracionalidade por parte da geração dos investigadores Baby Boomers (Ilustração 29), deve-se a uma atitude motivada pela preocupação em relação aos apoios que irão ter em 2030, década teórica da possível reforma. Talvez seja esta a justificação para o surgimento da diversidade teórica da intergeracionalidade, citando-se como exemplo a concetualizações relacionadas com a "Mudança intergeracional", "Transferências Intergeracionais" e "Justiça Intergeracional", justificando-se por esta via o incremento do interesse do estudo das relações entre os mais velhos e os mais novos e vice-versa.

Ilustração 29 – Quadro das Gerações.

Geração	Ano	2018	2020	2030	2040	2050
Baby Boomers	1946	72	74	84	94	104
	1950	68	70	80	90	100
	1964	54	56	66	76	86
Geração X	1970	48	50	60	70	80
Geração Y	1980	38	40	50	60	70
Geração Z	1990	28	30	40	50	60
Millennials	2000	18	20	30	40	50

Fonte: Elaboração própria.

A revisão da literatura sobre a intergeracionalidade apresenta uma maior prevalência de artigos publicados pelos países com maiores índices de envelhecimento Demográfico.

Embora a designação da Europa como o "Velho Mundo" esteja originalmente associada às regiões conhecidas pelos europeus antes da descoberta da América em 1492, a ironia do destino fez com os países que ajudaram a descobrir o mundo no século XV, façam parte no século XXI do mesmo velho mundo, mas por razões diferentes.

A Europa é um continente envelhecido, com as menores taxas de fecundidade do mundo, vivendo no contrassenso de ter a maior esperança média de vida, sem saber muito bem o que fazer com o aumento da longevidade.

Um dos lados das partes interessadas sobre o tema conduzem as pesquisas ao prolongamento da vida humana, do outro lado questionam se faz sentido forçar o aumento do ciclo vital, levando o funcionamento dos órgãos vitais a limites inimagináveis no início do século passado.

> "*A shrinking population is not a problem as long as the younger generation is well qualified and can look forward to good job opportunities in the future*" (Klingholz, 2017, p. 5).

Apesar das vozes dos "velhos do Restelo[70]" teimarem que o envelhecimento é um problema social, existem fortes indicadores nos países mais envelhecidos, do aumento da melhoria da qualidade de vida das populações e do poder da inovação para o bem-estar dos mais velhos e do desenvolvimento de ferramentas tecnológicas que facilitam a vida aos mais novos para cuidarem dos mais velhos.

Teimar que o declínio da população é um problema, talvez não faça sentido quando em bom rigor as gerações "Y","X" e "Z" se encontram melhor apetrechadas que os Baby Boomers para fazer face aos desafios do envelhecimento do século XXI.

Constitui ainda conclusão da revisão da literatura, a existência de países com elevados índices de desenvolvimento humano[71], que apresentam simultaneamente indicadores contraditórios, convivendo no mesmo território níveis de desigualdade social que teimam em manter-se como se fizessem parte da natureza estrutural das sociedades, sem solução.

Deverá ser considerado como ponto de consenso intergeracional que nos próximos anos, as pontes geracionais representam potenciais formas para resolver conflitos entre gerações, proporcionando um

[70] A expressão portuguesa "O Velho do Restelo" é interpretada como símbolo dos pessimistas, dos que não acreditavam no sucesso da epopeia dos Descobrimentos Portugueses, tendo surgido surge na largada da primeira expedição à Índia com avisos sobre a odisseia que estaria prestes a acontecer (Gastão, 2013).

[71] H-Index de 2016.

ambiente para mediação, renegociação e vínculo (Neves & Fernandes, 2016, p. 3).

Não obstante a tendência da redução das coortes mais jovens, os problemas das gerações sociais (Mannheim, 1927, 1928, 1952) poderão ser ultrapassados se a "identidade de localização" das gerações Baby Boomers e Z, flexibilizarem a experimentação de circunstâncias semelhantes orientadas para o mesmo objetivo.

A questão da ponte geracional sugerida por Knipscheer (1988), citado por Neves & Fernandes (2016, p. 2) ao conFigurar na família multigeracional ocidental[72] um link para o reforço dos papéis entre as várias gerações existentes na família, permite a negociação das funções familiares em que os pais têm um papel intermediário nas relações entre avós e netos. Perante o contexto do envelhecimento global da população, sendo expetável um aumento de gerações vivas e uma diversidade de pontes geracionais com sobreposição de papéis e de relações familiares, as transferências geracionais ao nível dos apoios apresentam alterações que implicam o "ajustamento" entre os diversos atores que integram a família multigeracional.

De acordo com a pesquisa efetuada por Attias-Donfut et al. (2005) citado por Neves & Fernandes (2016, p. 3), nos países europeus por exemplo, as transferências intergeracionais são fortemente influenciadas pela posição dos indivíduos no trajeto da vida: as gerações mais jovens são geralmente recetoras de transferências financeiras, enquanto a transferência relacionada com o uso do tempo ocorre simultaneamente entre as gerações mais velhas e as mais jovens.

Coexistindo ainda a crescente diversidade de tipos de famílias, as relações familiares poderão ser afetadas ao nível da solidariedade intergeracional, sobretudo as relacionadas com o apoio às pessoas idosas dependentes (Bengtson, 2001).

De acordo com os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística em Portugal (INE, 2018), os portugueses vivem cada vez mais tempo (Gráfico 18). A esperança média de vida aumentou para 77,6 anos no caso dos homens e para 83,3 anos no caso das mulheres no triénio 2014-2016. Estes valores representam um ganho de 1,44 anos

[72] Segundo George & Gold (1991) citado por Neves & Fernandes (2016, p. 3) a família multigeracional ocidental é caraterizada pela coexistência de pelo menos três gerações.

para os homens e de 1,14 para as mulheres, comparativamente com os valores estimados para 2008-2010.

À nascença, a esperança de vida continua a ser superior para as mulheres, mas a diferença para os homens tem vindo a diminuir, sendo agora de 5,72 anos (face a 6,02 em 2008-2010).

Comparativamente com a Europa[73], Portugal apresenta em 2016 uma Esperança de vida à nascença (EVN) de 81,3 anos e a UE28, 81 anos (Tabela 1). Comparativamente à evolução da EVN no período 2002-2016 verifica-se que o crescimento foi maior em Portugal (PT) de 3,9 anos, registando-se a EVN superior nas mulheres (4,2 anos).

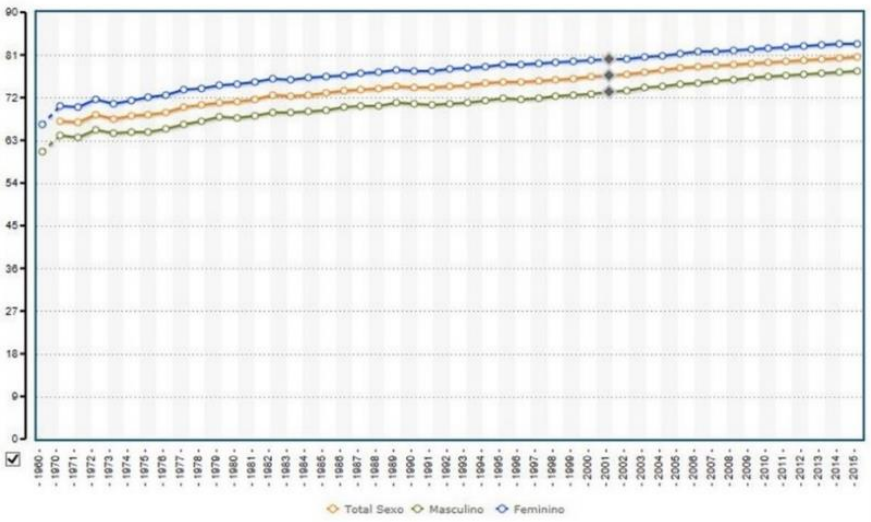
Tabela 1 – Portugal, Evolução da Esperança de vida à nascença (anos) e Esperança de vida aos 65 (anos).

Período	Esperança de vida à nascença (anos)				Esperança de vida aos 65 (anos)			
	HM	H	M	Dif. MH	HM	H	M	Dif. MH
2008 - 2010	79,29	76,17	82,19	6,02	18,59	16,74	20,03	3,29
2009 - 2011	79,55	76,47	82,43	5,96	18,75	16,92	20,20	3,28
2010 -2012	79,78	76,67	82,59	5,92	18,84	16,94	20,27	3,33
2011 - 2013	80,00	76,91	82,79	5,88	18,97	17,07	20,40	3,33
2012 - 2014	80,24	77,16	83,03	5,87	19,12	17,23	20,55	3,32
2013 -2015	80,41	77,36	83,23	5,87	19,19	17,32	20,67	3,35
2014 - 2016	80,62	77,61	83,33	5,72	19,31	17,44	20,73	3,29

Fonte: Elaborado a partir de dados do INE (2017).

[73] A análise comparativa é efetuada na UE 28 países.

Gráfico 18 - Portugal evolução da Esperança de vida à nascença 1960 – 2015.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

No que se refere à Esperança de vida (EV) aos 65 anos era de 0,1 anos em Portugal, superior à da UE28 (20,0 anos). A EV era superior nas mulheres (20,7 anos) em relação aos homens (17,4 anos). Da análise comparativa da evolução da EV65 constata-se que o crescimento foi maior em Portugal, 2.4 anos e na UE19, 2.2 anos. Em relação ao sexo crescimento foi maior nas mulheres, 2.4 anos e nos homens 2.3 anos (Tabela 2, Tabela 3).

> "*Se ha prestado gran atención al descenso de la fecundidad o el aumento de la esperanza de vida. Pero cada uno de tales fenómenos ha recibido mayor o menor atención según los intereses del momento y, en conjunto, el cúmulo de transformaciones es de tal calado que hemos llegado a perder de vista su punto de arranque y su condición de posibilidad: la democratización de la supervivencia mínima necesaria para completar la fase adulta de la vida*." (Pérez Díaz, 2002, p. 11)

O conceito de "maturidade[74]" em relação às sociedades envelhecidas, apesar de não ser considerado um termo técnico na área da demografia, encontra-se associado ao culminar da vida adulta e o prelúdio da velhice.

Tabela 2 - UE19 e Portugal (PT) Evolução da Esperança de vida à nascença (anos), 1960 – 2016.

Anos	Total		Homens		Mulheres	
	UE19	PT	UE19	PT	UE19	PT
1960	sd[75]	64,0	x	61,1	sd	66,7
1975	sd	68,4	x	64,6	sd	72,1
2000	sd	76,8	x	73,3	sd	80,4
2001	x	77,2	x	73,6	sd	80,7
2002	77,7	77,4	74,5	73,9	80,9	80,8
2003	77,7	77,5	74,6	74,2	80,8	80,8
2004	78,4	78,4	75,2	75,0	81,5	81,8
2005	78,5	78,2	75,4	74,9	81,5	81,5
2006	78,9	79,0	75,8	75,5	82,0	82,5
2007	79,1	79,3	76,0	75,9	82,2	82,5
2008	79,4	79,5	76,3	76,2	82,3	82,7
2009	79,6	79,7	76,6	76,5	82,6	82,8
2010	79,9	80,1	76,9	76,8	82,8	83,2
2011	80,2	80,7	77,3	77,3	83,1	83,8
2012	80,3	80,6	77,4	77,3	83,0	83,6
2013	80,5	80,9	77,7	77,6	83,3	84,0
2014	80,9	81,3	78,1	78,0	83,6	84,4
2015	80,6	81,3	77,9	78,1	83,3	84,3
2016	81,0	81,3	78,2	78,1	83,6	84,3

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

[74] Pérez Díaz refere-se na obra "La Madurez de Masas" (2002) à maturidade adquirida no século XX pela sociedade decorrente ao aumento da esperança media, redução da mortalidade e aumento da longevidade. Para o autor a maturidade em massa das sociedades deve ser considerada uma das maiores realizações humanas, talvez com as maiores e positivas consequências futuras para a humanidade. A maturidade para Pérez Díaz (2002) deverá servir de chave concetual para abrir portas à compreensão das profundas transformações demográficas.

[75] Nos anos anteriores a 2002 não existem registos da UE18 da Esperança de vida à nascença e aos 65 anos.

Tabela 3 – UE19 e Portugal (PT), evolução da Esperança de vida aos 65 anos.

Anos	Total		Homens		Mulheres	
	UE19	PT	UE19	PT	UE19	PT
1960	Sd.	13,6	Sd.	12,3	Sd.	14,5
1974	Sd.	13,0	Sd.	11,6	Sd.	14,1
2002	17,8	17,7	15,8	15,7	19,5	19,4
2003	17,8	17,6	15,8	15,7	19,3	19,2
2004	18,3	18,3	16,3	16,3	19,9	20,0
2005	18,3	18,0	16,4	16,1	19,9	19,7
2006	18,7	18,7	16,8	16,6	20,4	20,5
2007	18,9	18,8	16,9	16,8	20,5	20,4
2008	19,0	18,9	17,1	17,0	20,6	20,6
2009	19,2	19,2	17,3	17,2	20,8	20,8
2010	19,4	19,3	17,5	17,2	21,0	21,0
2011	19,6	19,9	17,7	17,8	21,3	21,6
2012	19,5	19,6	17,7	17,6	21,1	21,3
2013	19,7	19,9	17,9	17,8	21,3	21,6
2014	20,0	20,2	18,2	18,1	21,6	21,9
2015	19,7	20,0	17,9	18,0	21,2	21,7
2016	20,0	20,1	18,2	18,0	21,6	21,8

Legenda: (Sd.) sem dados

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Quando Pérez Díaz (2002) refere que só a maturidade rompe a atração pelo futuro e permite fazer o balanço da vida, avaliar se as expetativas se cumpriram, no plano das relações intergeracionais e num contexto de conflito, é usual os mais velhos utilizarem a experiência de vida como argumento para "vencer" a discussão com os mais jovens.

Apesar do estatuto da maturidade estar definido aos 50 anos e com o limite da idade de fecundidade das mulheres, independemente existirem fatores psicológicos que influenciam o desenvolvimento do individuo e suportes familiares que conduzem a uma maturidade precoce, considerando-se que a maturidade está revestida do saber, da

experiência de vida, alienar da discussão sobre o futuro os mais jovens, quando o futuro dos mais velhos depende destes, pode ser útil para ambas as partes a negociação dos termos do contrato de solidariedade intergeracional (Albuquerque, 2017)

Existe uma vasta literatura que identifica a Transição Demográfica como um fenómeno que afetou a dinâmica populacional (Barricarte, 2008), contribuindo para a verticalização da família através do aumento do número de gerações vivas, bem como influenciou a maturidade da família e agregado familiar, considerando-se por isso que a maturidade revolucionou a dinâmica demográfica.

Contudo, a maturidade das sociedades mais envelhecidas, nas quais se debate as diferentes formas de solidariedade, formais, informais, públicas ou privadas em resposta à desagregação global dos elos sociais, têm em cima da mesa as inúmeras adendas ao "contrato de solidariedade" de Ewald (1986) e Attias-Donfut (1995).

> "*Aunque sus límites de edad son imprecisos, y pueden ser muy diversos tanto en las personas concretas que componen una población como en diferentes momentos y lugares, algunas características de la madurez son, además, bastante universales: la parte de la vida que la antecede es una fase de construcción, de acumulación, de esfuerzo por cumplir ante las propias expectativas y las de los demás; para desarrollar esa parte de la vida hace falta tiempo y ese tiempo, como ocurre con todas las cosas de las que se puede decir que maduran, es limitado, no puede estirarse indefinidamente, lo que hay que hacer debe hacerse en su momento*" (Pérez Díaz, 2002, p. 12).

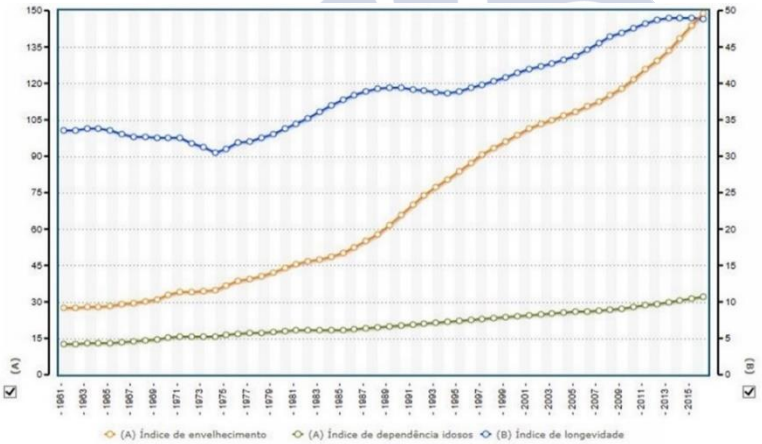
De acordo com Pérez Díaz (2002, p. 123) é mais importante analisar a maturidade das populações do que o seu envelhecimento, sendo possível fazer uma avaliação mais positiva do que as recentes transformações demográficas, incluindo a própria mudança da estrutura de idades. A alteração pode ser entendida como a reestruturação do tempo de vida em que as diferentes gerações coexistem simultaneamente.

Segundo esta perspetiva, a análise dos indicadores do envelhecimento (Gráfico 19), deve merecer uma visão mais abrangente

sobre as mais valias das estatísticas "amadurecidas" das investigações realizadas, avaliando-se o impacto na melhoria efetiva do bem-estar das populações.

A tradução de qualquer expressão para outra língua comporta riscos. Traduzir "*madurez de massas*" para Português poderá ter duplo significado. O primeiro pode ter uma correspondência negativa associada ao desgaste decorrente do envelhecimento, velho, obsoleto, antiquado, ligada à perda da funcionalidade. O segundo significado da maturidade, por oposição, poderá estar associado ao último estágio de desenvolvimento, sinónimo de máximo da plenitude, elevado grau de experiência. Salvaguardados dos erros da tradução, encontramos na literatura sobre o envelhecimento, defensores dos efeitos positivos para a sociedade, e outros que teorizam o caos, sendo que em qualquer uma das correntes, a maturidade demográfica está associada ao reequilíbrio social entre as diferentes idades (Pérez Díaz, 2002, pp. 114-118).

Gráfico 19 - Portugal, evolução dos indicadores do envelhecimento (índice de envelhecimento, índice de longevidade e índice de dependência de pessoas idosas, 1961-2015.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Ignorar que a maturidade adquirida pelas sociedades mais envelhecidas tem tido um impacto positivo também nos jovens, depois do crescimento económico que ocorreu a seguir à II GM que permitiu melhorar o acesso universal à saúde à educação, alterando de forma

significativa os padrões de vida da família, é negar os efeitos da maior conquista da história da humanidade.

Todas as mudanças na sociedade implicam um reequilíbrio social entre diferentes idades. A vida humana é composta por várias etapas, nas quais se inclui o envelhecimento, existindo diferentes fases influenciadas mutuamente pelas relações que se estabelecem, considerando-se conveniente rever os preconceitos sobre as idades e observar com maior interesse para o futuro repleto de novos recursos.

Um dos grandes argumentos que serve de base para contrariar os profetas de desgraça do envelhecimento Demográfico está relacionado com os ganhos de qualidade de vida das populações, encontrando-se na análise do bem-estar, devido à sua própria complexidade, um ponto de encontro para muitos campos do conhecimento (Dopico & Losada, 2007, p. 171).

A discussão sobre a evolução dos níveis de vida e as desigualdades tem acompanhado o desenvolvimento das sociedades desde a revolução industrial, encontrando-se presente na agenda 2030 (UNPD, 2017) a necessidade de contrariar alguns indicadores que colocam em causa a efetiva qualidade de vida dos países com maiores índices de envelhecimento.

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (PNUD) nos últimos 25 anos, a humanidade tem obtido resultados notáveis no desenvolvimento, mas milhões de pessoas continuam sendo ignoradas. Segundo o PNUD, é urgente dedicar mais atenção aos grupos isolados e adotar ações ativas para eliminar barreiras, para que o desenvolvimento beneficie todas as pessoas. De acordo com o IDH[76], o nível médio de desenvolvimento em todas as regiões registrou um salto de desenvolvimento entre 1990 e 2015. Porém, um terço da população global ainda vive sob um nível de desenvolvimento baixo.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável estabelece um plano de ação universal para alcançar o desenvolvimento sustentável de maneira equilibrada e procura da realização dos direitos humanos de todas as pessoas (Ilustração 30). Apela a não deixar ninguém para trás e a assegurar que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) sejam cumpridos para todos os segmentos da

[76] Abreviatura de Índice de Desenvolvimento Humano.

sociedade, em todas as idades, com um enfoque particular nos mais vulneráveis, incluindo as pessoas idosas.

Ilustração 30 – Agenda 2030 – UNPD.



Fonte: Elaborado a partir de UNPD (2016).

Talvez esta preocupação de não deixar ninguém para traz, tendo como mentores as sociedades que amadureceram com a experiência do envelhecimento (Pérez Díaz, 2002), conduza a uma nova abordagem sobre o envelhecimento, concentrando-se a energia dos mais novos com a experiência de vida dos mais velhos, em soluções de desenvolvimento sustentável das sociedades verdadeiramente transformadoras e inclusivas.

A dificuldade de estabelecer medidas precisas de rendimento e a sua distribuição orientou as investigações da história económica para a procura e análise de variáveis de substituição destinadas a medir o nível de prosperidade e satisfação de uma população.

Por mais que os manuais de economia insistam na natureza objetiva do rendimento per capita, a sua obtenção depende de procedimentos de avaliação complexos e questionáveis e, além disso, segundo o ditado "*Nem só de pão o Homem viverá*[77]". O homem vive, é algo mais que uma metáfora popular religiosa. Obrigada a analisar a evolução económica de longo prazo, o historiador sabe que ela é inseparável das mudanças demográficas, sociais e institucionais e das construções mentais coletivas (Dopico & Losada, 2007, p. 22).

A mortalidade infantil e a esperança de vida, quando comparado com outros indicadores, parecem ser bons indicadores da qualidade de vida do processo de transição para as sociedades desenvolvidas. Refletem o estado da morbilidade[78] total da população, evitando a frequente distorção com outras fontes, como por exemplo, a estrutura real dos salários, facilitando comparações transversais. São indicadores sociais que não só sintetizam o bem-estar material como também a reação do organismo humano ao ambiente ecológico e cultural. Contudo, são indicadores que não devem ser mitificados, anulando a importância de outros indicadores que permitem avaliar a qualidade do bem-estar das populações (Dopico & Losada, 2007, p. 23). Dada a caraterística multidimensional do bem-estar e as lacunas existentes em termos da medição (Stiglitz et al., 2009, pp. 14-18), sugeriram um conjunto de recomendações (Tabela 4) apresentadas no relatório da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e Desenvolvimento Social (CMEPSP[79]), referindo a necessidade de ser distinguida a avaliação do bem-estar e a sustentabilidade das sociedades. Nos anos subsequentes à crise de 2008 o relatório CMEPSP surge na literatura no domínio do bem-estar, enquadrando-se as recomendações 2, 5 e 6 nas principais referências teóricas para a elaboração do presente estudo.

[77] Versículo Bíblico (Mateus 4.4)

[78] Taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

[79] Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (2009).

Tabela 4 – Recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e Desenvolvimento Social (CMEPSP, 2009).

Recomendação 1	Quando avaliar o bem-estar material, em vez da produção, observe os rendimentos e o consumo.
Recomendação 2	Dar enfase à perspetiva da família.
Recomendação 3	A riqueza deve ser analisada em conjunto com as receitas e o consumo.
Recomendação 4	Dar maior destaque à distribuição dos rendimentos, consumo e riqueza.
Recomendação 5	Utilizar as atividades não mercantis para a medição do rendimento.
Recomendação 6	A medição da qualidade de vida depende de condições e capacidades objetivas das pessoas. Devem ser tomadas medidas para melhorar o apoio da saúde, educação, atividades pessoais e condições ambientais. Em particular, devem ser implementadas medidas para prever a satisfação com a vida, dedicando-se esforços substanciais no desenvolvimento e implementação de medidas robustas, confiáveis, nas relações sociais, garantindo a participação política das pessoas.
Recomendação 7	As dimensões dos indicadores da qualidade de vida devem avaliar de forma abrangente as desigualdades.
Recomendação 8	As pesquisas devem ser elaboradas para avaliar as relações existentes entre as pessoas e os vários domínios da qualidade, utilizando-se a informação obtida para a Elaborado das políticas nos vários domínios.
Recomendação 9	As entidades responsáveis pela Elaborado da estatística devem fornecer informações que agreguem as várias dimensões da qualidade de vida, de forma a permitir a construção de diferentes indicadores estatísticos.
Recomendação 10	As medidas de bem-estar objetivo e subjetivo fornecem informações importantes sobre a qualidade de vida das pessoas. As entidades responsáveis pela Elaborado da estatística devem priorizar nos relatórios a introdução de questões que permitam avaliar o prazer das pessoas com a vida.
Recomendação 11	A avaliação da sustentabilidade das sociedades requer que os indicadores estejam bem identificados. Os índices de natureza monetária sobre a sustentabilidade sobre o "Estado da Arte" devem focar essencialmente as dimensões económicas da sustentabilidade.

Fonte: Elaborado a partir de Stiglitz et al., (2009, pp. 12-18).

De acordo com (Stiglitz et al., 2009, p. 13), apesar da importância do acompanhamento do desenvolvimento da economia como um todo, a tendência no padrão de vida material das pessoas devem ser melhor acompanhadas através da análise das medidas do rendimento e das famílias. Não obstante dos dados disponíveis da OCDE apresentarem

um crescimento do PIB per capita, o crescimento dos rendimentos das famílias teve uma variação distinta

A qualidade de vida inclui uma diversidade de fatores que fazem a vida valer a pena, incluindo aqueles que não são negociados nos mercados e que não se encontram enquadrados por medidas monetárias.

> "*Un país puede tener excelentes índices de ingreso "per cápita", esperanza de vida y escolarización y, al mismo tiempo, fuertes restricciones, legales o fácticas, para el ejercicio de los derechos Individuales*" (Dopico & Losada, 2007, p. 3).

Os indicadores não monetários têm um papel importante para a avaliação do desempenho e medição do progresso social (Stiglitz et al,. 2009, pp. 14-16). Dão enfase à questão das várias dimensões objetivas e subjetivas do bem-estar que influenciam a qualidade de vida que envolvem: padrão de vida material (associado ao rendimento, consumo e riqueza) saúde, educação, atividades sociais incluindo o trabalho, participação Política, relações sociais, amizades, condições ambientais e insegurança (de natureza económica e física).

Estas dimensões, embora não substituam os indicadores económicos convencionais, oferecem uma oportunidade para enriquecer a discussão das políticas, transmitindo a visão das pessoas sobre as condições das comunidades onde vivem, constituindo-se num referencial teórico para o estudo do bem-estar das populações.

Os indicadores da qualidade de vida devem informar sobre as desigualdades existentes nas experiências individuais. Esta questão é importante, na medida em que o progresso social não só depende das condições de cada país, mas também das desigualdades existentes nas condições de vida das pessoas. Contabilizar a diversidade de experiências (por gênero, entre grupos e gerações) permite preencher a lacuna entre as estimativas nacionais e os sentimentos das pessoas sobre suas próprias condições de vida. A desigualdade em cada uma das dimensões da qualidade de vida é significativa em si mesma, devendo evitar-se a presunção de que qualquer dimensão única abrangerá sempre todas as outras. Por sua vez, as ligações entre as várias dimensões da

qualidade de vida, também pode fortalecer mutuamente as desigualdades existentes.

> "*The U-index, i.e. the proportion of one's time in which the strongest reported feeling is a negative one, requires collecting information on emotional experiences during specific episodes through existing time-use surveys*" (Stiglitz et al., 2009, p. 217)

Os esforços para a quantificação do bem-estar iniciados pelos economistas do século XVIII, desenvolvidos por Condillac, Quesnay, Benthan, Jevons & Edgeworth, William Rowan Hamilton, Samuelson, Smith, citados por Dopico & Losada (2007, p. 169), não podem ser deseperdiçados, desvalorizando-se o conhecimento adquirido dois séculos sobre a conceptualização e medição do bem-estar e qualidade de vida.

Os alertas do Prémio Nobel Paul Krugman (2008) sobre a idoneidade do PIB como instrumento de medição, por não refletir adequadamente as mudanças que afetam o bem-estar, não permitindo uma comparação adequada da qualidade de vida em diferentes países, devem servir de guião na elaboração de estudos que visem desenvolver soluções que permitam acabar com as desigualdades sociais.

A abordagem teórica de Sen (1998) com vinte anos de reflexões empiricas sobre a a utilidade dos indicadores que definem o padrão de vida, deveria ser visivel nos atuais indicadores estatisticos do bem-estar das populações.

A leitura de alguns indicadores da população dos países da Zona Euro[80], estabelecendo-se por exemplo uma comparação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países considerados com desenvolvimento humano muito elevado e o indicador da população em risco de pobreza (Tabela 5, Tabela 6), poderá suscitar algumas dúvidas em relação à efetiva maturidade das sociedades, verificando-se a manutenção de pessoas com rendimento monetário abaixo do limiar de risco de pobreza.

[80] Para efeitos das análises comparativas dos indicadores estatísticos considerou-se como marco o ano de 2000 e os 19 países que integram a Zona Euro.

O exemplo da comparação entre 2004 e 2016 da evolução em Portugal do Índice de Bem-Estar (Tabela 7), com referência a 2004, permite constatar que apesar do crescimento de 23,7% no período, o Índice das Condições Materiais de Vida registou uma quebra de 8.4%, enquanto que o Índice de Qualidade de Vida aumentou 37,4%.

Por sua vez, resulta da análise dos diversos indicadores de cada um dos Índices, variações significativas que permitem concluir que a análise do comportamento do índice de Bem-Estar deve ser segmentada por áreas (Tabela 8, Gráfico 20).

Tabela 5 – Análise comparativa Índice de Desenvolvimento Humano e População Total em risco de Pobreza, países da Zona Euro, 2015.

País	Classificação IHD (2015)	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	País da Zona Euro	População total em risco de pobreza (2015)
Alemanha	4	0,926	Grécia	35,7
Países Baixos	7	0,924	Letónia	30,9
Irlanda	8	0,923	Lituânia	29,3
Luxemburgo	20	0,898	Chipre	28,9
França	21	0,897	Itália	28,7
Bélgica	22	0,896	Espanha	28,6
Finlândia	23	0,895	Portugal	26,6
Áustria	24	0,893	Irlanda	26,0
Eslovénia	25	0,890	Estónia	24,2
Itália	26	0,887	Malta	22,4
Espanha	27	0,884	Bélgica	21,1
Grécia	29	0,866	Alemanha	20,0
Estónia	30	0,865	Eslovénia	19,2
Chipre	33	0,856	Luxemburgo	18,5
Malta	33	0,856	Eslováquia	18,4
Lituânia	37	0,848	Áustria	18,3
Eslováquia	40	0,845	França	17,7
Portugal	41	0,843	Finlândia	16,8
Letónia	44	0,830	Países Baixos	16,4

Fonte: Elaborado a partir de PNUD(2016) e Eurostat.

Tabela 6 - Análise comparativa da % de população em risco de pobreza com 65 e mais aos e taxa de desemprego da população com mais de 55 anos da Zona Euro em 2016.

País Zona Euro	% da Pop. Risco de Pobreza com 65 e mais anos	Taxa de desemprego, grupos etários (55 a 59 + 60 a 64 anos)	Ano de Adesão à EU
Letónia	42,1	17,2	2004
Estónia	37,0	15,5	2004
Lituânia	36,0	15,4	2004
Malta	23,7	3,8	2004
Grécia	22,8	37,8	1981
Portugal	21,7	21,7	1986
Chipre	20,8	23,1	2004
Eslovénia	20,2	13,5	2004
Itália	19,9	11,2	1958
Alemanha	17,2	7,9	1958
Irlanda	16,5	12,3	1973
Bélgica	16,2	10,2	1958
Finlândia	14,5	14,9	1995
Áustria	14,0	9,0	1995
Espanha	13,7	33,6	1986
Eslováquia	12,8	15,8	2004
França	9,3	14,6	1958
Luxemburgo	8,2	5,4	1958
Países Baixos	6,1	14,9	1958

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Os rendimentos médios, consumo e riqueza apesar de serem indicadores estatísticos significativos, não refletem toda a história sobre os padrões de vida das pessoas (Stiglitz et al., 2009, p. 15). Por exemplo, um aumento no rendimento médio pode ser partilhado de forma desigual entre vários grupos, deixando algumas famílias em pior situação do que outras.

Nestes termos, as medidas aplicadas sobre o rendimento médio consumo e riqueza devem ser acompanhadas de indicadores que reflitam a sua distribuição entre as pessoas. Em termos reais, uma família com baixos rendimentos com riqueza acima da média não é necessariamente pior do que uma família de rendimentos médios sem riqueza (Stiglitz et al., 2009, pp. 16-17)

Tabela 7 - Portugal, Índice Global de Bem-Estar e Índice de Condições Materiais de Vida - 2004 a 2016.

Anos	Índice global de bem-estar	Índice condições materiais de vida			
		Total	Bem-estar económico	Vulnerabilidade económica	Trabalho e Remuneração
2004	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2005	102,1	98,7	101,4	100,1	94,7
2006	104,1	99,0	102,8	99,3	94,9
2007	103,9	96,8	104,9	92,2	93,2
2008	105,0	95,9	105,1	90,9	91,6
2009	106,4	96,1	108,4	90,3	89,4
2010	107,3	94,9	108,3	93,5	82,8
2011	108,6	89,1	106,0	85,8	75,5
2012	107,7	84,8	103,2	80,0	71,1
2013	111,3	83,3	103,8	76,0	70,0
2014	115,3	84,7	105,8	77,1	71,2
2015	119,1	88,3	107,7	83,3	73,7
2016	123,7	91,6	109,8	89,9	75,1
Variação 2004/2016	**23,7**	**-8,4**	**9,8**	**-10,1**	**-24,9**

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

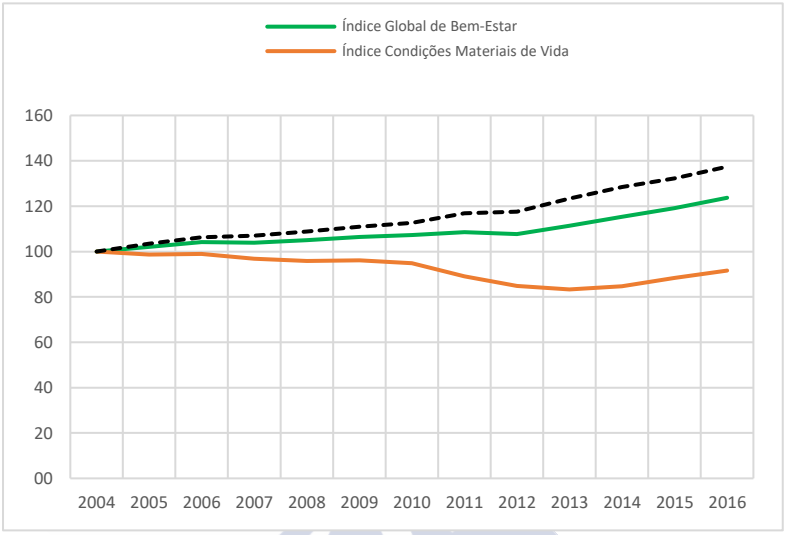
Tabela 8 - Portugal, Índice Global de Bem-Estar, Índice de Qualidade de Vida, 2004 a 2016.

Anos	Índice Global de Bem-Estar	Índice Qualidade de Vida							
		Total	Saúde	Balanço vida-trabalho	Educação, conhecimento e competências	Relações sociais e bem-estar subjetivo	Participação cívica e governação	Segurança pessoal	Ambiente
2004	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2005	102,1	103,5	107,3	102,5	100,4	99,7	104,0	108,3	102,5
2006	104,1	106,3	111,6	106,1	111,2	99,3	105,3	104,0	106,9
2007	103,9	107,0	113,7	109,4	114,9	96,4	101,8	109,2	103,3
2008	105,0	108,8	118,0	109,2	128,1	93,5	99,7	101,4	112,0
2009	106,4	110,9	118,7	110,0	138,8	96,1	95,9	103,3	113,2
2010	107,3	112,7	127,6	110,8	138,4	98,5	91,0	102,7	119,5
2011	108,6	116,9	124,7	112,4	159,5	98,2	93,5	107,4	122,8
2012	107,7	117,6	125,2	111,7	163,4	97,7	96,0	102,4	126,3
2013	111,3	123,3	128,4	111,5	177,5	98,0	115,6	105,6	126,8
2014	115,3	128,4	122,5	111,5	187,5	97,4	134,8	113,6	131,7
2015	119,1	132,3	122,9	113,7	203,3	97,4	147,6	112,3	128,8
2016	123,7	137,4	125,5	114,6	213,5	97,6	148,2	130,8	131,5
Var 2004-2016	**23,7**	**37,4**	**25,5**	**14,6**	**113,5**	**-2,4**	**48,2**	**30,8**	**31,5**

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

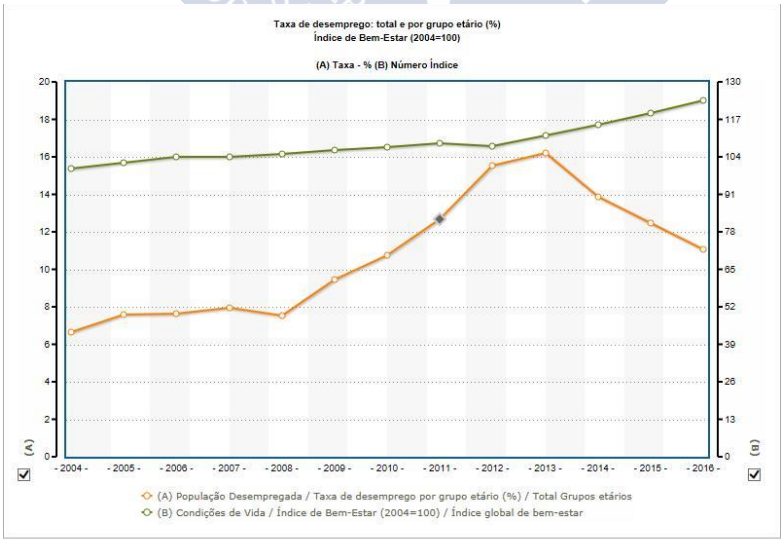
Outro exemplo que poderá suscitar algumas dúvidas sobre a relação dos indicadores estatisticos com a qualidade de vida real das pessoas, poderá ser obtido através da comparação da evolução em Portugal da Taxa de Desemprego Total e o Índice de Bem-Estar (Gráfico 21). Existindo no mesmo período um aumento do desemprego de 6,6% para 16,2% e o aumento do Índice Global de Bem-Estar de 11,2%, a compreensão da relação entre estes dois indicadores carece de informação adicional no sentido de ser estabelecida relação.

Gráfico 20 - Portugal, análise comparativa da evolução do Índice Global de Bem-Estar, Índice de Qualidade de Vida Índice de Condições Materiais de Vida, 2004 – 2016.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Gráfico 21 – Portugal, análise comparativa da evolução da Taxa de Desemprego, total e por grupo etário e Índice de Bem-Estar, 2004 a 2016.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

A questão da teorização relacionada com a utilidade dos indicadores estatísticos efetuada por Sen (1998), acrescida da linha de pensamento de Krugman (2008) de oposição às Políticas de austeridade, defendendo que a poupança não se transforma em investimento, complementada pelo paradoxo de Deaton (2015) ao demonstrar que as alterações bruscas de rendimento não tem efeitos diretos no consumo, entre outras abordagens teóricas, sustentam inúmeros artigos sobre a qualidade de vida e bem estar das populações, apresentando o mesmo epicentro; pobreza e desigualdade social.

Considerando-se inquestionável a importância da estatística enquanto ferramenta que permite monitorizar entre vários temas, a população, condições de vida, rendimentos das famílias, emprego, mercado de trabalho e proteção social, representados no Eurostat por 92 indicadores, pode fazer sentido o investigador questionar a utilidade efetiva dos indicadores na melhoria da qualidade de vida das populações.

> *"For a long time, economists have assumed that it was sufficient to look at people's choices to derive information about their well-being, and that these choices would conform to a standard set of assumptions. In recent years, however, much research has focused on what people value and how they act in real life, and this has highlighted large discrepancies between standard assumptions of economic theory and real-world phenomena".* (Stiglitz et al., 2009, p. 43).

4.8 O Envelhecimento e os Cuidados de Longa Duração

A teoria da segunda Transição Demográfica desenvolvida nos anos oitenta com os trabalhos de Lesthaeghe e Van de Kaa (1986, 1987, 2003), é referida na literatura das mudanças ocorridas no final dos anos 60 em vários países da Europa Ocidental e Norte da Europa, inter-relacionadas com a fecundidade, a formação da família e comportamentos dos casais.

A queda da taxa de nupcialidade, o aumento da idade do primeiro casamento, o aumento da coabitação, o aumento dos divórcios a redução do número de novos casamentos, o declínio da taxa de fecundidade, o aumento da fecundidade extraconjugal, o aumento das necessidades de "ordem superior", a diminuição da participação cívica e comunitária, o aumento da igualdade de sexo, a autonomia económica feminina a organização flexível do percurso de vida, entre outros mudanças, definem a II transição demográfica.

Estas alterações estreitamente relacionadas com a vida familiar, produziram o enfraquecimento da família "tradicional" enquanto instituição dando origem no século XXI a alterações nas relações entre gerações e na solidariedade económica familiar (Barricarte, 2008, pp. 42-45).

O processo do envelhecimento das sociedades é constituído por três fatores. O primeiro existe um crescimento da população com 65 e mais anos, o segundo um aumento absoluto do número de pessoas idosas e o terceiro o aumento da esperança de vida ao nascer. Estes três fatores encontram-se presentes em toda a europa. O envelhecimento Demográfico produziu nas sociedades várias alterações, existindo a preocupação e a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas entre a família e os sistemas formais (Murphy, 2011, p. 58)

O envelhecimento Demográfico é uma tendência a longo prazo que começou há várias décadas na Europa. Esta tendência é visível nas transformações da estrutura de idades da população, traduzindo-se numa percentagem crescente de pessoas idosas juntamente com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total.

As alterações nas estruturas familiares desenvolvem-se em paralelo ao envelhecimento das sociedades. Combinadas com estas transformações o impacto de mudanças sociais e tecnológicas mais

amplas, a migração interna e externa, as mudanças de direção da política social, obrigam a analisar e questionar os padrões mais tradicionais de solidariedade intergeracional familiar e a enfocar também as necessidades dos cuidadores.

De acordo com o relatório da OCDE de 2011, no futuro é expetável a existência do aumento de pressões nos sistemas de cuidados de longa duração (CLD), devido pelo menos a quatro fatores (Ilustração 31).

Ilustração 31 – Fatores de pressão dos Cuidados de Longa Duração.

Fatores	Descrição
Aumento da procura	Apesar da velocidade de envelhecimento das populações variarem consideravelmente entre os países, não obstante as incertezas sobre a futura tendência do grau de deficiência na população, as transformações demográficas aumentarão a procura por serviços de CLD em todas as sociedades.
Diminuição dos cuidadores familiares	Os modelos sociais encontram-se em constante mudança. O declínio do tamanho da família, as mudanças nos padrões residenciais das pessoas com deficiência e aumento da participação feminina no mercado de trabalho formal, a literatura admite um declínio na disponibilidade dos cuidadores familiares para apoiarem as pessoas com dependência, dando origem a um aumento ds necessidade de cuidados pagos.
Aumento das exigências da qualidade dos serviços	À medida que as sociedades se tornam mais ricas, os indivíduos exigem sistemas de assistência social de melhor qualidade e mais responsivos. As pessoas querem sistemas de cuidados que sejam orientados para o utente[81] e que possam fornecer serviços de atendimento bem coordenados.
Mudança tecnológicas	Os avanços da tecnologia indicam uma direção do aumento dos serviços de cuidados de longo prazo realizados no domicílio, prevendo-se uma organização diferente dos cuidados.

Fonte: Elaborado a partir de OECD (2011).

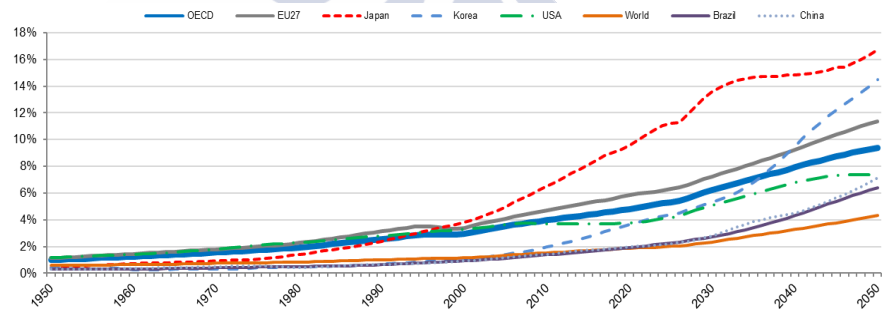
Estes fatores teoricamente criarão um aumento da pressão sobre a procura dos serviços de cuidado de longo prazo. Ainda de acordo com o relatório da OECD (2011), prevê-se um aumento da pressão sobre a melhoria da prestação de serviços de assistência e o respetivo desempenho, sendo expetável o aumento do custo dos serviços dos cuidados de longa duração prestados às pessoas com dependência.

[81] A expressão utente pode também ser substituída por cliente o ou paciente, dependendo do contexto em que é utilizada.

Os serviços de cuidados a longo prazo terão de responder de forma mais rápida e diferente às crescentes necessidades das sociedades em envelhecimento e às inevitáveis consequências financeiras. Um passo crítico na análise desses problemas é adotar uma abordagem empírica, enfocando diversos contextos sociais, familiares e culturais (Murphy, 2011, p. 60)

Nas próximas décadas, o envelhecimento das pessoas idosas com mais de 80 anos nos países da OCDE, registará um crescimento sem precedentes (Gráfico 22). Em 1950, menos de 1% da população mundial tinha mais de 80 anos. Até 2050, as previsões indicam que deverá atingir 4%. O aumento mais importante é esperado para os países da OCDE, onde, até 2050, quase 10% da população total será muito velha (percentagem comparada a 1% registada em 1950).

Gráfico 22 – Crescimento da população com mais de 80 anos, 1950 a 2050.



Fonte: Elaborado a partir de OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

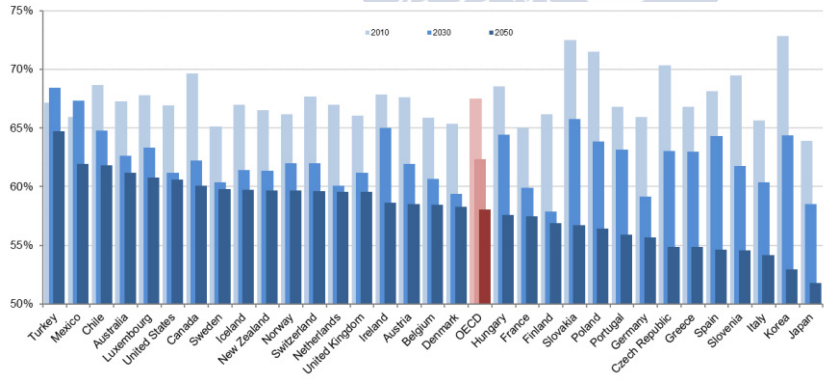
O crescimento das pessoas idosas com mais de 80 anos afetará a futura procura dos cuidados de longo prazo. Embora existam teorias diferentes sobre as relações esperadas entre o envelhecimento das sociedades e a necessidade de cuidados das pessoas idosas, todas sugerem um aumento (Sturm et al., 2004; Lafortune et al., 2007; Bernd et al., 2009, citado em OCDE, 2011). As principais diferenças nas pesquisas realizadas dizem respeito às expectativas quanto à quantidade e intensidade do aumento, bem como ao momento em que se verifica a necessidade de cuidados.

A literatura sobre o envelhecimento das sociedades prevê também que seja afetada a potencial oferta de indivíduos disponíveis para realizar serviços de cuidados de longo prazo remunerados e não remunerados. Na média dos países da OCDE, o tamanho da população em idade ativa em relação à proporção da população total prevê-se que diminua cerca de 9 pontos percentuais, alterando de 67% em 2010 para 58% até 2050 (Gráfico 23).

Por sua vez, prevê-se a diminuição até 2050 do grupo potencial dos familiares cuidadores de pessoas idosas (OECD, 2011). Enquanto que em 2010 a proporção média da população da OCDE com idade compreendida entre 65 e 79 anos, era da ordem dos 10%, apesar do aumento previsto de 15% em 2050, este acréscimo não será suficiente para compensar a redução relativa prevista em relação ao número de pessoas em idade ativa.

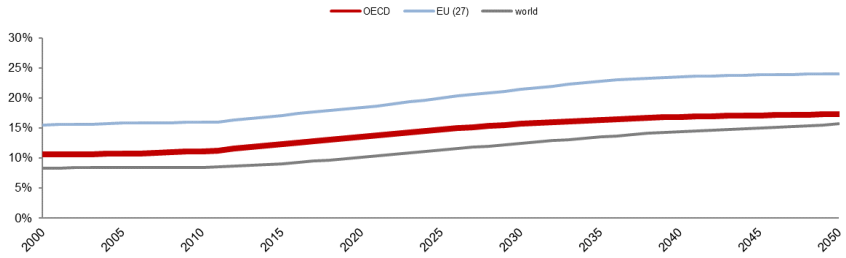
Prevê-se ainda que nos países da OCDE até 2050 triplique o número de pessoas com mais de 80 anos por 100 habitantes, aumentando dos 4% em 2010 para cerca de 12 % (Gráfico 24, Gráfico 25). Confirmando-se esta tendência prevê-se a queda das contribuições sociais da população trabalhadora, bem como o número de pessoas disponíveis para prestar apoio direto aos necessitados (OCDE, 2011).

Gráfico 23 - Percentagem das populações em idade ativa, 2010 a 2050.



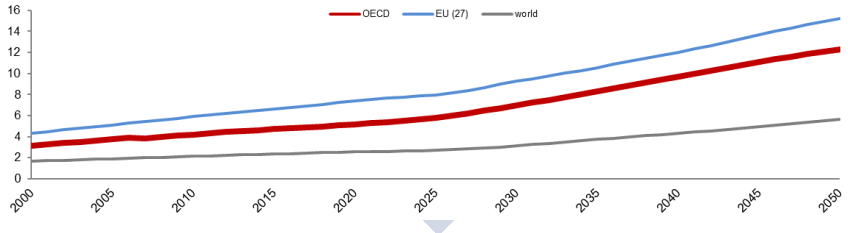
Fonte: Elaborado a partir de OECD Labour and Demographic Database, 2010.

Gráfico 24 – Evolução da % da população 65 – 79 anos na OCDE, 2000 a 2050.



Fonte: Elaborado a partir de OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

Gráfico 25 – Evolução do ratio da dependência da População com mais de 80 anos por 100 habitantes de 2000 a 2050.



Fonte: Elaborado a partir de OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

4.9 A Projeção dos Cuidados Informais na OCDE

De acordo com Jenkins et al. (2003) citado por OCDE (2011), o declínio do tamanho da família, o aumento da falta de filhos, a mudança de condições de vida, a diminuição da co-residência d as pessoas idosas com os filhos e família, o aumento dos divórcios, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho formal, a redução da falta de disposição para cuidar das pessoas idosas da família, são fatores que poderão ter implicações na redução ao nível dos cuidadores familiares até 2050.

> *"UK projections estimate that changes in marital status and demographics will increase the numbers of people providing care to older parents by 27.5% by 2041, but to keep the pool of carers constant in relative terms, the number of informal carers of working age would have to nearly double. This indicates that the number of potential informal carers could increase at a slower pace than the number of elderly dependent, leading to a reduction of potential available family carers per dependent person" (*Pickard, 2008, citado por OCDE, 2011).

As projeções realizadas por Gaymu et al. (2008, pp. 5-11), citadas por OCDE (2011) realizadas em nove países europeus sobre a população dependente sem cuidadores familiares, indicam que aumentará muito mais lentamente, comparativamente com outras populações dependentes que tenham apoio familiar, podendo manter-se estável ou diminuir.

Esta perspetiva é impulsionada não apenas pela diminuição do número de mulheres idosas sem parceiros, mas também pelo facto de até 2030, um número relativamente menor de pessoas idosas sem filhos. Apesar da família ter diminuído, o estudo revela que nas décadas de 1930 a 1940 houve mais mulheres casadas com filhos.

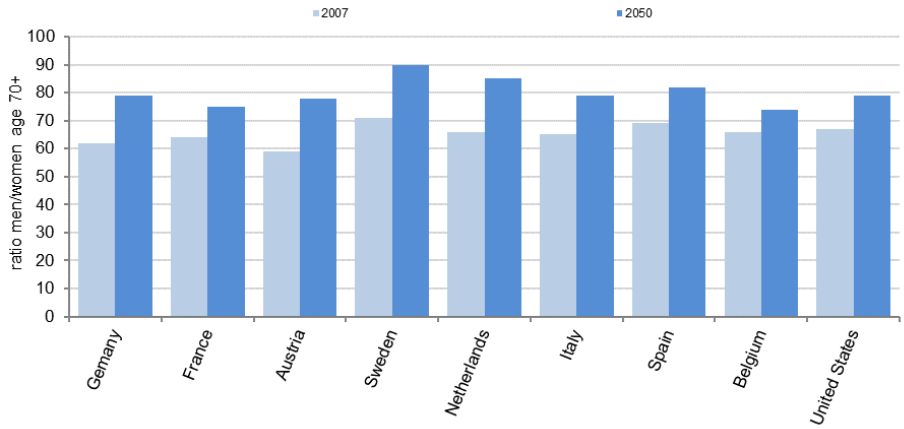
O aumento da oferta de apoio às pessoas idosas dependentes segundo Keefe et al. (2007) citado pela OCDE (2011) é improvável que compense plenamente o declínio dos cuidadores.

Em virtude das coortes nascidas desde a década de 1950 terem menos filhos, existir maior número de divórcios, menos casamentos,

prevendo-se ainda um aumento significativo da proporção de mulheres com 85 anos ou mais, sem filhos, as projeções demográficas de longo prazo permanecem incertas. Por sua vez, prevê-se o aumento da probabilidade da prestação do apoio aos casais mais velhos, na medida em que tendencialmente as pesquisas referem que ambos os cônjuges têm problemas de saúde. Acresce ainda a constatação dos homens quando são confrontados com a dificuldade em apoiar cônjuges dependentes, são mais propensos a procurar o apoio do sistema de cuidados formais, em vez de serem cuidadores.

A redução no número de cuidadores familiares será parcialmente compensada por outros fatores. O aumento da esperança de vida dos homens, prevê-se que tenha implicações da maior co-sobrevivência dos cônjuges, aumentando a probabilidade de as pessoas idosas viverem no futuro com um parceiro, sendo expetável uma maior disponibilidade ao nível do apoio familiar. O estudo refere ainda que as pessoas idosas dependentes que vivem em casal, são menos propensas a confiarem nos cuidados formais ou mudarem-se para uma instituição (SHARE, 2018).

Gráfico 26 – Evolução do Ratio homem/mulher com mais de 70 anos, 2007 a 2050.



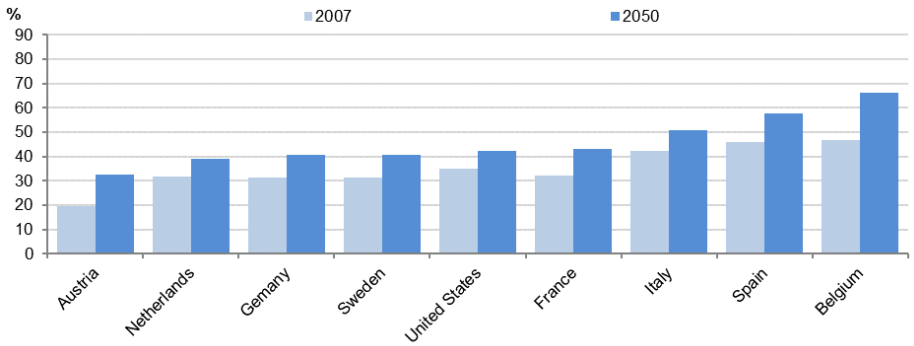
Fonte: Elaborado a partir de OECD (2011) calculations based on population projections.

As projeções da OCDE (2011) ilustram até que ponto a maior disponibilidade de cônjuges pode mitigar o declínio previsto, ao nível da disponibilidade dos cuidados familiares às pessoas idosas.

Com os ganhos da esperança de vida alcançados na última década, registado particularmente nos homens, a literatura sugere a existência da redução do número de mulheres solteiras (Gráfico 27).

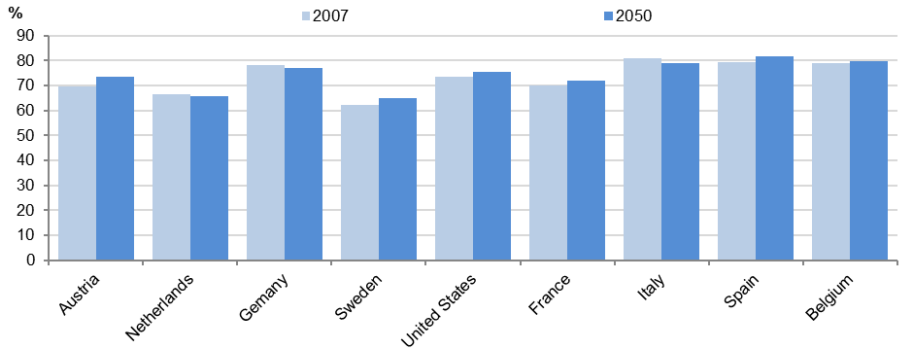
Sendo maior a sobrevivência dos homens ao longo do tempo, a proporção de homens em relação às mulheres com 70 anos ou mais (Gráfico 26), prevê-se que aumente até 2050 cerca de 15 pontos percentuais, passando de 65 para 80% (0,8 homens para cada mulher). Além disso, a proporção de mulheres idosas casadas (com mais de 70 anos) estima-se que aumente em cerca de 10 pontos percentuais nos países selecionados da OCDE.

Gráfico 27 – Proporção de mulheres casadas com mais de 70 anos.



Fonte: Elaborado a partir de OECD (2011) calculations based on population projections, the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the US Health and Retirement Study (HRS).

Gráfico 28 - Proporção de homens casados com mais de 70 anos.

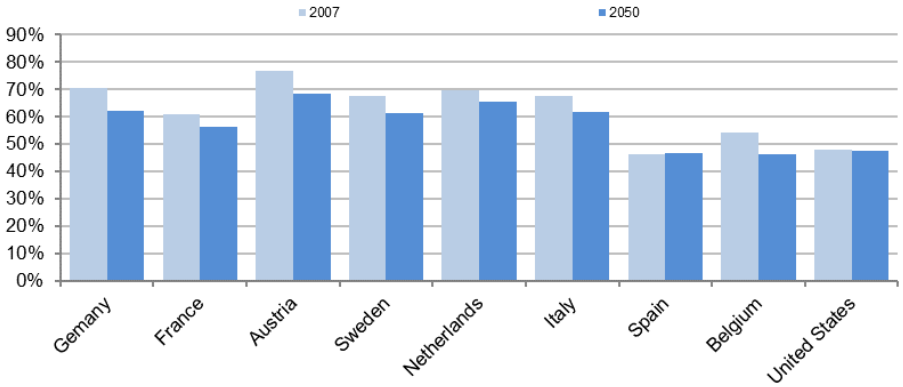


Fonte: Elaborado a partir de OECD (2011) calculations based on population projections, the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the US Health and Retirement Study (HRS).

Apesar da perspetiva positiva, prevê-se uma maior proporção de indivíduos que vivem juntos com restrições ao nível das AVD. Dadas as atuais taxas de invalidez da população total de dependentes com 70 anos ou mais, a proporção de dependentes vulneráveis, ou seja, aqueles que não são casados, ou são casados, mas também têm um parceiro com restrições às AVD, diminuirá na maioria dos países da OCDE ou permanecerá estável (Gráfico 28).

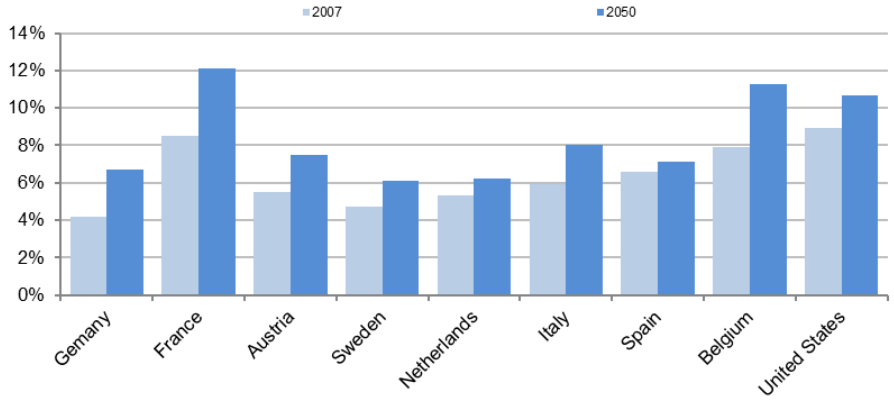
Prevê-se, no entanto, que a composição dos dependentes vulneráveis mude. Mais especificamente, a maior parte dos "dependentes vulneráveis" diz respeito àqueles que não são casados: esse grupo ainda aumentará em números, mas diminuirá em termos relativos. Por sua vez, entre os dependentes vulneráveis, haverá um grande aumento na proporção de casais em que ambos são dependentes (Gráfico 29, Gráfico 30).

Gráfico 29 - Proporção de dependentes vulneráveis[82] na população total com deficiências (70+).



Fonte: Elaborado a partir de OECD (2011) calculations based on population projections, the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the US Health and Retirement Study (HRS).

Gráfico 30 - Proporção de casais com ambas as AVD sobre a população total com deficiências.



Fonte: Elaborado a partir de Ratio of couples with both ADL on the overall population with disabilities.

[82] Os indivíduos dependentes vulneráveis são definidos como pessoas com restrições de atividades de vida diária (ADL) que não são casados ou que são casados, mas também têm um parceiro com restrições de ADL.

4.10 As Dimensões dos Cuidados Informais

De acordo com o SHARE (2017) apenas 13% das pessoas com 60 e mais anos com incapacidade funcional recebem ajuda regular dos serviços públicos, 11% são pagos por serviços privados, enquanto que 42% do apoio é prestado pelos filhos e 34% pelos cônjuges.

O cuidado informal é um processo social decisivo na conFiguração do sistema económico, político e social. A situação das pessoas dependentes e dos seus cuidadores é uma questão que até há pouco tempo permanecia pouco explorada pelas ciências sociais e que hoje é reconhecida como tendo relevância social inquestionável, principalmente devido às dinâmicas demográficas e mudanças no mercado, na família e no Estado.

> *"Las mujeres son las cuidadoras principales de los mayores en familia en más del 80 por ciento de los casos, según un estudio de la Universidad Carlos III de Madrid . La edad media de las cuidadoras se sitúa por encima de los 50 años"* (uC3m, 2018).

A maioria dos cuidados prestados às pessoas idosas dependentes são realizados dentro de casa, não são remunerados, sendo apenas uma pequena parte fornecida por instituições de saúde formais (IMSERSO, 2005b, Jacobzone & Jenson, 2000, Olson, 2003). O cuidado informal é, portanto, a parte invisível do iceberg do bem-estar, no qual a parte visível corresponde aos serviços de cuidado formal (Durán, 2002; Folbre & Bittman, 2004, citados por García (2010, p. 13).

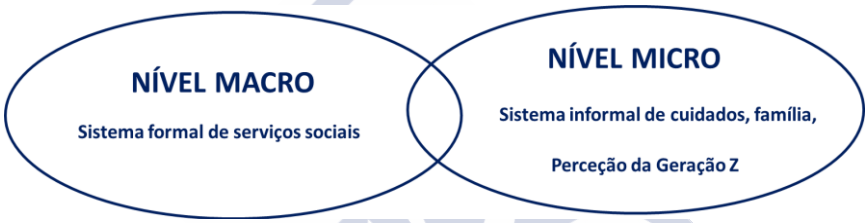
A pertinência sociológica de analisar a questão da dependência prende-se com a premência de se encontrarem novas soluções, dadas as transformações demográficas e familiares que se perspetivam nas sociedades envelhecidas, relativamente ao encargo social que esta suscitará, perante a emergência das necessidades crescentes ao nível dos cuidados (Gil, 2010, p. 33).

O estudo da dimensão dos cuidados familiares às pessoas mais velhas está associado ao conhecimento da articulação entre os sistemas de serviço formais e informais, destinados a atrasar a dependência, a promover a autonomia e qualidade de vida na velhice.

Para García & Bazo (2014, p. 42) a questão crucial dos cuidados familiares, consiste em determinar o equilíbrio ideal entre o cuidado familiar (informal) e o sistema de serviço (formal) em diferentes regimes de bem-estar, circunscrevendo-se a análise a dois níveis diferentes: macro (que inclui serviços sociais, políticas e planeamento) e micro (famílias, sistema informal de atendimento).

O foco do presente estudo é a nível micro, sustentado pela perceção da geração dos Nativos Digitais sobre os cuidados informais da família às pessoas idosas dependentes.

Ilustração 32 – Foco teórico do estudo do Cuidador Informal.



Fonte: Elaborado própria a partir de García, 2010).

O conceito teórico dos Cuidados Informais desenvolve-se em dois níveis, micro e o macro. No plano macro os cuidados às pessoas idosas dependentes são prestados por um sistema formal, integrado pelas organizações sociais e de saúde. Ao nível micro a esfera de atuação os cuidados são prestados pela família, amigos e vizinhos (Ilustração 32).

> "*El trabajo de cuidado informal ha sido y es desarrollado fundamentalmente por mujeres, y se ha demostrado que las personas mayores dependientes con redes sociales en las que predominan mujeres reciben más cuidado que aquellas con redes predominantemente masculinas. Las mujeres dedican más tiempo y se ocupan de actividades más complejas y de la coordinación general del apoyo*" (García, 2010, p. 126).

O cuidado às pessoas mais velhas desdobra-se, assim, no mundo familiar e interpessoal, com diferentes contextos, o mundo da família e um sistema formal caraterizado por diferentes formas de atendimento e especificidade se serviços. Existe uma organização social do cuidado, assim como uma divisão do trabalho, que atribui responsabilidades e funções a diferentes instituições.

A maneira como cada sociedade resolve as necessidades dos cuidados, conFigura um sistema no qual as principais instituições sociais, como a família, o Estado e o mercado, são integradas. (Tobío et al, 2010, pp. 26-27).

A interação entre o sistema formal e informal dos cuidados às pessoas mais velhas, caraterizada pelo envolvimento dos níveis micro e macro, tem um espaço que não é coberto, que conduz às questões: quem e como assume os custos do cuidado e porquê.

A brecha existente está associada à escassez de recursos e à capacidade de os serviços públicos garantirem o apoio ao mais velhos, ocupando destaque nos principais debates sobre o bem-estar, a discussão a valorização do custo dos cuidados, discutindo-se quanto é que cada um dos atores envolvidos no processo dos cuidados deve pagar.

Em paralelo às questões da sustentabilidade, a disponibilidade de recursos familiares para o cuidado tende a ser reduzida, devido à gradual incorporação das mulheres no mercado de trabalho remunerado e à necessidade de cuidar do restante do cuidado no domicílio, bem como das tarefas básicas da vida diária.

4.10.1 Conceito de dependência e cuidados

O estudo sobre o cuidado informal implica distinguir o conceito de dependência e de cuidados. O conceito dependência está associado à ausência de autonomia de uma pessoa ou de um elemento qualquer. Dependente é quem necessita de ajuda de outros para realizar atividades consideradas básicas (García, 2010, p. 29)

De acordo com Durán & García (2005) existem três formas de dependência): psicológica (autoperceção), social (perceção dos outros), médica (por meio de diagnóstico) e administrativa.
O Conselho da Europa definiu dependência como "*um estado em que*

se encontram pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, mental ou intelectual, necessitam de assistência e / ou ajuda importante para realizar as atividades ordinárias da vida quotidiana[83] *"*.

Segundo Durán (2002) dependente é aquele que precisa da ajuda de outros para desenvolver algumas atividades consideradas básicas. O cuidado prestado por familiares ou amigos a indivíduos que não podem exercer nenhuma atividade de autocuidado é uma prática social ampliada, que mostra a importância do componente social da saúde. Os cuidados familiares às pessoas mais velhas resultam da necessidade das famílias darem resposta à dependência de membros do agregado familiar, excedendo em muito a ação do Estado.

Uma questão não resolvida é a relação teórica entre cuidado e dependência, duas ideias intimamente ligadas entre si; o cuidado surge na maioria dos casos como uma resposta a uma situação de dependência. Uma pessoa dependente geralmente recebe o atributo "dependente" em virtude de necessitar de cuidados. O termo dependência, embora tenha sido e é amplamente utilizado nas ciências sociais e saúde, recebeu fortes críticas. Enquanto o cuidado parece reunir mais consenso e inspira ideias e sentimentos fundamentalmente positivos ligado à afetividade, a dependência é um termo "frio", que sugere sobretudo conotações negativas (Fine & Glendinning, 2005, citado por García (2010, p. 29).

> *"El cuidado informal está formado por aquellas actividades de ayuda que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por personas de su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual"* (García, 2010, p. 40).

A literatura refere que, tanto o conceito de cuidado informal como o apoio informal, têm sido utilizados para se referir a um tipo de apoio social caraterizado por: atividades realizadas por pessoas da rede social do recetor do cuidado e apoio fornecido de forma voluntária, sem qualquer organização ou remuneração (Qureshi & Walker, 1989;

[83] Recomendação Número 98 (9) do Conselho de Ministros aos Estados Membros sobre a Dependência, adotada em 18 de setembro de 1998.

Andersson, Levin & Emtinger, 2002; IOÉ & Rodríguez, 1995; Domínguez Alcón, 1998; Hunter & Macpherson, 1993; Yanguas, Leturia & Leturia, 2000; García Calvente, Mateo Rodríguez & Eguiguren, 2004; Jamieson & Illsley, 1993; Herrera Gómez, 1996).

Tabela 9 - Categorias de apoio do Cuidado Informal.

Apoio material ou instrumental	Consiste na ajuda para a realização das atividades que a pessoa não pode realizar sozinha. Estas atividades são designadas por Atividades da Vida Diária, e dividem-se em Básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) e Avançadas (AAVD). Para Harlton et al. (1998) citado por (García J. R., 2010, p. 38) há um consenso geral de que o cuidado informal às pessoas idosas inclui: cuidados pessoais, atividades domésticas, manutenção e reparos domésticos básicos, gestão de dinheiro, mobilidade, transporte, e a compra de bens. e serviços. De uma maneira geral os investigadores concordam que o cuidado informal inclui apoio na ABVD, não existindo no entanto consenso sobre as AIVD e as AAVD.
Apoio informativo ou estratégico	Consiste na ajuda para a resolução de problemas concretos e na informação e divulgação junto do recetor do cuidado, dos recursos externos existentes no território onde reside. Neste tipo de apoio considera-se que a família é o elemento principal da rede de apoio a pessoas em situação de dependência. O envolvimento da família é fundamental para o desenvolvimento e aquisição de hábitos de saúde, tendo em vista a promoção da autonomia da pessoa dependente (ex. ensino de utilização de ajudas técnicas. Em muitos casos, os cuidadores atuam como intermediários e assumem a responsabilidade pela saúde dos recetores.
Apoio emocional	O apoio emocional está intimamente relacionado com a ajuda instrumental (Walker, Pratt & Eddy, 1995) citado por (García J. R., 2010, p. 39). Para muitos autores, o cuidado é fundamentalmente uma atividade mental que implica um grau variável de preocupação (Durán, 2000). Na relação de cuidado é estabelecida uma interdependência emocional, sendo por isso necessário ter em atenção a história da relação entre o cuidador e a pessoa dependente. Para Durán (2000) a medição dos cuidados não é somente de natureza física; é um processo complexo, não existindo consenso se a componente emocional deve ser um critério para identificar as necessidades de cuidados informais. Walker et al. (1995) referem as necessidades das ABVD ou As AIVD estabelecem condições suficientes para definir a existência de dependência e cuidado.

Fonte: Elaborado a partir de García (2010, pp. 38-39).

O cuidado informal também é um conjunto de atividades e / ou serviços (Harlton, Fast & Keating, 1998). Para Walker et al. (1995) são atividades que vão além da ajuda normal oferecida a familiares saudáveis e sem dificuldades especiais. Este autor refere-se ao "*critério de dependência*" como o traço que diferencia a ajuda do cuidado: é possível falar de cuidado informal quando o estado funcional da pessoa cuidada impede que ele realize atividades de vida diária de forma autônoma.

O cuidado informal normalmente distingue três categorias de ajuda (Pentland & McColl, 2002; Rodríguez Rodríguez, 2006): apoio

material ou instrumental, apoio informativo ou estratégico e apoio emocional (Tabela 9). Collière (1993) considera que existem diferenças entre cuidar (*to care*) e curar (*to cure*). Considera que o cuidar é uma atividade de rotina diária relacionada com valores e costumes. A realização do cuidado implica competência e conhecimentos normalmente adquiridos com a aprendizagem ao longo da vida. O curar está associado à cura, à limitação da doença e à extinção das suas causas, atividades normalmente realizadas fora do domicílio da pessoa, em virtude de requerer cuidados com alguma complexidade na área da saúde.

4.10.2 O Impacto na família do cuidado de pessoas dependentes

A literatura sobre as consequências na família do cuidar de pessoas dependentes, pode dividir-se em dois critérios: (a) a pessoa e o setor afetado e (b) o âmbito de influência dos cuidados. No que diz respeito ao primeiro critério o cuidado familiar afeta: (1) recetores de cuidados, (2) cuidadores, (3) as famílias e os cuidadores ambiente, (4) os empregadores de cuidadores e (5) para a sociedade em geral.

No que se refere às consequências no segundo critério, apesar do âmbito de influência dos cuidados afetarem a sociedade em geral, produzem-se impactos em várias áreas (ex. custos económicos para o Estado, custos com a perda de mão especializada dos cuidados familiares). Não obstante os efeitos poderem ser diferenciadas por âmbitos com fim analítico, na realidade existe uma combinação e interação dinâmica, que dão origem a uma grande heterogeneidade de experiências do cuidado (Tabela 10).

O exercício da delimitação do impacto do cuidado informal apresenta uma multiplicidade de repercussões na vida dos cuidadores. Brouwer et al. (1999) e Fast (1999) citado por Rogéro-Garcia (2010), consideram que as consequências podem ser nível económico e não económico. Rodríguez (1999, pp. 7-29) considera que em termos gerais a análise dos efeitos do cuidado familiar tem como objetivo compreender e quantificar os impactos sobre a qualidade de vida nos cuidadores. García (2010, pp. 56-58), com base em evidências, apresentou uma proposta de classificação das consequências do cuidado familiar no cuidador (Ilustração 33), na qual são identificados efeitos

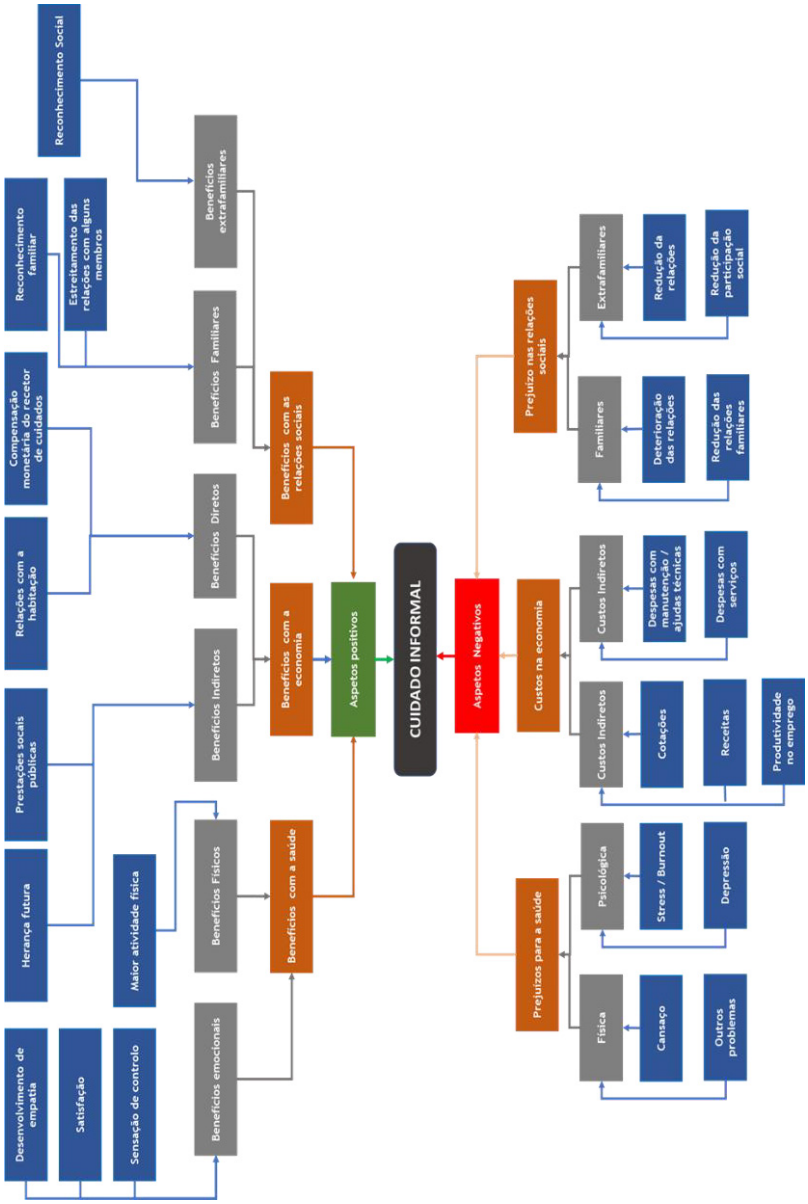
positivos e negativos gerados na saúde, económicos e nas relações sociais.

Tabela 10 - Consequências dos cuidados de pessoas dependentes.

Âmbito	Consequências positivas	Consequências negativas
Saúde	Valorização psicossocial, satisfação de ajudar os outros, maior segurança em si mesmo. (Cohen, 2002; Durán, 2005; Albert et al., 1996); Aneshensel et al., 1997); Brody et al., 1994; Baltes, 1987).	Os principais efeitos negativos estão relacionados com o carater emocional stress psicológico, perda de sensação de controlo, autonomia (síndrome de Burnout). (Peinado et al., 1998; Bazo 1992; IMSERSO, 2005; Durán, 2005; Lopez, 2007; Chappel, 1991).
Económico	Recebimentos de apoios do Estado, subsídios de apoio à família, possíveis compensações futuras com heranças. (Walker et al., 1995; Wolf et al., 1997).	Aumento dos custos das famílias com os cuidados. Despesas com bens e serviços, adaptação da casa, ajudas técnicas, despesas relacionadas diretamente com os cuidados. (García-Calvente et al., 2004). O principal custo indireto é atribuído à redução da produtividade do familiar cuidador no trabalho. (Andersson et al., 2002; Walker et al., 1995; Mathews et al.; 1989).
Relações sociais	Pode melhorar a coesão familiar, potencial desenvolvimento do fortalecimento das relações sociais e a manutenção das relações com a comunidade. (Shanas, 1979; Brody et al., 1994; IMSERSO,1995; Roca et al, 2000; Sennett, 2000; Rolland , 1999; Bengtson et al., 1999).	a supervisão da pessoa dependente geralmente confina o cuidador em casa durante a maior parte do tempo, aumentando o tempo dedicado às atividades domésticas e reduzindo o tempo livre, (Shanas, 1979; Attias-Donfut, 1995; Fast et al., 1999; Roca et al., 2000; Sennett, 2000; Brody et al., 1994; Keefe & Medjuck, 1997; Lee et al., 1993; IMSERSO, 1995; Wolf et al., 1997

Fonte: Elaborado a partir de García (2010); Paúl (2005); Martín (2010); Fernandes (2008); Gil (2010).

Ilustração 33 - Impactos positivos e negativos na família do cuidado familiar às pessoas idosas dependentes.



Fonte: Elaborado a partir de García (2010); Paúl (2005); Martín (2010); Fernandes (2008); Gil (2010).

4.10.3 A Teoria da Identidade do Cuidador

A literatura sobre os cuidados familiares, de acordo com Montgomery et al. (2016, p. 443) identifica os artigos de Shanas (1979) e Brody (1985) como os primeiros autores. Durante três décadas os estudos evoluíram no sentido descritivo dos padrões de cuidados, na obtenção de resultados rigorosos dos preditores do cuidado familiar, identificando-se na área das ciências da saúde, a maior parte dos artigos publicados, com maior destaque para publicações no domínio da psicologia.

No Quadro teórico dos cuidados familiares destacam-se dois modelos. O modelo do processo do stress elaborado por Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), e o modelo da saúde comportamental desenvolvido por Andersen (1968). Ambas teorias se encontram relacionadas com a conceção e implementação de programas de apoio aos cuidadores informais.

O modelo da saúde comportamental apresenta-se como um referencial teórico utilizado no estudo dos serviços de saúde, cuidados de longa duração e serviços de apoio ao cuidador, encontrando-se na literatura como principais autores Aday & Awe (1997); Aday & Awe (1997); Aday & Andersen (1974); Andersen (1995); Andersen, Davidson & Ganz (1994); Andersen & Newman (1973); Bradley et al., (2002) e Montoro-Rodriguez, Kosloski & Montgomery (2003), citados por Montgomery et al. (2016, p. 447).

Em termos gerais, os estudos desenvolvidos pelo modelo de saúde comportamental visam a análise dos preditores dos cuidados, encontrando-se nos serviços prestados pelos cuidadores, quer no contexto formal como informal, fatores dominantes que influenciam a prestação dos cuidados.

O modelo do processo de stress é desenvolvido por Montgomery & Kosloski (2009, 2013), através Teoria da Identidade do Cuidador, que consiste num modelo concetual que carateriza o cuidado como um conjunto de transições de identidade que resultam das mudanças que ocorrem no contexto dos cuidados e das normas sociais. A teoria baseia-se nas diversas identidades que o cuidador assume durante a relação que é estabelecida com o recetor de cuidados.

Segundo esta teoria, durante o processo de cuidados, o cuidador desempenha vários papéis, que contribuem para a discrepância de identidades, correspondendo a um dos principais fatores de stress dos cuidados. De acordo com Montgomery & Kosloski (2016, p. 451) o modelo consiste em três pressupostos fundamentais. O primeiro, o papel de cuidador é adquirido de forma regular, desenvolve-se sem interrupções. Em segundo lugar, o cuidado é um processo dinâmico que muda com o tempo. Em terceiro, à medida que os cuidadores experimentam as mudanças de papel, também experimentam uma mudança na relação que estabelecem com o recetor de cuidados e uma alteração na sua própria identidade.

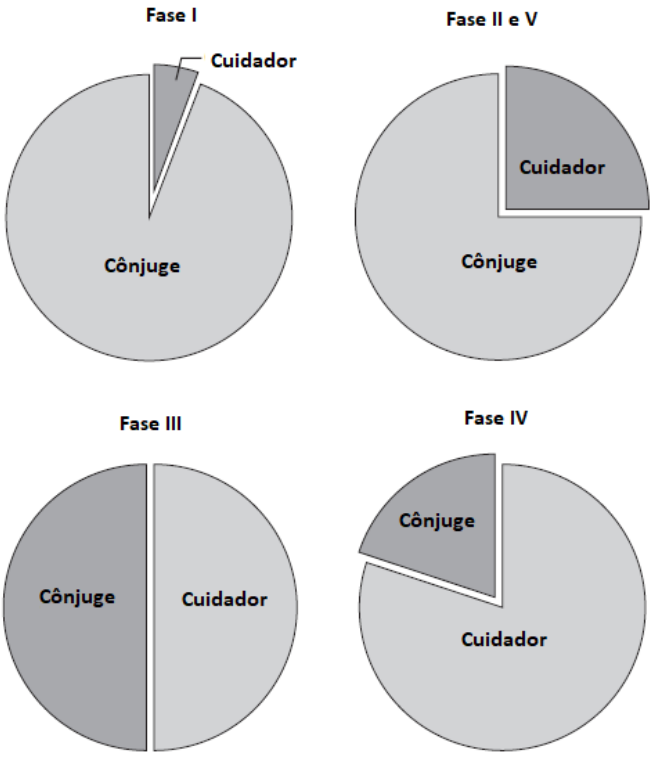
O papel de cuidador desenvolve-se a partir das relações familiares, dos comportamentos sociais, regendo-se por normas e regras sociais. Em grande parte, as regras culturais influenciam as atitudes e comportamentos do cuidador, bem como as próprias expetativas que são criadas em relação aos cuidados que são prestados ao recetor de cuidados.

> "*To understand the diversity of the caregiving experience in terms of care tasks and differential outcomes, it is important to understand how caregivers acquire the role and the corresponding norms*" (Montgomery & Kosloski, 2016, p. 452).

À medida que alteram as condições e necessidades dos beneficiários de cuidados, os cuidadores alteram as suas atividades e as responsabilidades que assumem. Como os cuidadores tendem a fazer o que precisa ser feito, apesar de qualquer desconforto que possa existir com as tarefas de cuidado, frequentemente vêem-se envolvidos em atividades incompatíveis com o papel familiar inicial.

Por sua vez, as mudanças no desempenho do papel, provoca alterações na relação diádica entre o cuidador e o recetor do cuidado, que contribuem para a mudança de identidade. Para a maioria dos cuidadores, a mudança de identidade é um processo lento que alterna com períodos de relativa estabilidade e outros de mudança significativa. Nas situações em que o contexto de cuidado é estável, é fácil para um indivíduo manter firmemente uma identidade de papel em relação ao recetor de cuidados.

Ilustração 34 - Etapas da Teoria da Identidade do Cuidador.



Fonte: Fonte: Elaborado a partir de Montgomery et al. (2016, p. 454).

À medida que o contexto de cuidado altera, devido à maior incapacidade do cuidador ou à perda de apoio, o cuidador não consegue mais "esticar" a sua identidade para assimilar a mudança nas atividades de cuidado, encontrando-se na alteração da identidade o "alivio na carga" dos cuidados. De acordo com esta perspetiva, dois cuidadores podem realizar simultaneamente as mesmas atividades, existindo diferentes formas de desgaste.

Montgomery & Kosloski (2016, p. 455) consideram que a compreensão do processo de manutenção da identidade, permite períodos de estabilidade, fornecendo uma orientação importante para a intervenção durante os períodos de transição marcados por desgaste.

O Modelo de Identidade do Cuidador define graficamente as mudanças que ocorrem nos papéis em cinco etapas (Ilustração 34).

A primeira (I) inicia-se quando um membro da família se envolve diretamente, assumindo as responsabilidades de cuidar, as quais vão para além das que se encontram definidas no papel familiar que desempenha (ex. a esposa assume a administração doméstica financeira, tarefas anteriormente realizadas pelo marido).

A segunda etapa (II) inicia-se quando as tarefas de cuidado e as responsabilidades assumidas aumentaram em quantidade ou intensidade, na medida em que o cuidador ganha consciência que as tarefas são claramente incompatíveis com as suas normas pessoais de ligação à sua família.

A fase três (III) geralmente ocorre quando um cuidador se envolve em tarefas de cuidados pessoais que são claramente incompatíveis com o papel inicial da família (ex. a esposa dar banho ao marido). Na fase quatro (IV) os cuidadores assumem uma identidade dentro da relação que é definida igualmente pelo seu papel enquanto cuidador e o papel familiar inicial (por exemplo, relação cônjuge, filha).

Os cuidadores nesta fase, geralmente prestam cuidados a um membro da família com elevado grau de dependência. É nesta fase que o cuidador começa a admitir a possibilidade da institucionalização da pessoa dependente de cuidados (ex. Lar de Idoso[84]).

A fase cinco (V) dos cuidados ocorre quando o cuidador transfere a maioria das responsabilidades de cuidados para um prestador de cuidados formal, colocando o recetor cuidados num ambiente de cuidados alternativo (ex. ERPI).

Quando isto acontece, o cuidador pode recuperar a identidade inicial, semelhante à da fase dois, em que o papel família volta a ser mais saliente à medida que o cuidador negocia os seus papéis e identidade dentro do relacionamento.

[84] Designado por Estrutura Residencial para pessoas idosas (ERPI).

4.10.4 O apoio social às pessoas mais velhas em Portugal

De acordo com o INE (2017), entre 2015 e 2080, o cenário central de projeção para Portugal, perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031. O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões; mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos, motivada pela redução de mulheres em idade fértil, como reflexo de baixos níveis de fecundidade registados em anos anteriores. O número de pessoas idosas passará de 2,1 para 2,8 milhões.

Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 pessoas idosas, por cada 100 jovens, em 2080. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais.

Apesar dos indicadores referidos anteriormente poderem ser questionados por se tratarem de projeções da população, existindo margens de erro e outros fatores que podem alterar a tendência do envelhecimento em Portugal, existem dados concretos que permitem afirmar que o país envelheceu de forma significativa nos últimos 30 anos.

A conclusão é validada pelos dados dos Censos de 2011, que indicam que em Portugal existiam cerca de 2.051.226 pessoas com mais de 65 anos, que representavam 19,6% do total da população, dos quais 47,8% tinham mais de 75 anos, registando-se a relação do número de pessoas idosas para cada 100 jovens de 45,4 em 1981 alterou para 125,8 em 2011 e 148,7 em 2016 (PORDATA, 2018).

4.10.4.1 O apoio informal aos mais velhos

Da revisão da literatura sobre o cuidador informal, resultado da pesquisa efetuada no Scholar Google das palavras-chave "*cuidador informal*" e "*caregiver*", identificou-se uma vasta literatura, dividindo-se os artigos científicos em cinco domínios: Saúde, Economia, Sociologia, Direito e Tecnologia (Tabela 11).

A literatura gerontológica tem promovido a distinção entre cuidar de familiares e não familiares, embora a distinção entre relações intergeracionais e relações com pares também tenha sido levantada (Chappel et al., 1986). O vínculo entre cuidador e o recetor de cuidados é uma das variáveis fundamentais no estudo do cuidado informal, considerando-se juntamente com o sexo, um dos preditores mais importantes para assumir o papel de cuidador (Durán, 2005).

> "*Em termos globais verifica-se, no entanto, uma situação de escassez de apoios aos familiares prestadores de cuidados, a qual poderá decorrer de: os serviços disponíveis numa comunidade, na área da Ação Social, se destinarem preferencialmente às pessoas idosas isoladas ou vivendo sós; à forte pressão social exercida sobre a família relativamente aos cuidados intrafamiliares, não favorecendo que a mesma se constitua como grupo exercendo pressão de procura sistemática dos serviços e/ou de outras formas de ajuda da comunidade*" (Quaresma, 1996, p. 19).

Segundo (García, 2010, pp. 136-137) quando uma pessoa tem dificuldades para desenvolver as atividades da vida diária, há quatro possibilidades: (1) receber cuidados informais, (2) receber cuidados formais, (3) receber cuidados formais e informais ou (4) não receber nenhum tipo de cuidado. Há uma influência mútua entre os cuidados formais e informais: os cuidadores informais desempenham um papel importante na escolha e prestação de cuidados formais, e a disponibilidade e desenvolvimento de serviços formais influenciam decisivamente a intensidade e o tipo de cuidados informais (Walker et al., 1995). Os serviços formais interagem dinamicamente com o setor informal (Twigg, 1993, citado por García, 2010, p. 128).

Tabela 11 – Perspetivas teóricas do estudo do Cuidador Informal.

Perspetiva de abordagem	Principais temas
Saúde	• Desgaste emocional e físico do cuidador • Dependência e incapacidade • Avaliação das AVD e ABVD • Organização dos cuidados de apoio às pessoas idosas • Políticas da Saúde
Económica	• Mercado de trabalho • Despesa pública dos serviços de apoio à dependência • Trabalho não remunerado • Sustentabilidade dos sistemas de proteção social • Políticas Públicas
Sociológica	• Relações sociais • Lar • Família • Uso do Tempo • Qualidade de Vida, Bem-Estar • Sexo • Avaliação da satisfação do cuidador informal • Redes de apoio social • Políticas Sociais
Direito	• Direitos e deveres dos cuidadores informais • Direitos das pessoas dependentes
Tecnologia	• Desenvolvimento de soluções técnicas de apoio a dependentes e cuidadores informais (acessibilidades, ajudas técnicas, georreferenciação,

Fonte: Elaborado a partir de Attias-Donfut (1995); Bazo & Ancizu (2003); IMSERSO (2003); García (2010); Tobío et al. (2010); Durán (2012); Rodríguez Galdo et al. (2014); Quaresma (1996); Paúl (2005); Martín (2005); Carvalho (2009) e Gil (2010).

A relação do cuidador formal com a pessoa idosa dependente é regulada, sendo geralmente enquadrada dentro de uma instituição, existindo uma remuneração financeira para o cuidador. A prestação de cuidados formais, de acordo com Gómez (1998) é fornecida a quem precisa e / ou a quem pode pagar, enquanto que ao contrário do cuidado informal, que é limitado pelos apoios disponibilizados pela rede social ao cuidador e família, dependendo de relações informais.

O cuidado formal na literatura é definido como o "conjunto de ações que um profissional oferece de forma especializada, e que vai

além das capacidades que as pessoas possuem para cuidar de si ou dos outros" (Francisco del Rey & Mazarrasa, 1995, p. 62, citado por García, 2010, p. 129).

A literatura quanto à predominância dos artigos, na área da saúde destacam-se os temas relacionados com o desgaste físico e emocional do cuidador informal. No domínio da sociologia destacam-se artigos associados ao uso do tempo, com enfase na perspetiva do sexo e no domínio da economia (temas associados aos custos da dependência, à sustentabilidade dos sistemas de proteção social e à divisão do trabalho).

Foram Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman (1989) os primeiros autores que operacionalizaram o conceito de ideologia do cuidador e incorporaram este conceito numa análise de validade de construto mediante uma escala de avaliação do cuidado informal. A ideologia do cuidador é considerada como uma interpretação cognitiva do cuidado e do comportamento da própria pessoa cuidadora com a função de prover de significado (Martin, 2005, p. 181).

Na literatura o estudo dos cuidadores informais enquanto objeto de investigação é recente. Esta ausência deve-se ao fato dos cuidadores serem sujeitos dispersos, ao caráter breve ou indefinido da maioria das doenças, e ainda pelos cuidadores serem mulheres (Durán, 2006b). Por outras palavras, o grupo de cuidadores consiste em grupos sociais que tradicionalmente não tinham poder económico, político e organizacional suficiente para converter as suas necessidades num problema social que tivesse dimensão para ser investigado e abordado numa perspetiva coletiva (García, 2010, p. 95).

No final do século XIX e início do século XX, foram realizadas as primeiras reflexões teóricas e estudos empíricos sobre a posição da mulher na instituição familiar e no mercado de trabalho. No início, a discussão concentrou-se na divisão sexual do trabalho doméstico, e as consequências do cuidado informal, com enfoque no emprego de mulheres (Fine & Glendinning, 2005 citado por García, 2010, p. 96). Estas linhas de investigação foram consolidadas nos anos 60 e 70 nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha e em alguns países do norte da Europa.

Em Portugal as literaturas sobre os cuidados informais surgem na década de 1990, destacando-se os autores Quaresma (1996, 1997), Paúl (1997, 1999); Amâncio (1998); Barreto (1998); Fernandes (1997a, 1997b); Gil (1999); Guimarães (1999); Machado (1994); Lima (1999).

O *Working Paper number WP 93/24/PT*, da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, é considerado o primeiro documento Português, elaborado em 1993 pela Direção Geral de Ação Social que aborda o tema dos cuidados informais.

O estudo procedeu ao levantamento das diferentes componentes relativas aos cuidados intrafamiliares baseado essencialmente em informações recolhidas junto de profissionais de Saúde e da Ação Social e à seleção de 24 casos para efeitos de entrevista em diferentes regiões do país. A análise possibilitou a confrontação entre os dados obtidos e o quotidiano vivido por familiares que assumiram a prestação do apoio integral ou parcial aos seus familiares idosos em situação de dependência.

Na análise das diversas produções científicas sobre o cuidador informal (Melo et al., 2014, pp. 143-151), identificaram-se diferentes tipos de necessidades, em diversos contextos, associando-se às categorias: recursos comunitários e sociais, conhecimentos e aprendizagem de habilidades, significado pessoal, crenças e atitudes e, condição socioeconómica, registando-se que as necessidades dos cuidadores são transversais nos diversos estudos. Um dos aspetos mais destacados da revisão da literatura refere-se à importância da família, assim como o apoio social, em todo este processo de transição para os cuidadores familiares.

O papel de cuidador informal é maioritariamente assumido por familiares, pelo que é compreensível designá-lo por cuidador familiar ou membro da família prestador de cuidados, responsável pela prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade e organização de prestação de cuidados (International Council of Nurses, 2011).

A literatura classifica de forma indiferenciada o agente que presta os cuidados de forma informal, ou seja, o cuidador informal e o prestador de cuidados informais. De facto, não existem diferenças objetivas que clarifiquem o conteúdo de um ou do outro, apenas se trata

de alterações de léxico, com a mesma correspondência em termos semânticos (Sequeira, 2010, p. 157).

Gil (2010) considera que existe uma diferença associada ao contexto de cuidar, sugerindo que existe uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador (Tabela 12). A literatura no domínio da gerontologia apresenta a designação por cuidador principal / primário e cuidador secundário e terciário (Silverstein & Litwak, 1993; Aneshensel et al., 1997).

Tabela 12 – Classificação dos cuidados informais

Cuidador principal	É a pessoa em quem é depositada a responsabilidade da prestação de cuidados, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar diretamente a pessoa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte de cuidados (Keefe & Medjuck, 1997; Brody et al., 1994; Mathews et al., 1989, citado por Martín, 2010, p. 191). É a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai a responsabilidade de cuidar (Davies, 1992; Carrero, 2002).
Cuidador secundário	Corresponde à pessoa que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar. Normalmente são elementos da família que dão apoio ao cuidador principal. O apoio pode ser direto, ou a outro nível, económico, atividades sociais, atividades de lazer (Tennstedt et al., 1989; IMSERSO, 1995; Horowitz & Dobrot, 1983; Franks & Stephens, 1996; Rivera et al., 1998; citado por Martín, 2010, p. 193) É o cuidador que substitui o cuidador principal nas ausências (Penrod et al., 1995 citado por Neri & Carvalho, 2002).
Cuidador terciário	É uma pessoa da família, amigo ou vizinho próximo que apoia nos cuidados esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência. Não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar (Martín, 2002).

Fonte: Elaborado a partir de Gil (2010).

As pesquisas sobre o cuidador informal, para além dos avanços científicos no domínio da saúde associado ao *Burnout*, ganharam também destaque na área relacionado com o trabalho não remunerado, devido ao reconhecimento de se tratar de uma atividade fundamental que faz parte da economia como um todo.

Simultaneamente, a ideia de que o cuidado informal está relacionado com evolução do mercado de trabalho e às formas de

convivência, especialmente da família, está consolidada, considerando-se que afeta a sociedade como um todo. Os trabalhos na área económica introduzem no discurso a *'ética do cuidado*', corrente que contribui para enfatizar as relações sociais registadas nos diversos domínios, ligando-se os cuidados de saúde às questões da justiça, poder e vulnerabilidade social (García, 2010, pp. 95-98).

Segundo Montoro Rodríguez (1999), a maioria dos estudos realizados na Espanha (ex. OASIS[85]) descreve o perfil socio demográfico do cuidador, aborda as consequências do cuidado no bem-estar ou qualidade de vida dos cuidadores, em relação às características do cuidador e do recetor. Este autor considera que as questões de pesquisa mais frequentes se concentram em quem assume o papel de cuidador, as tarefas a serem realizadas, para quem são realizadas e os custos e benefícios do cuidado.

O desenvolvimento em Portugal do estudo do cuidador informal, tem beneficiado da proximidade com Espanha e dos diversos trabalhos produzidos por várias entidades e autores citando-se como exemplo: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Pilar Rodríguez y Mayte Sancho, María-Ángeles Durán, Antonio Abellán, María Teresa Bazo, Teresa Torns, Cristina Carrasco, Demetrio Casado, Gregorio Rodríguez Cabrero, Lourdes Pérez Ortiz, María Dolores Puga González, e Equipa, IOÉ, María del Mar García Calvente, María Silveria Agulló, Carmen Domínguez-Alcón, Adelaida Zabalegui, Jesús Rivera, entre outros.

> "*O arquétipo destes membros seria representado pelas mulheres solteiras, com estatuto laboral não ativo e que residam com a pessoa dependente, arquétipo geralmente coincidente com as filhas das pessoas dependentes. Tal arquétipo pode modificar-se quando a pessoa cuidada é um membro jovem e casado, em cuja situação é o companheiro que geralmente ocupa o papel de cuidador (muitas vezes independente do sexo do cuidador informal), sempre dependente do estatuto laboral, do sexo e da coabitação de outros membros da família*" (Martin, 2005, p. 198).

[85] The Role of Social Services and Intergenerational Family Solidarity (1999).

4.10.4.2 Perspetivas sobre o Cuidador Informal em Portugal

Apesar de existir uma recomendação da União Europeia de 1991 (*Recommandation nº R (91) 2 do Comité des Ministres Aux États Membres Relative à Sécurité Sociale des Travailleurs sans Statut Professionnel, Les aidants, Les Personnes au foyer ayant des responsabilités familiales et les Personnes Bénévoles*), em Portugal o apoio aos cuidadores informais, decorridos vinte sete anos, começa a ganhar destaque na agenda Política, encontrando-se em curso a discussão sobre o diploma sobre o "Estatuto do Cuidador Informal".

> *"Governo cria plataforma para ensinar a cuidar de pessoas dependentes. Portal na Internet custará milhares de euros e será construído com recurso a fundos europeus. É a primeira medida a avançar em 2017 no âmbito do prometido estatuto do cuidador informal"* (LUSA, 2016).

> *"Na Assembleia da República há uma petição neste sentido com 14 mil assinaturas, desde outubro de 2016, e o Presidente da República fez um apelo em junho passado para que se comece a dar passos para a criação deste estatuto legal*" (LUSA, 2017)

> "*Quarenta organizações entregam ao Governo proposta de Estatuto do Cuidador Informal. Entre as medidas propostas, estão a "informação e formação do cuidador informal" e apoios sociais para os que despendem "uma carga horária significativa na prestação de cuidados*" (LUSA, 2018)

A perspetiva de Quaresma (1996) em relação à forte pressão social exercida sobre a família relativamente aos cuidados intrafamiliares, após 22 anos, com a criação do Estatuto do Cuidador Informal, prevê-se que constitua uma janela de oportunidade para a realização de novas pesquisas sobre o cuidador informal, inserindo-se no maior desafio da Europa do século XXI.

Em Portugal no apoio à população idosa existe dois tipos de rede: a informal e a formal. A rede de apoio ou suporte informal, inclui as estruturas da vida social de um indivíduo (como pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explicitas,

instrumentais ou sócia afetivas, como o apoio emocional, informativo e de pertença (Paúl & Fonseca, 2006; Ribeiro & Paúl, 2011, 2012).

O apoio social refere-se sobretudo a três medidas: (1) a integração social, relacionada com a frequência de contatos com outros; (2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede e (3) o apoio percebido. Segundo Paúl (2005, p.277) as medidas de apoio estrutural referem-se à existência e conexão entre laços sociais, são geralmente preferidas por sociólogos, enquanto que as medidas de apoio funcional que avaliam as funções especificas que as relações servem, são as opções dos psicólogos (Uchino, 2004, citado por Paúl, 2005).

O suporte social é reconhecido como um fator importante para oferecer recursos para a otimização e compensação necessárias para um envelhecimento ativo (Silva & Gunhter, 2000, p. 38). O apoio informal é um termo utilizado para caraterizar uma grande variedade de relações entre os membros da família, dentro ou fora do núcleo familiar, nomeadamente entre esposas e esposos, pais e crianças e outros parentes; em suma o suporte prestado pela família, os amigos e os vizinhos (Land, 2003, citado por Carvalho, 2009, p. 78). Quando nos referimos ao suporte informal, queremos evidenciar a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas. Essas relações traduzem-se, deste modo, em serviços: domésticos, afetivos, relacionais e financeiros (Déchaux, 1996, citado por Carvalho, 2009, p. 79).

Os cuidados informais prestados por familiares estão associados à etapa do ciclo de vida familiar e pessoal dos elementos que constituem a família. Se nos situarmos na questão dos cuidados, verificamos que, na etapa da formação do casal, a esposa constitui a principal fonte de suporte no que se refere aos cuidados domésticos (Finch, 1989). Apesar de se esperar que a nova geração de casais possa partilhar as tarefas, o que se verifica é que as mulheres, não obstante trabalharem na esfera pública, ainda são maioritariamente as responsáveis pelos cuidados domésticos (Torres et al., 2004). Na fase da terceira idade, a família torna-se prestadora e receptora de cuidados. Tal como nas outras fases, a mulher é tendencialmente a principal cuidadora da família, seja ela

esposa, cuidando do marido, nora, cuidando dos sogros e/ou filha, cuidando dos pais (Carvalho, 2000, p. 80).

Também a posição económica e as interações dentro da família (coesão do grupo) e fora da família – o grau de integração com as relações exteriores determinam o tipo de cuidados recebidos (Kellerhals, 1987; Segalen, 1999; citado por Carvalho, 2000, p. 81).

4.10.4.3 A Rede formal de apoio às pessoas idosas dependentes

A rede formal de apoio às pessoas idosas em Portugal Continental é constituída por Serviços e Equipamentos tuteladas pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), caraterizada pela existência de atividade de natureza não lucrativa e lucrativa[86]. De acordo com a Carta Social existem cinco respostas sociais (Tabela 13).

Segundo Martín et al. (2010) a rede de equipamentos de apoio à Terceira idade, em 2010 dispunha de uma capacidade total para 276.944 utentes, existindo uma ocupação de 78,5%. Da análise da taxa de ocupação (utentes / capacidade) conclui-se que a maior ocupação é na resposta Lar para as pessoas idosas (97,2%) seguindo-se o Serviço de Apoio Domiciliário. No que se refere à ocupação o grupo etário ≥ 85anos é o que regista maior frequência.

Estabelecendo-se uma comparação entre o índice de envelhecimento e a percentagem de utilização das respostas sociais, verifica-se que não existe uma correspondência entre as regiões com maior envelhecimento (Norte e Alentejo) e a taxa de utilização, podendo concluir-se que o suporte de apoio à população idosa é a família (Tabela 14, Tabela 15, Tabela 16).

[86] Para efeitos de análise estatística não foram consideradas os serviços tutelados pelo Ministério da Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados, sendo somente consideradas as respostas sociais para a população idosa inscrita na Carta Social.

Tabela 13 – Rede de Equipamentos e Serviços para a População Idosa em Portugal.

Centro de Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
Centro de Noite	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para as pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.
Estrutura Residencial para as pessoas idosas[87]	Considera-se estrutura residencial para as pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos
Serviço de Apoio Domiciliário	Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

Fonte: Elaborado a partir de Carta Social (2017).

Tabela 14 – Taxa de capacidade e utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, 2010.

Centro de Dia					Lar de As as pessoas idosas					Serviço de Apoio Domiciliário				
Taxa de Capacidade (%)		Taxa de Utilização (%)			Taxa de Capacidade (%)		Taxa de Utilização (%)			Taxa de Capacidade (%)		Taxa de Utilização (%)		
≥ 65a	≥ 85a	≥ 65a	≥ 85a	Ut/ Cap	≥ 65a	≥ 85a	≥ 65a	≥ 85a	Ut/ Cap	≥ 65a	≥ 85a	≥ 65a	≥ 85a	Ut/ Cap
3,8	42,6	2,6	28,8	67,6	4,2	46,6	4,1	45,3	97,2	5,3	59,0	4,6	51,1	86,6

Fonte: Elaborado a partir de (Martín et al., 2010).

[87] A resposta social Estrutura Residencial para pessoas idosas até 2016 tinha a designação de Lar de Idosos.

A Carta Social de Portugal enquanto instrumento que permite efetuar o estudo de análise da dinâmica da RSES (Rede de Serviços e Equipamentos Sociais), permite dar a conhecer as respostas sociais, no âmbito da ação social, tuteladas pelo MTSSS[88], em funcionamento no Continente, a sua caracterização, localização territorial, equipamentos e entidades de suporte (CARTA SOCIAL, 2017).

Tabela 15 – Análise comparativa da Taxa de Utilização dos Equipamentos Sociais para a População Idosa e o Envelhecimento em Portugal, 2010.

NUTS II	Pop. 65 e mais anos (Censos 2011)	Nº de as as pessoas idosas em RS	% As as pessoas idosas em RS	IE (2011)	Capacidade Total das RS para as pessoas idosas	% de utilização	Estimativa do Nº de pessoas idosas em casa	Estimativa (%) de pessoas idosas em casa sobre total das pessoas idosas
Norte	644 560	66 376	10,3%	122,0%	83 071	79,9%	578 184	89,7%
Centro	513 590	57 850	11,3%	167,4%	73 653	78,5%	455 740	88,7%
AML[89]	554 139	64 704	11,7%	123,8%	83 215	77,8%	489 435	88,3%
Alentejo	179 111	21 942	12,3%	178,9%	28 064	78,2%	157 169	87,7%
Algarve	88 936	6 489	7,3%	129,8%	8 941	72,6%	82 447	92,7%
Continente*	**1 980 336**	**217 361**	**11,0%**	**136,4%**	**276 944**	**78,5%**	1 762 975	89,0%

Legenda: RS – Equipamentos Sociais para a População Idosa. * Não inclui os arquipélagos dos Açores e da Madeira.

Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2017), INE (2017) e PORDATA (2018).

Tabela 16 - Comparação Taxa de Cobertura e Ocupação das Respostas Sociais para as pessoas idosas, Continente, 2011 e 2016.

	2011	2016	Desvio (%)
População 65 mais anos	1 980 336	2 084 829	5,3
Capacidade RSPI	276 944	294 547	6,4
Nº de utentes em RPSI	217 361	226 888	4,4
Taxa de cobertura RSPI	13,98	14,13	1,03
Taxa de Ocupação RSPI	78,49	77,03	-1,86

Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2018).

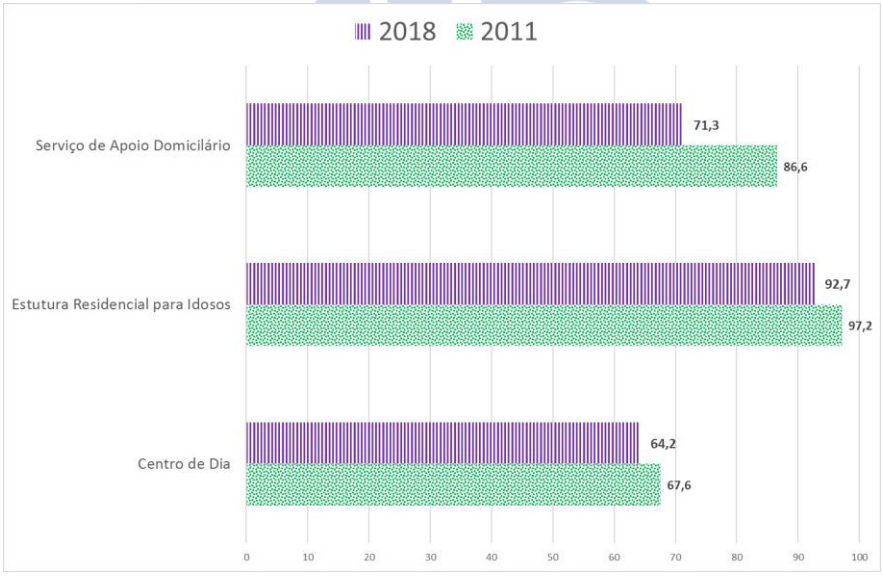
[88] Abreviatura de Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social.

[89] Abreviatura de Área Metropolitana de Lisboa.

A análise comparativa entre a população com 65 e mais anos (Censos, 2011) e o total da capacidade de respostas sociais, permite concluir que a nível nacional a Taxa de Cobertura das respostas sociais para as pessoas idosas era da ordem dos 11%, sendo maior a cobertura na região do Algarve (92,7%). À semelhança da Taxa de Utilização, não existe uma relação direta entre a Taxa de Cobertura e o Índice de Envelhecimento.

Estabelecendo-se uma análise comparativa entre os indicadores da Carta Social de 2011 e a estimativa da população residente em 2016, conclui-se que apesar da taxa de cobertura da Respostas Sociais para a População Idosa ter aumentado 1,03%, registou-se uma quebra de 1,86% na Taxa de Ocupação. No que se refere à análise por resposta social, destaca-se no Serviço de Apoio Domiciliário o maior desvio, existindo uma redução de 17,7% em relação a 2011 (Gráfico 31, Tabela 17).

Gráfico 31 – Análise comparativa da Taxa de Ocupação das Respostas Sociais para a População Idosa, Continente, 2011 e 2018.



Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2018).

Tabela 17 – Portugal Continental NUT III, Carta Social, Rede de Equipamentos para a População Idosa, nº de equipamentos,

NUT II	Centro de Convívio	Centro de Dia	Centro de Noite	Estrutura Residencial para as pessoas idosas	Serviço de Apoio Domiciliário	TOTAL
Braga	16	129	1	158	209	513
Bragança	5	80	0	101	92	278
Porto	100	203	1	224	288	816
Viseu	7	104	2	136	181	430
Vila Real	5	48	1	80	112	246
Viana do Castelo	19	56	2	64	80	221
Norte:	**152**	**620**	**7**	**763**	**962**	**2 504**
Aveiro	24	151	0	132	176	483
Leiria	35	119	0	156	138	448
Castelo Branco	9	127	1	99	144	380
Coimbra	12	167	3	134	191	507
Guarda	6	172	5	139	201	523
Centro:	**86**	**736**	**9**	**660**	**850**	**2 341**
Setúbal	28	107	0	138	110	383
Lisboa	83	245	4	401	340	1 073
Santarém	41	132	0	164	149	486
AML	**152**	**484**	**4**	**703**	**599**	**1 942**
Portalegre	18	73	0	77	70	238
Beja	5	50	0	70	60	185
Évora	29	89	0	100	82	300
Alentejo:	**52**	**212**	**0**	**247**	**212**	**723**
Faro	9	58	0	82	80	229
Região Algarve	**9**	**58**	**0**	**82**	**80**	**229**
Nº Total Nacional de Respostas Sociais população idosa	**451**	**2 110**	**20**	**2 455**	**2 703**	**7 739**

Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2018).

Tabela 18 – Taxa de Cobertura e Ocupação da Rede Equipamentos Sociais para População Idosa,

NUT II	Nº de Equipamentos	Capacidade	Nº de utentes	Taxa Ocupação	População 65 e mais	Taxa de cobertura
Norte	2 504	90 556	71 562	79,0	691 167	13,1
Centro	2 341	77 738	60 144	77,4	528 215	14,7
AML	1 942	88 164	66 834	75,8	593 460	14,9
Alentejo	723	28 129	21 282	75,7	179 242	15,7
Algarve	229	9 960	7 066	70,9	92 745	10,7
Continente	**7 739**	**294 547**	**226 888**	**77,0**	**2 084 829**	**14,1**

Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2018).

Pese embora o facto da Carta Social não se constituir como registo cadastral dos equipamentos sociais existentes em Portugal, tratando-se de uma atualização de informação que resulta de um processo dinâmico das entidades que desenvolvem respostas sociais no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos e na colaboração dos serviços do Instituto da Segurança Social, IP, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e da Casa Pia de Lisboa, os dados registados constituem um instrumento multiusos de referência em Portugal, utilizado como referência em estudos sobre a RSES em Portugal.

Tabela 19 – Portugal Continental NUT III, Carta Social, Rede de Equipamentos para a População Idosa, Taxa de Ocupação,

NUT II	Centro de Convívio	Centro de Dia	Centro de Noite	Estrutura Residencial para as pessoas idosas	Serviço de Apoio Domiciliário	Total
Braga	66,7	80,0	100,0	96,2	79,7	84,9
Bragança	79,5	40,7	0,0	95,2	71,6	74,5
Porto	76,9	75,9	0,0	88,4	68,8	76,6
Viseu	62,5	65,2	103,3	97,4	74,3	81,4
Vila Real	90,4	69,3	100,0	92,5	74,2	79,9
Viana do Castelo	75,7	67,6	87,5	92,4	66,9	75,7
Norte:	**75,4**	**70,4**	**88,7**	**93,3**	**72,6**	**79,0**
Aveiro	68,7	77,6	0,0	94,3	81,6	84,1
Leiria	50,1	60,7	0,0	97,3	76,4	79,2
Castelo Branco	74,5	52,3	100,0	93,4	70,3	73,8
Coimbra	69,7	63,5	100,0	94,4	76,2	78,2
Guarda	53,5	44,8	93,1	93,5	63,2	70,0
Centro:	**64,0**	**61,1**	**95,9**	**94,6**	**74,0**	**77,4**
Setúbal	74,9	60,5	0,0	93,2	79,5	77,9
Lisboa	74,1	71,7	42,3	88,1	68,9	75,7
Santarém	70,8	64,2	0,0	88,3	66,6	74,2
AML	**73,5**	**67,3**	**42,3**	**89,2**	**70,3**	**75,8**
Portalegre	72,1	51,9	0,0	95,9	58,8	73,5
Beja	136,4	38,5	0,0	93,1	57,0	69,6
Évora	99,4	65,5	0,0	95,9	72,4	83,1
Região Alentejo:	**87,3**	**53,1**	**0,0**	**94,9**	**62,6**	**75,7**
Faro	72,0	43,0	0,0	93,5	64,6	70,9
Região Algarve	**72,0**	**43,0**	**0,0**	**93,5**	**64,6**	**70,9**
Total Nacional de Respostas Sociais população idosa	**74,8**	**64,2**	**82,4**	**92,7**	**71,3**	**77,0**

Fonte: Elaborado a partir de CARTA SOCIAL (2018).

Numa tentativa de explicar o paradoxo entre o aumento da população idosa e a diminuição da taxa de Ocupação das Respostas Sociais para as pessoas idosas (Tabela 18, Tabela 19), estabelecendo-se uma analogia em termos do comportamento do Mercado Sénior, ao nível da oferta e a procura, apresentando os indicadores da Carta Social uma quebra da procura dos serviços, considera-se pertinente explorar o estudo da ocupação das respostas sociais para as pessoas idosas, tendo em vista a garantia da sustentabilidade dos serviços, bem como a respetiva adequação às necessidades das famílias.

Existem ainda outras fontes, que revelam que a crise de 2008 obrigou as famílias a retirar as pessoas idosas das respostas sociais.

> "*O presidente da União de Misericórdias Portuguesas (UMP) alertou hoje para o facto de já haver "famílias que estão a retirar os familiares dos lares para pessoas idosas e a levá-los para casa para tirar proveito da reforma que eles recebem*" (LUSA, 2008).

A redução da taxa de ocupação das respostas sociais para as pessoas idosas, é corroborada ainda pelo presidente das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entidade de congrega as 5.584 IPSS existentes em Portugal (INE, 2013), que refere "*continuamos a ter enormes listas de espera e muitas solicitações para acolher as pessoas idosas*" (CNIS, 2011).

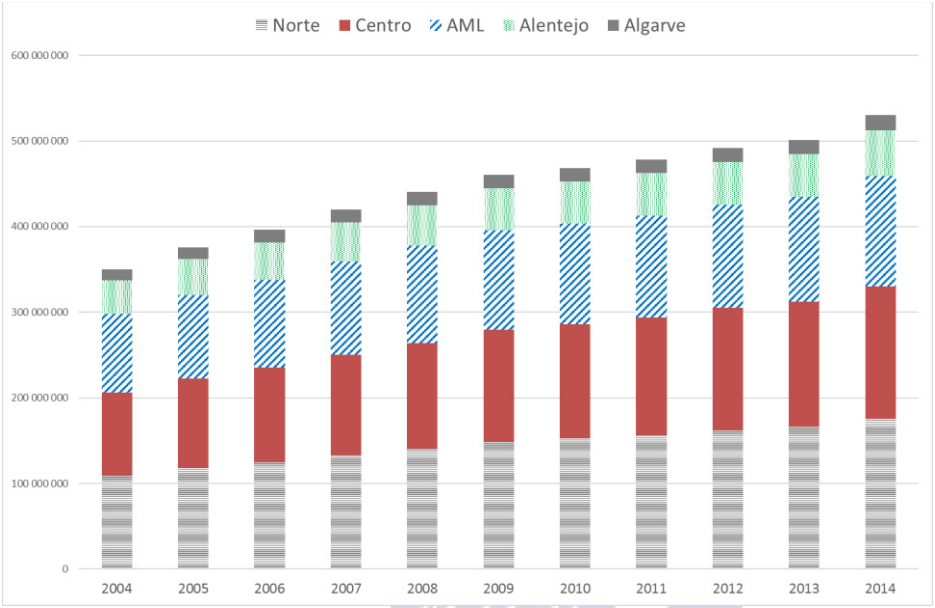
4.10.4.4 Investimento na rede formal de respostas sociais para a população idosa dependente

O investimento na rede formal de respostas sociais para a população idosa em Portugal, entre 2004 e 2014 totalizou 4.9 mil milhões de euros, correspondendo a uma prioridade dos diversos governos em aumentarem a oferta de serviços (Gráfico 32, Gráfico 33, Tabela 20).

Estabelecendo-se uma análise comparativa por regiões (NUTII) e a evolução da população com 65 e mais anos, constata-se que a região com maior variação do índice de envelhecimento foi o Norte (80%), correspondendo também à região com maior investimento de respostas sociais para a população idosa (32,3%). Por sua vez, estabelecendo-se

o critério de comparação índice de dependência das pessoas idosas, a região com maior variação foi a Área Metropolitana de Lisboa (49,1%), correspondendo à segunda região do país com maior investimento.

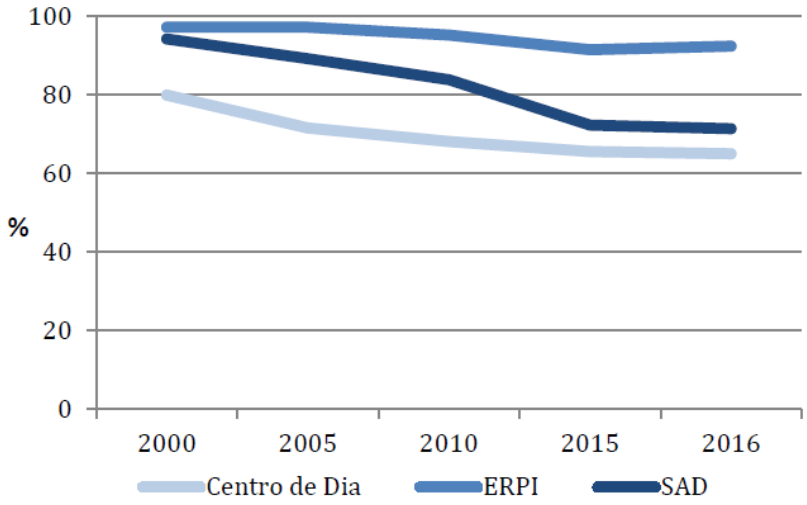
Gráfico 32 - Evolução do investimento em Portugal na rede formal de respostas sociais para a população idosa, 2004-2014.



Fonte: Elaborado pa partir de GPE do ISS, IP.

Definindo-se ainda o critério de comparação índice de longevidade, a região do Alentejo destacou-se com maior crescimento entre 2001 e 2016, correspondendo, no entanto, à quarta região do Continente em termos de investimento em respostas sociais para as pessoas idosas (Gráfico 31, Gráfico 32, Tabela 20, Tabela 22, Tabela 23).

Gráfico 33- Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, Portugal Continental - 2000 – 2016.



Fonte: Elaborado a partir de Carta Social (2017)

Tabela 20 – Investimento total na rede de equipamentos sociais para a população idosa, NUT III, 2004 a 2014.

NUT III	Investimento (€)		População Continente			População 65 e mais anos		
	Total	%	2001	2016	Var.	2001	2016	Var.
Norte	1 585 260 027	32,3	3 688 037	3 594 177	-2,5	517 547	691 167	33,5
Centro	1 399 844 991	28,5	2 348 162	2 250 149	-4,2	460 328	528 215	14,7
AML	1 240 654 375	25,2	2 665 212	2 817 014	5,7	413 179	593 460	43,6
Alentejo	517 594 692	10,5	776 225	721 239	-7,1	174 513	179 242	2,7
Algarve	170 532 370	3,5	397 040	441 699	11,2	74 401	92 745	24,7
Continente	4 913 886 453	100,0	9 874 676	9 824 278	-0,5	1 639 968	2 084 829	27,1

Fonte: Elaborado a partir de GPE do ISS, IP.

Tabela 21 – Evolução dos índices de envelhecimento, dependência e longevidade, 2001 e 2016, Continente NUT III.

NUTS II	Índice de envelhecimento (%)			Índice de dependência das pessoas idosas (%)			Índice de longevidade (%)		
	2001	2016	Var.	2001	2016	Var.	2001	2016	Var.
Norte	79,4	142,9	80,0	20,5	28,6	39,5	40,8	47,4	16,2
Centro	129,2	185,9	43,9	30,1	36,7	21,9	43,9	52,2	18,9
AML	102,2	132,7	29,8	22,4	33,4	49,1	40,1	46,0	14,7
Alentejo	161,9	193,1	19,3	35,3	39,9	13,0	43,4	54,5	25,6
Algarve	126,3	139,3	10,3	28,2	32,8	16,3	44,7	50,4	12,8
Continente	119,8	158,8	32,5	27,3	34,3	25,6	42,6	50,1	17,7

Fonte: Elaborado a partir PORDATA (2018).

A análise do valor do investimento por habitante e população residente com 65 e mais anos, na rede de equipamentos sociais para a população idosa, entre 2004 e 2014, apresenta valores diferentes por região, não sendo possível estabelecer uma relação com os critérios, índice de envelhecimento, índice de dependência e índice de longevidade.

Tabela 22 – Relação total investimento na rede formal de equipamentos sociais para a população idosa, 2004 a 2014.

NUT III	Relação Investimento (€) / população	
	Habitante	65 e mais anos
Norte	441	2 294
Centro	622	2 650
AML	440	2 091
Alentejo	718	2 888
Algarve	386	1 839
Continente	500	2 357

Fonte: Elaborado a partir PORDATA (2018).

Tabela 23 – Investimento na Rede de Equipamentos Sociais para a População Idosa - Despesa da Cooperação 2004-2014.

Distrito	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	TOTAL	%
Aveiro	41 776 990	36 546 682	37 590 331	35 599 358	33 772 026	32 894 288	30 989 631	29 502 630	27 446 338	25 308 395	23 587 583	**357 015 052**	7,3%
Beja	18 147 889	16 935 059	16 853 191	16 451 671	16 378 336	16 422 330	15 948 548	15 409 074	14 883 549	14 120 242	13 086 280	**174 615 948**	3,6%
Braga	36 401 459	36 488 794	35 915 444	34 457 107	33 128 607	31 920 830	30 156 999	28 547 131	26 618 610	25 291 599	23 445 711	**344 372 291**	7,0%
Bragança	17 812 202	16 380 031	15 837 383	15 557 634	15 387 236	15 045 406	14 345 312	13 261 330	12 490 486	11 950 562	11 419 479	**159 487 061**	3,2%
Castelo Branco	21 949 889	20 481 933	20 096 155	19 461 224	19 509 240	19 634 901	18 657 029	17 822 380	17 123 221	16 231 245	14 955 003	**206 922 020**	4,2%
Coimbra	36 042 887	34 205 352	33 876 868	32 800 523	31 875 342	31 550 021	30 202 535	28 858 417	27 416 820	26 031 778	24 155 180	**337 015 521**	6,9%
Évora	17 332 642	16 548 053	16 304 480	16 103 880	15 994 874	15 997 888	15 526 232	14 891 463	14 179 788	13 717 802	13 082 707	**169 679 808**	3,5%
Faro	17 953 577	16 381 935	16 345 078	16 193 011	15 862 983	15 692 027	15 585 376	15 130 506	14 493 611	13 729 225	13 165 039	**170 532 370**	3,5%
Guarda	26 007 229	25 074 935	24 734 271	24 098 458	23 451 605	22 443 132	21 068 486	20 100 605	19 278 275	18 721 980	17 228 923	**242 207 898**	4,9%
Leiria	28 820 349	27 552 373	26 921 456	26 132 992	25 216 456	24 212 095	22 734 517	21 288 994	19 558 972	18 200 117	17 048 179	**257 684 499**	5,2%
Lisboa	68 668 856	64 890 131	64 015 820	63 021 954	63 031 062	62 231 749	59 957 624	56 712 213	53 601 898	51 108 128	48 776 547	**656 015 981**	13,4%
Portalegre	17 873 835	16 771 146	16 619 118	16 754 648	16 643 744	16 461 119	15 652 821	15 147 263	14 518 054	13 822 216	13 034 971	**173 298 935**	3,5%
Porto	52 843 546	50 458 575	48 266 195	46 680 282	46 471 039	45 856 973	43 953 997	41 921 137	39 017 498	36 582 813	33 515 422	**485 557 476**	9,9%
Santarém	30 443 585	28 862 223	28 475 868	27 570 472	26 739 952	26 840 732	25 421 191	24 133 048	22 521 936	21 161 880	19 654 838	**281 845 446**	5,7%
Setúbal	29 760 945	28 895 642	28 541 086	28 351 892	27 323 170	27 532 564	26 678 092	27 880 751	26 664 151	25 743 033	23 441 622	**302 792 948**	6,2%
Viana do Castelo	16 509 279	15 061 625	14 259 301	13 765 285	12 947 445	12 830 127	12 273 880	11 777 529	11 162 387	10 489 742	9 621 344	**140 697 744**	2,9%
Vila Real	18 459 346	17 943 222	17 816 244	17 451 436	16 832 841	16 553 778	15 012 437	14 219 732	13 628 644	13 484 462	12 313 387	**173 715 331**	3,5%
Viseu	31 772 741	29 973 361	29 539 435	28 045 981	27 595 244	26 401 476	24 498 001	23 144 430	21 632 152	20 142 709	18 684 594	**281 430 123**	5,7%
Total:	**530 576 628**	**501 451 072**	**491 997 722**	**478 497 807**	**468 181 802**	**460 521 434**	**440 662 507**	**419 726 632**	**396 216 390**	**375 837 628**	**350 216 829**	**4 913 886 453**	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de CARTA SOCIAL (2017) e ISS.IP

4.11 O Uso do Tempo do Cuidador Informal

A perspetiva de análise do Uso do Tempo ocupa na literatura do cuidador informal, um destaque associado à forma como o tempo é distribuído pelas diversas pessoas que integram o agregado doméstico. A ocupação do tempo pelas famílias representada através de Estatísticas do Uso do Tempo (EUT), apresentam inúmeras evidências empíricas dos impactos diretos e indiretos na economia, saúde, família e no próprio recetor dos cuidados informais, revestindo-se de grande utilidade para o estudo do Cuidador Informal.

> "*Ha llegado la hora de que nuestro sistema estadístico se centre más en la medición del bienestar de la población que en la medición de la producción económica y es conveniente que dichas mediciones del bienestar se restituyan en un contexto de sustentabilidad*" (Rodríguez Galdo et al., 2014, p. 12).

As alterações produzidas na família decorrentes da II transição demográfica do século XX (Van de Kaa, 2002), para além de afetarem a instituição familiar, constitui uma preocupação generalizada em diversos níveis na sociedade.

Nas últimas décadas do século XX, o tema da solidariedade entre gerações foi objeto de estudo de inúmeros trabalhos científicos. Nos Estados Unidos destacam-se: Shanas (1979); Litwak (1985); Bengtson e Mangen (1988). Na Europa, uma década depois, ganham projeção científica: Attias-Donfut (1995); Kellerhals (1994); Finch & Mason (1990, 1993). Todos estes trabalhos, para além de abordarem os aspetos normativos e funcionais das entreajudas, vieram fazer face ao mito da crise da família e à perda das relações de parentesco. Subjacente a esta visão, incidiu uma visão *familista* sobre o papel dos atores sociais da esfera familiar (Gil, 2010, p. 118).

Perante as mudanças ocorridas, iniciadas nos anos 80 do século passado, sob a ideologia do "familismo", ligadas à reivindicação do "lar e família" enquanto lugares indiscutíveis do cuidado de dependentes (Walker, Pratt & Eddy, 1995; Fast, 1999, citado por Rodríguez Galdo & Freire, 2011, p. 54), a mulher assumia as responsabilidades da realização das tarefas principais.

Decorridos dezoito anos do século XXI, a revisão da literatura refere que, ainda se mantém os pressupostos básicos do "familismo", fortemente enraizado nas sociedades, persistindo a visão que a mulher é a única responsável pelo lar.

É na década de 1990 que os cuidados prestados na família, por um ou mais membros, passam a ser designados por "*cuidador familiar*", encontrando-se associado à designação anglo-saxónica de "*carer*" ou "*caregiver*", definida por Bytheway & Johnson (1998, p. 241) citado por Gil (2010, p. 36) como sendo "alguém que presta cuidados a outra pessoa.

São utilizadas diferentes expressões: "cuidadores familiares", "cuidadores naturais", "cuidadores informais", "principal cuidador", ou "principal suporte", tratando-se de categorias que apesar da utilização indiferenciada, designam o mesmo. O que está em causa é: a ajuda à família, a qual pode ser filial, conjugal, ou até mesmo alargada, proveniente de diferentes gerações.

Na generalidade, os cuidados familiares são designados por "trabalhos domésticos", continuando a ser sistematicamente ignorados nas estatísticas oficiais, apesar da sua inegável importância. Os cuidados familiares na dependência, associam-se ao trabalho não remunerado, desenvolvidos no espaço doméstico, sendo subestimados em relação ao "trabalho remunerado", tornando-se a principal forma de ocupação do tempo e a forma mais visível de lhe reconhecer e dar valor (Perista, 1992, 1997, 1999a; Torres & Silva, 1998; Torres et al., 2004).

A literatura sobre os cuidados familiares inicia-se com a perspetiva dos efeitos dos cuidados provocados em quem cuida, e nas estratégias adaptativas ao papel de cuidador, assumido socialmente. As primeiras abordagens ganham destaque passando-se uma imagem de experiências negativas, associadas à carga, ao desgaste físico e emocional (que é real) das atividades realizadas pelo cuidador informal. Agregam-se assim ao estudo dos cuidadores informais o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit, 1980, 1986; Pearlin et al., 1990).

O tema da solidariedade familiar surge também na década de 1990 na literatura do cuidador informal, utilizando-se a abordagem da diversidade familiar, do conflito, violência doméstica, isolamento

social das pessoas idosas, stress do cuidador, destacando-se os trabalhos de: Lavoie (1999, 2000); Paveza (1992); Steinnetz (1988); Luescher & Pillemer (1988); Lacks et. al. (1997); Tortosa (2004), entre outros.

Para García (2010) o tema dos cuidados familiares deve ser abordado segundo uma perspetiva dinâmica, na medida em que está demonstrado que os direitos e deveres em torno dos cuidados aos dependentes estão em constante transformação, tanto em termos políticos (elaboração de leis, serviços, etc.) como sociais (distribuição de responsabilidades dentro de casa, consciência pública, papel do voluntariado, etc.).

Carvalho (2009, p. 83) refere os cuidados prestados, quer pela rede familiar, quer pelas redes institucionais, são predominantemente prestados por cuidadores femininos.

Em Portugal, apesar de nos últimos anos, terem sido introduzidas medidas legislativas destinadas à valorização da igualdade e a paridade entre os sexos, quer na esfera pública quer na esfera privada (ex. revisão da Constituição de 1997, introdução do princípio da igualdade e o princípio da não discriminação entre homens e mulheres no trabalho, promovendo para ambos os sexos a conciliação entre a vida profissional e familiar, implicando uma maior partilha de cuidados domésticos) as orientações legislativas não se revelam na prática, designadamente em relação ao reconhecimento desses princípios como direitos da parte das entidades empregadoras (Torres et al., 2004).

Os estudos sobre o uso do tempo (EUT) são uma das formas de análise do contrato social, da sua execução real (Durán, 1997b, p. 164). Desde o último terço do século XX começaram a formar-se em todo o mundo pequenos grupos especializados na investigação sobre o tempo que lentamente têm contribuído para uma comunidade científica.

Integrado no crescimento dos estudos sociais e económicos, produzido em todos os países desenvolvidos nas últimas décadas, o uso tempo adquiriu importância para facilitar a tomada de decisões políticas e a necessidade de gestão de recursos humanos (Durán, 2012, p. 4).

Os EUT têm vido a merecer um reconhecimento crescente da produção científica. Constitui uma fonte estatística que, por intermédio do cruzamento de informação recolhida através de diversos instrumentos, permite a análise das práticas habituais de mulheres e

homens no contexto dos agregados domésticos, nomeadamente ao nível das formas de trabalho não pago, associadas à mensuração do tempo efetivamente despendido por umas e por outros nos diferentes tipos de tarefas.

As pesquisas sobre o uso do tempo da população começaram no início do século XX, em certas cidades e bairros, na Europa e nos Estados Unidos, com a incorporação nos discursos políticos, sociais e económicos do conceito de "*políticas de bem-estar*".

Em Portugal, o primeiro estudo sobre o uso do tempo considerado como a primeira fonte estatística data de 1999, que deu origem à publicação "*Sexo e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens*" (Perista, 2010, p. 42). Os resultados permitiram uma abordagem analítica na perspetiva dos usos do tempo, confirmaram e deram evidência à acentuada assimetria, que persistia, e ainda persiste, na partilha do trabalho não pago entre mulheres e homens.

As conclusões do estudo vieram a conhecer ampla divulgação, tendo contribuído para alimentar o debate público bem como a fundamentação de políticas de promoção da igualdade entre mulheres e homens e da conciliação da vida profissional com a vida familiar e pessoal (Perista et al., 2016, p. 6)

A atualização do diagnóstico do uso do tempo realizado em 1999, foi efetuada com o projeto "*INUT - Inquérito Nacional aos Usos do Tempo de Homens e de Mulheres"*, realizado entre 2014 e 2016, com a finalidade de obter e analisar dados atuais sobre os usos do tempo de mulheres e de homens em Portugal, no que respeita em particular ao trabalho pago e ao trabalho não pago de cuidado.

Este diagnóstico, entre outros objetivos, visava sensibilizar para a necessidade de uma distribuição equilibrada do trabalho não pago de cuidado entre mulheres e homens, bem como formular recomendações para as políticas públicas no domínio da articulação da vida profissional, familiar e pessoal, como instrumento para a igualdade de sexo (Gráfico 34, Gráfico 35, Gráfico 36, Gráfico 37). As divisões de trabalho dentro da família geralmente seguem o eixo de sexo, tornando a mulher "dependente" dos rendimentos do homem, e estes por sua vez são "dependentes" do trabalho não remunerado produzido no lar pelas

mulheres. Esta divisão do trabalho regista atualmente significativas alterações, mais pela incorporação da mulher no emprego remunerado, do que propriamente pela incorporação do homem na produção de serviços não remunerados no lar para os cuidados da sua própria manutenção e de outros membros da família que residem em casa ou na família alargada (Garcia, 2010, pp. 67-110).

As famílias constituem, hoje ainda, espaços de desigualdade. O nível e o tipo de participação dos homens nas tarefas domésticas, mas também no trabalho de cuidado, não são suficientes para assegurar uma partilha equilibrada de tempos, em função do sexo, ao nível do trabalho não pago. Uma outra dimensão a equacionar, neste domínio, refere-se à capacidade de externalização das tarefas domésticas. Complementarmente às práticas habituais, importa analisar as perceções, também elas genderizadas, sobre a justiça / injustiça da partilha das tarefas domésticas (Perista et al., 2016, p. 8).

De acordo com Xunta de Galicia (2009, p. 227) existem duas tendências para a utilização dos estudos sobre o uso do tempo: (a) tendência social (associada aos indicadores sociais, à procura da cultura e lazer, as necessidades de cuidados para crianças e para as pessoas idosas, à qualidade objetiva de vida, estilos de vida, estrutura social, entre outros), e (b) tendência económica (relacionada com o estudo da economia paralela, a economia dos lares, a divisão do trabalho numa perspetiva de sexo).

No âmbito da União Europeia, diversos países têm vindo a realizar este tipo de operação estatística, seguindo uma metodologia harmonizada, atividade coordenada pelo Eurostat (EUROSTAT, 2018).

Garcia (2010) considera que o estudo do tema dos cuidados familiares, para além da perspetiva sócio-demográfica deve ser abordado numa perspetiva dinâmica.

> "*Los derechos y deberes en torno al cuidado a personas dependientes están en permanente transformación, tanto en términos políticos (creación o supresión de leyes, servicios, etc.) como sociales (distribución de responsabilidades en el interior de los hogares, sensibilización ciudadana, papel del voluntariado, etc.)*" (Garcia, 2010, p. 68)

Quando Gil (2010) se refere aos cuidadores informais como, "*cuidadores invisíveis"*, designando-os ainda como "*Heróis do Quotidiano*", sem querer ferir suscetibilidades dos mais céticos em relação ao efetivo papel da mulher na dinâmica familiar em torno da dependência, as conclusões dos diversos estudos efetuados na primeira década do século XXI, sugerem que estamos na presença de heroínas e não de heróis.

> "*São principalmente filhas, esposas, netas, as grandes cuidadoras. O acto de cuidar é marcadamente feminino, evidenciando-se as situações onde o cuidador é do sexo masculino, situações menos frequentes, mas nem por isso menos exemplares*" (Gil, 2010, p. 16).

A afirmação anterior de designar as mulheres como "*heroínas*" dos cuidados informais prestados às pessoas dependentes, não tem como argumentos os exageros do feminismo ou a retórica machista, mas sim, a constatação da existência de inúmeras evidências empíricas que destacam o sexo feminino, enquanto principal titular do maior uso da ocupação do tempo dos cuidados informais.

Poderia ainda acrescentar a experiência pessoal, enquanto ator do sexo masculino no mundo do trabalho do Terceiro Sector, iniciada em 2000, apresentado factos concretos relacionados com os dramas das famílias pela não existência de apoio a quem cuida dos mais velhos dependentes em casa, relatos cujas vozes são predominantemente femininas, contudo, o palco da presente exposição, é outro, merecendo o rigor científico, na qual a isenção deve constar como o pilar da argumentação teórica.

De acordo com Tobío et al. (2010, p. 13) a incorporação das mulheres no mundo do trabalho remunerado e o aumento progressivo da esperança de vida, são dois fatores que nos próximos anos vão colocar-se como os principais desafios dos cuidados de pessoas.

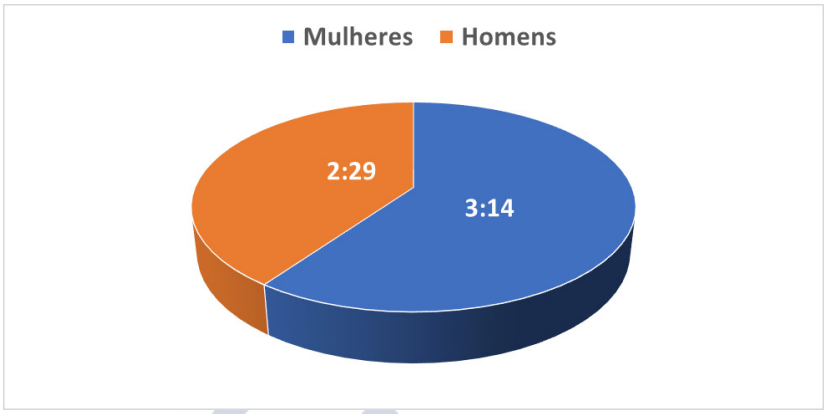
Por um lado, as mulheres aspiram a igualdade dentro e fora do lar, considerando-se um modelo ultrapassado a vinculação exclusiva às tarefas domésticas, dedicadas grande parte ao cuidado dos filhos, dos doentes e das pessoas idosas. Por outro, o mercado de trabalho passou a exigir das mulheres a permanecia a tempo inteiro.

Cordero-Torrón et al. (2014, p. 169), referem que à medida que o número de pessoas mais velhas aumenta, também cresce o interesse sobre a natureza das relações entre as crianças e os pais quando essa parte da família envelhece e, especialmente, entre esse grupo e a segunda geração, de netos e netas, considerando-se os avós uma referencia enquanto cuidadores dos mais novos.

> "*Nos encontramos con la paradoja de que si bien la disponibilidad de recursos familiares para los cuidados tiende a reducirse, debido principalmente a los cambios en la trayectoria de vida de las mujeres y en la misma concepción de "familia", la feminización del cuidado (considerado siempre desde la óptica familiar) continúa siendo la realidad dominante*" (Cordero-Torrón et al., 2014, p. 168).

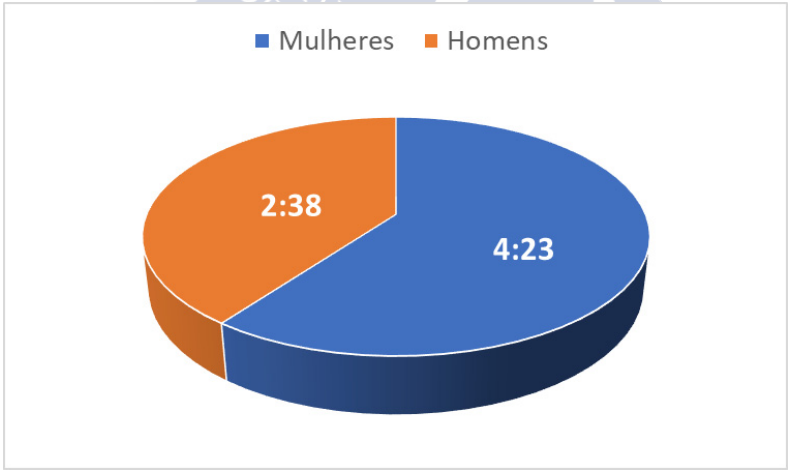
USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Gráfico 34 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Trabalho de cuidado (horas: minutos).



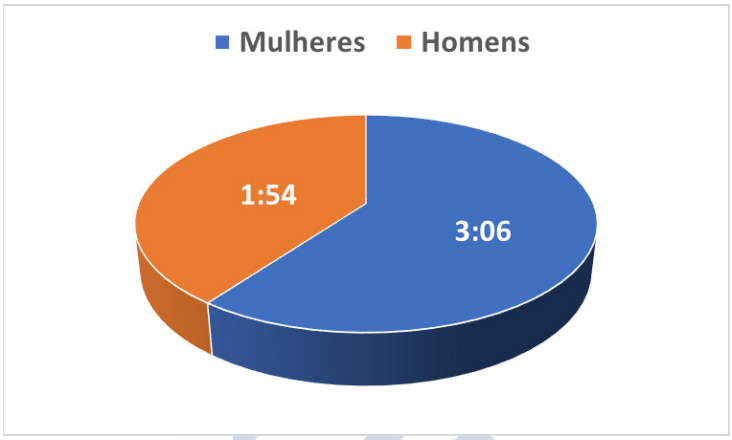
Fonte: Elaborado a partir de Perista et al. (2016, p. 9).

Gráfico 35 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Total (horas: minutos).



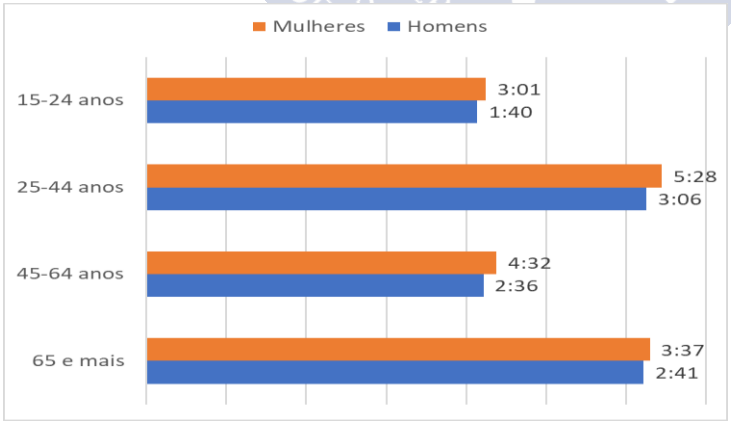
Fonte: Elaborado a partir de Perista et al. (2016, p. 9).

Gráfico 36 - Tempo médio de trabalho não pago no último dia, por sexo – Tarefas Domésticas (horas: minutos).



Fonte: Elaborado a partir de Perista et al. (2016, p. 9).

Gráfico 37 – Tempo médio de trabalho não pago por dia útil, segundo o grupo etário, por sexo (hora: minutos)



Fonte: Elaborado a partir de Perista et al. (2016, p. 9).

Encontramo-nos perante o antagonismo da tendência da redução da disponibilidade dos recursos familiares, e a mesma conceção da família. Por um lado, temos as mudanças da trajetória de vida das mulheres, conquistando a pulso nas organizações os mesmos papéis desempenhados por homens, por outro, mantém-se a feminização dos cuidados na ótica familiar.

Assistimos a um aumento da vida que conduz também a um aumento do tempo disponível para as relações, que não são estáticas muito menos debilitadas, tratando-se de um processo que afeta as relações intra e intergeracionais e à manutenção das redes familiares com distintas intensidades.

De acordo com Pérez Díaz (2003, pp. 91-121) a nova geração de velhos e velhas está a revolucionar o perfil sociológico da velhice. Trata-se de uma geração que cumpre 65 anos, que pela primeira vez conseguiram a escolaridade completa, disfrutaram de uma vida adulta profissional sem interrupções bélicas, vieram do trabalho rural e adaptaram-se às cidades, disfrutando do consumo de massas.

Quando Rozenkier & Renaut (1995, pp. 181-208) referiram que as "*Famílias eram à prova da dependência*", apresentavam já em 1995 as evidências da capacidade das famílias em responderem aos desafios da dependência e ainda, à capacidade do embate no *modus vivendi* em plena transformação.

Tabela 24 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro 2016: total e por grupo etário (unidade indivíduo).

Anos	Grupos etários					
	Pop. 65 mais anos	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1986	1 227 894	406 779	346 430	263 085	142 999	68 601
2016	2 176 640	606 795	510 244	426 680	347 305	285 616

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Tabela 25 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro 2016: total e por grupo etário (unidade indivíduo).

Anos	Grupos etários					
	Pop. 65 mais anos	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Variação nº (1986 /2016)	948 746	200 016	163 814	163 595	204 306	217 015
Variação % (1986 /2016)	77,3	49,2	47,3	62,2	142,9	316,3

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Ao revermos a literatura sobre o cuidador informal, quando constatamos que em Portugal se aguarda há dois anos pela aprovação do Estatuto do Cuidador, quando se perceciona as dificuldades Políticas para aprovação de projetos de lei, destinados a apoiar mais de 1,4 milhões de pessoas com 65 anos[90] (Tabela 24)) prevendo-se o potencial desgaste do cuidador informal, reforça-se a importância de estudos sobre o uso do tempo das famílias, numa perspetiva do cuidado informal e ainda da ocupação do tempo dos mais velhos.

Por sua vez, o aumento em Portugal nos últimos 30 anos da população com 65 anos da ordem dos 77,3%, existindo um aumento de 316,3% do grupo etário com mais de 85 anos (Tabela 25) registando-se uma sobreocupação das respostas sociais para as pessoas idosas poder-se-á acrescentar que as famílias portuguesas são "resilientes e à prova da dependência".

[90] A estimativa do número de potenciais cuidadores informais, foi calculada com base no estudo de Martín (2010), que permitiu concluir que em Portugal em 2011 existia uma sobreocupação das respostas sociais para pessoas idosas.

Tabela 26 - População residente em Portugal, estimativas a 31 de dezembro: total e por sexo (unidade: individuo - milhares).

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1986	10 035	4 840	5 195
2016	10 310	4 882	5 427
	% Sexo (1986)	48,2	51,8
	% Sexo (2016)	47,4	52,6

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

O relatório da Comissão sobre a medição do desenvolvimento económico e o progresso social, coordenado por J. Stiglitz, A. Sen e J.P. Fitoussi (2009), colocou na agenda política dos países da OCDE o debate sobre a "pertinente seleção dos conceitos e o uso adequado dos mesmos para a medição do bem-estar (Rodríguez Galdo & Freire, 2011, p. 55).

As recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e Desenvolvimento Social, com especial referência a nº 6, destacam a importância e o reconhecimento da mesuração do bem-estar das populações

> *"Recommendation 6: Quality of life depends on people's objective conditions and capabilities. Steps should be taken to improve measures of people's health, education, personal activities and environmental conditions. In particular, substantial should effort be devoted to developing and implementing robust, reliable measures of social connections, Political voice, and insecurity that can be shown to predict life satisfaction"* (Stiglitz et al., 2009, p. 55).

Para Dopico (2010, pp. 5-6) entre as novas orientações das Ciências Sociais as medidas do bem-estar das populações devem ter como referência a perspetiva dos "*Hogares*"[91], analisando-se no dominio do PNB[92]: os usos do tempo, a valorização do ócio, os riscos e vulnerabilidade, o conceito de rendimento total, a valorização da produção dos serviços em casa (contas satélite) e o ajustamento entre as medidas de rendimento e consumo, com os serviços prestados pelo Administração Pública, medidas estas que devem ser extensivas à atividade económica dos Lares.

> "*La relación entre uso o empleo del tiempo y calidad de vida señalada por R. Andorka en 1987, se pone todavía más en evidencia a la hora de valorar el tiempo libre (cuando se tiene), o el derecho a tenerlo y de usarlo libremente como un factor determinante para la salud física y mental de las personas, pues a nadie se le escapa hoy que tener mayores cuotas de libertad en el uso del tiempo es un elemento imprescindible en la consecución del bienestar*" (Rodríguez Galdo et al., 2014, p. 14).

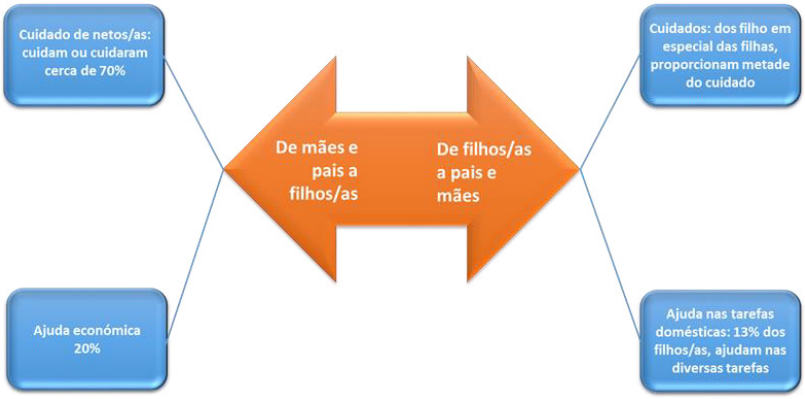
Existem inúmeras evidências empíricas que sustentam as transferências intergeracionais ascendentes e descendentes dentro da família. Rodríguez Galdo et al. (2014) representou através de um fluxograma as relações existentes em termos das transferências intergeracionais que ocorrem no lar (Ilustração 35).

À direita da Ilustração encontram-se representadas as tarefas que, normalmente, os membros da família prestam ajuda às pessoas idosas (ex. situações de dependência) e os trabalhos domésticos. Do lado esquerdo do esquema das transferências intergeracionais, estão representados os principais apoios que ocorrem de pais e mães para filhos/as, destacando-se o apoio no cuidado dos netos e a ajuda económica.

[91] "Hogar" se entiende el "grupo de personas residentes en misma vivienda familiar", mientras que "Familia" se identifica con el "grupo de personas que, residiendo en la misma vivienda familiar (por tanto formando parte de un hogar), están inculadas por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independentemente de su grado" (Rodríguez Galdo et al., 2014, pp. 16-17).

[92] PNB corresponde à abreviatura de Produto Nacional Bruto.

Ilustração 35 - Transferências intergeracionais entre membros da família.



Fonte: Elaborado a partir de Rodríguez Galdo et al., (2014, p. 120).

Segundo Rodríguez Galdo et al. (2014, pp. 159-181), as investigações realizadas sobre a ocupação do tempo colocam em destaque a forte feminização da velhice, as mudanças significativas no lar, transformando-o num verdadeiro lugar de produção, em que uma parte relevante está nas mãos das pessoas com mais de 65 anos.

En Durán (2013, pp. 195-200) a propósito do uso do tempo na família, falase na "*agonia da falta de tempo*" sofrida especialmente pelas mulheres, devendo-se à acumulação de papéis e expetativas sobre obrigações que lhes são socialmente acordadas. Acrescenta ainda a autora, "que as expetativas podem e devem mudar (…) o que está em falta na preocupação sobre o uso do tempo, é a convicção de que a sua distribuição atual pode ser melhorada. O tempo tem muitas dimensões, mas nós mesmo inventamos Cronos e juntos podemos mudá-lo".

Bauer & Sousa-Poza, (2015) analisaram as implicações do cuidado informal, em três áreas de vida dos cuidadores: emprego, saúde e família. Concluíram que apesar da prevalência do cuidado informal e da associação primária com níveis mais baixos de emprego, a força de trabalho afetada é aparentemente pequena. No domínio da saúde os

cuidados informais tendem a afetar negativamente a qualidade da saúde psicológica do cuidador, gerando-se simultaneamente um impacto negativo ao nível da saúde física. No que se refere às consequências ao nível da vida familiar, os autores referem a existência de conflitos matrimoniais que afetam negativamente as relações familiares. A perspetiva de Rodríguez Galdo et al, (2014) ao identificar os mais velhos como doadores de tempo, apoiada por estatisticas amadurecidas de uso do tempo, reconhecidas com elevado grau de qualidade, reforça a convição da vital importância para o conhecimento do tempo social e economicamente produtivo depois de conquistada a reforma.

A conclusão do estudo do Grupo de Investigação RIDHEM[93] que as pessoas com mais de 65 anos, continuam depois da reforma a ser socialmente produtivas, desempenhando um papel fulcral no apoio da família, à luz do estudo do cuidador informal, reduz o argumento que as pessoas idosas são os principais consumidores da despesa pública dos cuidados de saúde. Quando a produção sucessiva das estatisticas do uso do tempo projetam o aumento do trabalho não remunerado realizado pelas pessoas mais velhas, para valores superiores a 6% do PIB[94] a preços de mercado, representando cerca de 21,1% do total de horas empregadas em toda a economia, correspondendo 69,38% a horas realizadas por mulheres, conclui-se que a população com mais de 65 anos é o principal grupo etário que contribui para o bem-estar da sociedade.

> *"Cuando los mayores tienen que ser cuidados por otros, con mayor o menor intensidad, y esta atención reclama dedicación permanente, lleva consigo una recomposición de tareas en el ámbito de las relaciones interfamiliares. No hay que olvidar que el apoyo que una generación presta a otra depende de factores como la relación familiar antecedente, el trabajo de los miembros de la familia, la situación económica, la salud personal, las necesidades, el status familiar, las condiciones de la vivienda…etc. A veces se plantea un verdadero conflicto de derechos y deberes de la persona mayor y de los familiares"* (Garcia, 2010, p. 7).

[93] Red de Investigadores en Demografía, Historia Económica y Migraciones, Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Santiago de Compostela.
[94] Resultado obtido das EET de 2009-2010 em Espanha (Rodríguez Galdo et al, 2014, p. 275).

4.12 A Previsão da Procura dos Cuidados Informais

O aumento da longevidade para além das questões associadas à sustentabilidade do Sistema de Proteção Social, apresenta como desafios no século XXI, a capacidade de o Estado garantir o apoio da população envelhecida ao nível dos Cuidados de Longa Duração (CLD).

A estimativa de custos dos CLD realizada em 2007 nos EUA pelo National Institute on Aging, citado por Durán (2012, p. 256), refere que o atendimento informal das pessoas com demência afeta mais de 10% da população com mais de 65 anos, existindo um gasto anual da ordem dos 18 biliões de dólares (2001), PRB (2007, p. 1).

> "*El cuidado es una forma de trabajo no remunerado, y los cuida- dores no solo aportan tiempo y recursos monetarios sino, frecuen- temente, el desgaste de su propia salud cuando se trata de cuidados de larga duración. Los analistas suelen diferenciar los sistemas de cuidado de personas mayores según el grado de participación del Estado y la familia, pero incluso en los países que cuentan con siste- mas públicos muy desarrollados de cuidado para los mayores, el papel de la familia sigue siendo muy relevante*" (Durán, 2012, p. 255).

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2015 (OPSS, 2017) estimava-se que, nos 3.869.188 agregados familiares portugueses então existentes, haveria 110.355 pessoas com défice de autocuidado nos domicílios. Deste total, cerca de 43,8% eram pessoas acamadas.

O Relatório da Comissão Europeia sobre os cuidados de saúde, cuidados de longa duração e sustentabilidade das contas públicas (CEUE, 2015), refere o decréscimo populacional estimado (as projeções apontam para 8,2 milhões residentes em Portugal em 2060), mais de 13% da população estará então dependente de cuidados de terceiros, apresentando-se como um cenário preocupante, calculando-se que 1,1 milhões de pessoas possam ser dependentes, com limitações no seu dia-dia devido a problemas de saúde e a necessitar de cuidados de longa duração.

> "*O cenário de referência do Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento, a despesa pública com os cuidados de saúde e os cuidados continuados deverá aumentar 2 pontos percentuais do PIB entre 2013 e 2060 na UE, com diferenças consideráveis entre os vários países, atingindo 10,6% do PIB em 2060, o que se deve principalmente à evolução demográfica"* (CEUE, 2015).

Nas próximas décadas, devido ao acelerado envelhecimento e inovação tecnológica, Portugal será um dos países onde as despesas com saúde mais crescerão, 2,5 pontos percentuais do PIB (Produto Interno Bruto) contra 0,9, na média europeia. Nos cuidados de longa duração, em que se estima que a despesa pública passe dos 1,7% do PIB na União Europeia em 2015 para 2,7% em 2060, as recomendações apontam para a contenção dos gastos em institucionalização e aumentar os investimentos em cuidados domiciliários.

> "*A aposta deve ser feita na formação de cuidadores formais (profissionais), por um lado, e no apoio aos cuidadores informais, através de políticas que podem passar por horários de trabalho flexíveis, subsídios para compensar a perda de rendimentos, por assegurar que os incentivos no emprego e na carreira não diminuem por este motivo e por garantir que as mulheres não são encorajadas a abandonar o mercado de trabalho*" (EU, 2017).

As projeções demográficas são o ponto de partida para o conhecimento da futura potencial procura de cuidados. Embora possam variar de acordo com critérios técnicos usados, no geral são muito consistentes e alcançam um alto nível de precisão, especialmente as projeções de envelhecimento e mortalidade. As maiores disparidades ocorrem na estimativa da oferta potencial de cuidados, porque não se trata de uma categoria demográfica, mas social e política.

A oferta potencial de cuidados não depende da estrutura por idade e sexo da população, mas sim da resposta às questões: quem tem o direito / obrigação de cuidar que? Quais são as bases legais, morais ou sociais? Até que limite? Com que contrapartidas? Quais são os mecanismos sociais e legais que atuam para garantir/premiar/punir o incumprimento dos direitos e obrigações? Todas estas questões estão

inter-relacionadas e interagem entre si, influenciado os cuidados a prestar (Durán & Díez, 2005, p. 2).

As estimativas demográficas são um ponto de partida essencial, mas insuficiente. Os fatores que regem a troca de cuidados são mais sociais do que Demográficos. Os homens dependentes terão mais recursos institucionais, melhores reformas, e mais pessoas dispostas a dar-lhes o tempo necessário de cuidado. As mulheres, por contrário, terão poucos recursos institucionais devido à sua ausência no mercado de trabalho ao longo de suas vidas, terão menores pensões e não terão o mesmo número de cuidadores, embora demograficamente seja possível comprovar que existem potenciais cuidadores (Durán 2012, pp. 5-7).

A desproporção entre a necessidade previsivel de cuidados e os serviços disponíveis, é considerado atualmente um dos maiores desafios dos Estados para garantinr o bem estar das populações dos países envelhecidos.

O tema da oferta dos cuidados informais, encontra na literatura várias metodologias de cálculo, estabelecendo-se relações entre a população ativa e a população com mais de 85 anos. Para efeitos de cálculo da previsão da procura de cuidados informais em Portugal e no território objeto de estudo (Distrito de Setúbal, NUT III) utilizou-se a Escala de Madrid e o Ratio de Cuidador Informal.

4.12.1 A Escala de Madrid

De acordo com *European Community Household Panel* a percentagem de pessoas na Europa que cuidam diariamente de adultos é de 5,5% (2,3% homens e 8,4% mulheres), dedicando cerca de 20 a horas por semana, existindo 23% que dedicam mais de 60 horas (ECHP, 2017).

A Divisão da População das Nações Unidas (UNDESA, 2018) define como índice de dependência, a soma da população de 0 a 14 anos de idade e mais de 65 anos de idade, dividida pela população em idade potencialmente ativa (15-64 anos). Da mesma forma, o índice de dependência de pessoas idosas é a relação entre a população com 65 e mais anos e população entre os 15-64 anos. Trata-se assim, de ratios entre escalões etários e a população ativa, indicadores que não

permitam aferir a dependência da população em termos de ajuda na realização de atividades.

Existem ainda outros indicadores que aumentam a população ativa até aos 74 anos, para estabelecer a taxa de potenciais cuidadores. De acordo com Cepal (2009, p. 219) citado por Durán (2012, p. 424) o CELADE[95] define o potencial cuidador «o índice entre as pessoas de 15 a 75 anos sobre o total da população. É proposto ainda pelo *Population Reference Bureau*[96] outro ratio designado por «oldest-*old support* » que define a proporção entre as pessoas idosas com mais de 95 anos e os que têm 50 a 64 anos.

A construção de escalas da procura de cuidados é paralela à criação de escalas para o reconhecimento da dependência, escalas de grande importância económica que servem para fixar a compensação, subsídios em função da existência de incapacidade.

Um dos instrumentos para medir a procura de trabalho não remunerado é a escala de Madrid. A escala Madrid I foi projetada e aplicada pela primeira vez nesta cidade em 1998, consistia numa escala muito simples, projetada para ponderar a procura do trabalho não remunerado de acordo com os escalões etários. Surgiu como um contraponto à chamada escala de Oxford, mais conhecida por escala da OCDE, frequentemente usada na Europa em estudos sobre pobreza, utilizada para calcular o consumo de bens nos lares, sendo aplicado o critério de custos decrescentes de acordo com a composição dos agregados familiares.

A escala de Madrid aplica-se a famílias específicas, bem como a toda a população de um país inteiro, ou a outros grupos e categorias sociais, tendo servido como ponto de partida para a elaboração de outras escalas de procura de cuidados. Há semelhança da escala de Oxford, a escala de Madrid não se baseia em estudos empíricos ad hoc sobre a distribuição do consumo de bens matérias nos lares; corresponde ao que se denomina por «convenção baseada em critérios de especialistas» (Durán, 2012, p. 426).

Para além da informação demográfica, a escala de Madrid melhora a sua utilidade se for apoiada por informações sobre o tempo realmente

[95] Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

[96] http://www.worldpopdata.org/

gasto com os cuidados, informação fornecida principalmente com os inquéritos ao uso do tempo.

Tabela 27 – Escalas de avaliação da procura de cuidados.

Grupos de idade	1998	2010
	Escala de Madrid I	Escala de Madrid II
0-4 anos	2,00	3,00
5-14 anos	1,50	2,00
15-17 anos	1,20	1,00
18-64 (grupo de referencia) 1 unidade	1,00	1,00
65-74 anos	1,20	2,00
75-84 anos	1,70	2,00
85 e mais anos	2,00	3,00

Fonte: Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, p. 7); Heras (2012, p. 434).

À semelhança da escala de Oxford a escala de Madrid estabelece uma ponderação por pontos em função da participação da pessoa na família (Tabela 29), existindo uma adaptação com a introdução da ponderação da população ativa (15-64 anos). Na escala de Oxford o primeiro adulto da família é ponderado com 1 ponto. O segundo e o próximo adulto são ponderados com 0,7 pontos, existindo o entendimento que beneficiam do custo decrescente no uso de bens comuns (espaço habitacional, energia, equipamentos e ferramentas, etc.). As crianças menores de 14 anos são ponderadas com 0,5 pontos, entendendo-se que as suas necessidades de consumo são menores que as dos adultos. Por exemplo, um domicílio composto por um único adulto é atribuído 1 (uma) unidade de consumo. Um domicílio composto por dois adultos é ponderado 1,7 unidades de consumo; um agregado familiar composto por dois adultos e três crianças menores de 14 anos totaliza uma ponderação de 3,2 unidades de consumo (1+0,7+0,5+0,5+0,5).

A adaptação da escala de Madrid por Durán (1998) com o grupo da população de 15 a 64 anos, normalmente definida como população potencialmente ativa, considerou-se como população de referência com

a ponderação de 1 ponto, equivalente à procura de uma unidade de cuidado por pessoa. Esta ponderação não equivale a um determinado período de tempo, mas sim à média do tempo exigido por toda a população dessa idade, que inclui uma procura muito diversa (homens e mulheres, ocupados e inativos, saudáveis e doentes, etc.).

De um modo geral, a população potencialmente ativa é considerada como a população de potenciais cuidadores, que por sua vez é definida de forma diferente com diferentes ponderações. As crianças menores de 4 anos, com 2 pontos, as com idade entre 5 e 14 anos com 1,5 pontos, adolescentes de 15 a 17 anos com 1,2 pontos. À população com mais de 85 anos são atribuídos 2 pontos; os que têm entre 75 e 84 anos, 1,7 pontos; e as idades entre 65-74 anos são ponderadas com 1,2 pontos, (Durán & Díez, 2005, p. 9).

Em 2010 com o objetivo de utilizar com maior facilidade a informação fornecida pela ONU através do *World Population Prospects*, procedeu-se a um ajustamento das ponderações dos escalões etários, atribuindo a designação de Escala de Madrid II.

Com o objetivo de analisar a evolução entre 2001 e 2016 da procura de cuidados, foi aplicada a escala de Madrid II, comparando-se os resultados obtidos entre o Municipio de Setúbal, Área Metropolitana de Lisboa e Portugal Continenta (Tabela 27, Tabela 28, Tabela 29). A escala parte do pressuposto que o nível médio habitual de consumo de serviços de cuidados não remunerado na população, corresponde à idade ativa, utilizando-se a unidade como valor de referencia no cálculo. Considera-se ainda que os mais jovens e os mais vellhos consomem mais, triplicando nos extremos.

A representação do consumo de serviço de cuidados, bem como as unidades de procura geradas por cada faixa etária, são obtidas através do produto entre a ponderação e o total da população residente. O número potencial de unidades de atendimento recaem sobre as mulheres em idade ativa. O exercicio assume como hipótese que os cuidados familiares são realizados em exclusivo pelas mulheres e em cada escalão etário.

Tabela 28 – Escala de Madrid II - Município de Setúbal evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016.

Procura		2001		2011		2016	
		Unidades de procura de cuidados	% (2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2011/2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2016/2001)
1	**Procura total em unidades de cuidados**	158 143		175 111		167 721	
2	**Procura / população total**	1,38	100	1,42	104,3	1,43	105,5
3	**Procura / população 18-64 anos**	2,18	100	2,38	119,4	2,50	131,1
4	**Procura / mulheres 18-64 anos**	4,31	100	4,61	129,6	4,77	146,4
5	**Procura população 65 e mais anos / mulheres 18-64 anos**	0,98	100	1,31	132,9	1,47	148,9

Fonte – Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, pp. 7-12); Heras (2012, p. 423) e População Residente Grupos Etários, 2000, 2011, 2016, (INE, 2017).

Tabela 29 - Escala de Madrid II – Área Metropolitana de Lisboa, evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016.

Procura		2001		2011		2016	
		Unidades de procura de cuidados	% (2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2011/2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2016/2001)
1	Procura total em unidades de cuidados	3 687 027		4 024 048		4 085 437	
2	Procura / população total	1,38	100	1,42	104,7	1,45	107,2
3	Procura / população 18-64 anos	2,17	100	2,36	118,5	2,51	133,7
4	Procura / mulheres 18-64 anos	4,23	100	4,52	129,0	4,77	154,0
5	Procura população 65 e mais anos / mulheres 18-64 anos	1,00	100	1,27	126,6	1,49	148,3

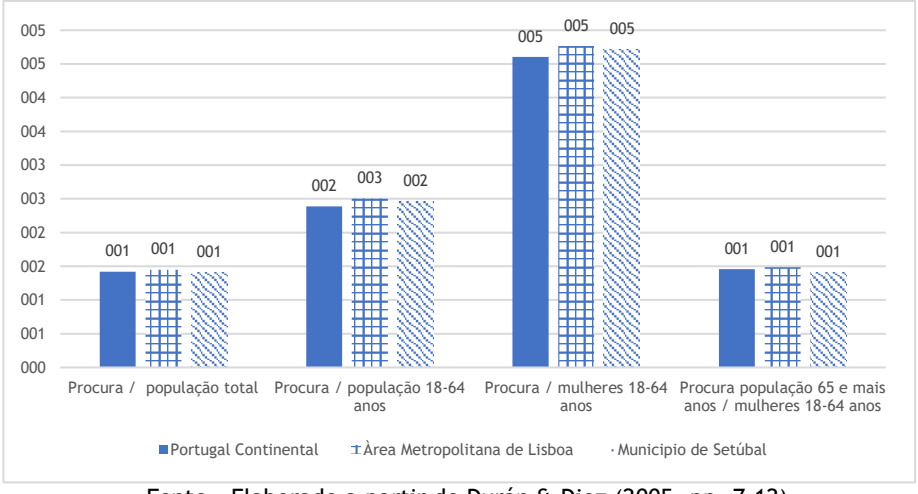
Fonte – Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, pp. 7-12); Heras (2012, p. 423) e População Residente Grupos Etários, 2000, 2011, 2016 (INE,).

Tabela 30 - Portugal Continental – Escala de Madrid, evolução da procura de cuidados 2001, 2011, 2016.

	Procura	2001		2011		2016	
		Unidades de procura de cuidados	% (2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2011/2001)	Unidades de procura de cuidados	Incremento em percentagem % (2016/2001)
1	Procura total em unidades de cuidados	14 515 777		14 850 112		14 642 489	
2	Procura /população total	1,40	100	1,41	101,2	1,42	102,4
3	Procura / população 18-64 anos	2,29	100	2,32	102,6	2,39	109,4
4	Procura / mulheres 18-64 anos	4,49	100	4,51	101,6	4,60	111,0
5	Procura população 65 e mais anos / mulheres 18-64 anos	1,12	100	1,29	117,5	1,46	134,2

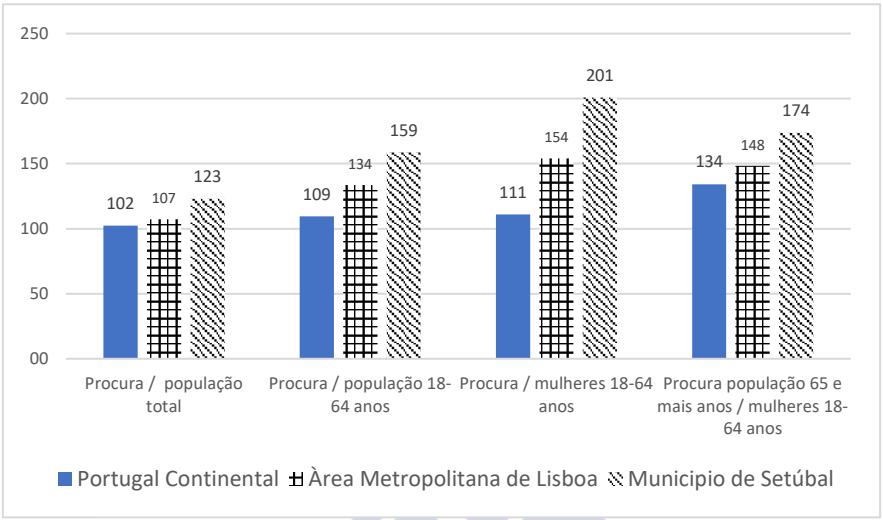
Fonte – Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, pp. 7-12; Heras (2012, p. 423) e População Residente Grupos Etários, 2000, 2011, 2016 (INE, 2017).

Gráfico 38 – Escala de Madrid, Análise comparativa da evolução do nº de unidades da procura de cuidados, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal. 2001 a 2016.



Fonte – Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, pp. 7-12).

Gráfico 39 - Escala de Madrid, Análise comparativa da evolução comparativa do incremento da percentagem da procura de cuidados, Portugal Continental, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal, 2001 e 2016.



Fonte – Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, pp. 7-12), Heras (2012, p.423) e População Residente Grupos Etários, 2000, 2011 e 2016, (INE, 2017).

A análise comparativa entre Portugal Continental e os territórios Àrea Metropolitana de Lisboa e o Municipio de Setúbal, apresentam um incremento na procura de cuidados informais distintos (Gráfico 38, Gráfico 39)..

O Munícipio de Setúbal destaca-se como a região com maior incremento a procura de cuidados informais entre 2001 e 2016, apresentando a Àrea Metropolitana de Lisboa valores da procura superiores a Portugal Continental.

As unidades de procura dos cuidados informais são crescentes em qualquer um dos territórios, destancado-se o ano de 2016 o grupo de Procura / mulheres 18-64 anos com 4,77 unidades, valor idêntico no Município de Setúbal e Àrea Metropolitana de Lisboa.

A Procura dos cuidados dos grupos de idade sobre mulheres potencialmente ativas[97]

A procura de cuidados informais de acordo com a Escala de Madrid expressa o número de unidades de atendimento nas mulheres em idade potencialmente ativa.

A procura de cuidados informais segundo o Modelo de Durán & Diez (2005) assume que somente as mulheres são responsáveis pela prestação de serviços de atendimento a toda a população e / ou a cada um dos grupos de atendimento.

Ao nível do Município de Setúbal os resultados obtidos indicam que em média (Tabela 31) cada mulher em idade ativa (18 a 64 anos) disponibiliza um trabalho de cuidado equivalente a: 4,31 pessoas (2001), 4,61 pessoas (2011) e 4,77 pessoas (2016).

Admitindo a hipótese que o grupo em idade potencialmente ativa (18-64 anos) é autónomo, i.é, não precisa de apoio, ainda existem cuidados que têm de ser prestados pelas mulheres correspondendo à procura das crianças (0-4 anos), adolescentes e adultos (5-64 anos) e às pessoas idosas (65 e mais anos).

Tabela 31 – Município de Setúbal, análise comparativa do desconto da população em idade potencialmente ativa na procura global de cuidados.

Ano	Procura de cuidados dos grupos de idade sobre mulheres potencialmente ativas	Desconto população em idade potencialmente ativa (18-64 anos)	Procura de cuidados dos grupos de idade sobre mulheres potencialmente ativas corrigida do desconto
2001	4.31	-1.97	2.34
2011	4.61	-1.94	2.67
2016	4.77	-1.91	2.80

Fonte: Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, p. 9).

[97] Mulheres entre os 18 e 64 anos.

Se os homens da idade ativa (18-64 anos) forem totalmente dependentes, o potencial trabalho das mulheres seria sobrecarregado (Tabela 32).

Tabela 32 - Análise comparativa do desconto da população em idade potencialmente ativa na procura global de cuidados.

Ano	Procura de cuidados dos grupos de idade sobre mulheres potencialmente ativas	Desconto população masculina em idade potencialmente ativa (18-64 anos)	Procura de cuidados dos grupos de idade sobre mulheres potencialmente ativa corrigido do desconto
2001	2.34	2.07	4.41
2011	2.67	2.16	4.83
2016	2.80	1.84	4.64

Fonte: Elaborado a partir de Durán & Diez (2005, p. 9).

De acordo com o Modelo de Durán & Diez (2005), resulta da análise da evolução da procura de cuidados informais entre 2001 e 2016, a possibilidade de obter uma visão integrada das unidades de procura entre os vários territórios, concluindo-se que apesar da procura ser tendencialmente crescente, cada território tem uma dinâmica distinta.

Importa ainda referir que o modelo não contempla na hipótese a ponderação dos cuidados de saúde, sendo considerado um fator que influencia negativamente os cuidados informais, quer em termos de uso do tempo de cuidados especializados, bem como ao nível de custos adicionais.

Importa ainda referir que a escolha para cálculo da satisfação da procura de cuidados, incluindo somente o escalão etário das mulheres potencialmente em idade ativa (18-64), apesar de ser tratar da aplicação da direta do Modelo de Durán & Diez (2005), atendendo às conclusões da literatura sobre o uso do tempo que destacam a mulher como a principal cuidadora informal, a procura real dos cuidados informais sobrecarregará até 2050 mais as mulheres do que os homens.

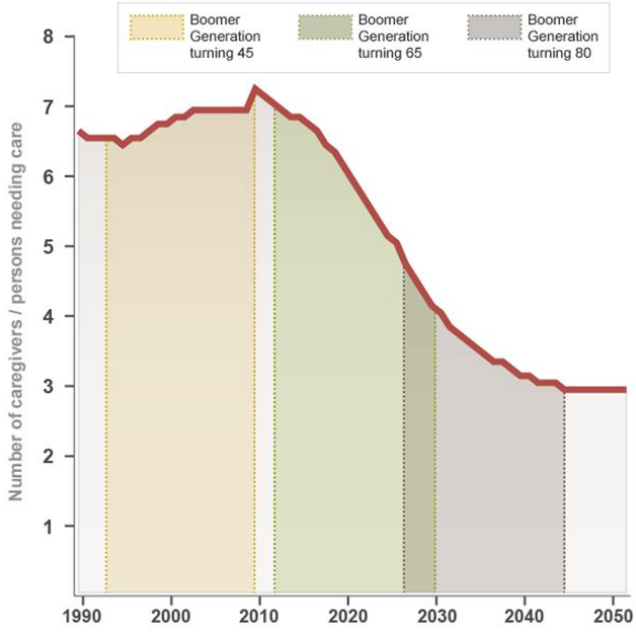
4.12.2 O Ratio Cuidador Informal

O ratio de cuidador informais (relação entre a população do escalão etário 45-65 anos por cada pessoa com 80 e mais anos), define o nº potencial de cuidadores na família para apoiar nos cuidados de longa duração, sendo utilizado para fazer uma estimativa da disponibilidade de cuidadores informais nas próximas décadas.

De acordo com a Redfoot et al. (2013) nos EUA há atualmente cerca de seis milhões de pessoas idosas, prevendo-se que em 2050 exista o triplo de octogenários e que o número de potenciais cuidadores encolha quase na proporção inversa (Gráfico 40).

O ratio de cuidador informais (relação entre a população do escalão etário 45-65 anos por cada pessoa com 80 e mais anos), define o nº potencial de cuidadores na família para apoiar nos cuidados de longa duração, sendo utilizado para fazer uma estimativa da disponibilidade de cuidadores informais nas próximas décadas.

Gráfico 40 – Previsão da evolução do Ratio de Cuidador no EUA, 1990 a 2050.



Fonte: Elaborado a partir de Redfoot et al. (2013).

Da análise da evolução do ratio do cuidador informal em Portugal Continental entre 2001 e 2016, constata-se em termos médios uma variação negativa, da ordem dos 32,2% (Tabela 33, Tabela 34, Gráfico 41), registando-se uma maior redução na região da AML - Área Metropolitana de Lisboa (-44%).

Tabela 33 - Índices de calculo do Ratio Cuidador Informal.

NUT III	45-65 anos			80 e mais anos		
	2001	2016	Var. %	2001	2016	Var. %
Norte	819 690	1 051 921	28,3	106 229	191 847	80,6
Centro	558 975	636 299	13,8	105 633	166 711	57,8
AML	686 372	734 248	7,0	82 992	158 496	91,0
Alentejo	188 402	199 444	5,9	38 935	59 589	53,0
Algarve	96 609	118 530	22,7	17 843	28 091	57,4
Continente	**2 350 048**	**2 740 442**	**16,6**	**351 632**	**604 734**	**72,0**

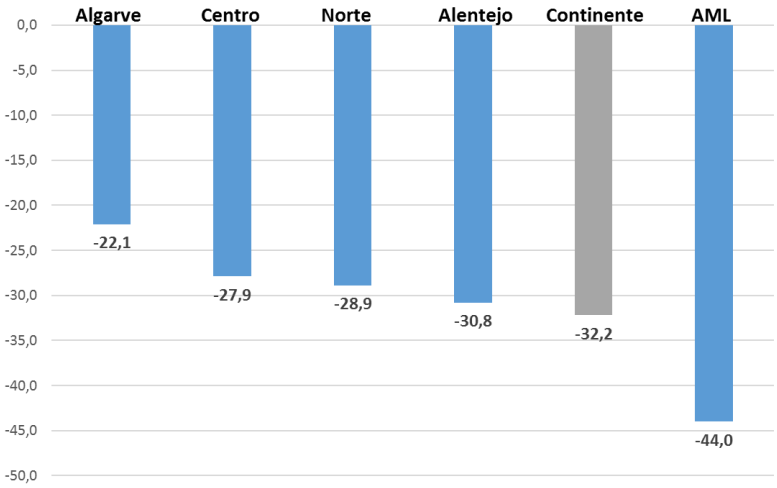
Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Tabela 34 - Evolução do Ratio de Cuidador Informal, Portugal Continental, NUT III, 2001 a 2016.

NUT II	Ratio Cuidador Informal		
	2001	2016	Variação %
Norte	7,7	5,5	-28,9
Centro	5,3	3,8	-27,9
AML	8,3	4,6	-44,0
Alentejo	4,8	3,3	-30,8
Algarve	5,4	4,2	-22,1
Continente	**6,7**	**4,5**	**-32,2**

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Gráfico 41 – Evolução do Ratio Cuidador Informal, 2001 a 2016. NUT III, Portugal Continental.



Fonte: Elaborado a partir de Redfoot et al. (2013).

4.13 Os Desafios dos Cuidados Informais

A transição demográfica, reflete-se no crescimento e, principalmente, no aumento acelerado da população idosa com uma relação da taxa de dependência demográfica, gerando impactos em vários domínios na sociedade. A alocação de maiores recursos para o cuidado das pessoas mais velhas, com responsabilidade partilhada entre a família e o Estado, o aumento dos custos de saúde com a "doença do desenvolvimento" (UNFPA, 2012), aliada à manutenção dos sistemas de previdência, poderá entrar em colapso no futuro

> "*Ha llegado la hora de que nuestro sistema estadístico se centre más en la medición del bienestar de la población que en la medición de la producción económica y es conveniente que dichas mediciones del bienestar se restituyan en un contexto de sustentabilidad*" (Rodríguez Galdo et al., 2014, p. 12).

O relatório de 2016 da Rede de Serviços e Equipamentos (CARTA SOCIAL, 2016, p. 11), designado no presente estudo pela rede formal de apoio às pessoas idosas (RSES), apresenta um crescimento entre os anos 2000 e 2016 do número de entidades proprietárias de equipamentos sociais, da ordem dos 69%, existindo um aumento no mesmo período de 89% de respostas sociais.

Estes indicadores validam o investimento em Portugal efetuado na RSES, não existindo dúvidas em relação aos objetivos, encontrando-se os mesmos associados à melhoria da oferta de serviços de apoio social para as famílias, correspondendo o apoio formal às pessoas idosas a um aumento de 43% das respostas, e a um investimento de apoios comunitários e o OGE da ordem dos 4.913.886.453€ (Tabela 23).

Stiglizt et al. (2009) ao referirem que existem lacunas na avaliação das caraterísticas multidimensionais do bem-estar, quando estabelecermos uma comparação entre o aumento do investimento na rede formal de apoio aos mais velhos e a tendência da redução da taxa de utilização das respostas sociais, conclui-se a pertinência das recomendações da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e Desenvolvimento Social.

Quando Dopico & Losada (2007, p. 23) aludem à não mitificação dos indicadores, colocam na dúvida a importância que é dada em relação os índices do bem-estar das populações. Por analogia, perante o aumento efetivo em Portugal da taxa de cobertura das respostas sociais para as pessoas idosas, e a tendência da redução da taxa de cobertura, podem levantar-se questões sobre a real adequação das respostas sociais às necessidades dos clientes.

> "*Apesar de se registar um aumento significativo da oferta na última década, o envelhecimento acelerado da população com 65 ou mais anos tem limitado o crescimento da taxa de cobertura destas respostas"* (CARTA SOCIAL, 2016).

Manter o objetivo de aumentar a taxa de cobertura dos equipamentos sociais para as pessoas idosas, com a mesma tipologia de respostas, existindo uma queda acentuada dos principais serviços (Serviços de Apoio Domiciliário, Estrutura Residencial para as pessoas idosas e Centro de Dia), poderá ser uma decisão questionável em termos do futuro apoio efetivo aos cuidadores informais.

García (2010) ao identificar as várias consequências dos cuidados de pessoas dependentes, associada a uma multiplicidade de repercussões na vida dos cuidadores informais, ao destacar-se em Portugal os serviços de apoio domiciliário como a resposta social com maior queda na taxa de utilização, conduz a reflexão para a adequação das categorias de apoio do Cuidado Informal (Pentland & McColl, 2002; Rodríguez Rodriguez, 2006a).

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta que consiste na "prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária" (CARTA SOCIAL, 2017).

Dada a definição do SAD, o desajustamento entre a oferta e procura dos serviços, orienta a reflexão para o a importância do estudo dos cuidados de longa duração, e dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes (IMSERSO, 2003; Tobío et al., 2010; García, 2010; Bazo & Ancizu, 2003; Durán, 2012; Rodríguez Galdo et al., 2014; Paúl, 2005; Gil, 2010).

Por sua vez, registando-se nas estatísticas do Uso do Tempo que a externalização das tarefas domésticas, através da aquisição de serviços pagos prestados por alguém exterior ao agregado, é uma prática dos agregados (Perista, 2016, p. 163), existindo uma tendência para a redução na utilização dos serviços de apoio domiciliário, o estudo com maior profundidade destes serviços, pode configurar o desenvolvimento de novos recursos de apoio ao cuidador informal.

O exercício da potencial procura de cuidados para a região objeto de estudo (Município de Setúbal), com recurso à Escala de Madrid (Durán & Diez, 2005), efetuado para o período 2001 a 2016, indica a existência do aumento da procura do grupo das mulheres em idade potencialmente ativa de 4,31 pessoas, para 4,77 pessoas.

A conjugação deste indicador com a variação da Relação de Masculinidade entre 2001 e 2016 (Tabela 37), não obstante ser útil o acerto do número ponderado das unidades de procura por sexo, quando conjugamos com as conclusões do relatório do Uso do Tempo em Portugal (Perista, 2016), conclui-se que apesar da tendência do aumento

do nascimento de mais homens do que mulheres, os homens continuam ausentes nos cuidados informais.

Tabela 35 - Evolução da Relação de Masculinidade, Índice de Longevidade, Continente, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal (2001 a 2016).

Âmbito GeoGráfico	Territórios	Relação de masculinidade		Índice de longevidade	
		2001	2016	2001	2016
NUTS I	**Continente**	93,3	90,0	42,0	49,0
NUTS III	**AML**	92,0	88,5	40,1	46,0
Município	**Setúbal**	94,6	90,0	39,8	43,6

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Tabela 36 - Evolução do Índice de Envelhecimento, Índice de dependência de pessoas idosas, Continente, Área Metropolitana de Lisboa e Município de Setúbal (2001 a 2016).

Âmbito GeoGráfico	Territórios	Índice de envelhecimento		Índice de dependência de pessoas idosas	
		2001	2016	2001	2016
NUTS I	**Continente**	103,8	151,7	24,6	32,8
NUTS III	**AML**	102,2	132,7	22,4	33,4
Município	**Setúbal**	94,8	132,0	21,6	33,0

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Sobre a feminização do trabalho de cuidado a pessoas adultas que exigem cuidados especiais, os resultados do inquérito do uso do tempo realizado em 2015 em Portugal (Perista, 2016), encontram-se alinhados

com a literatura sobre a Ocupação do Tempo no que se refere à sobrecarga das mulheres ativas, confirmando-se que ao nível dos cuidados informais as mulheres dedicam mais tempo que os homens (Durán, 2003; Rodríguez Galdo et al., 2014; Cordero-Torrón et al., 2014).

Revelando-se ainda que as famílias representam a principal fonte de prestação de cuidados às crianças e a adultos que exigem cuidados especiais por motivo de idade, doença ou deficiência – e que a maior parte desses cuidados é assegurada por mulheres (Gil, 2010), perante o aumento do índice da longevidade e significativa feminização do trabalho de cuidado, importa aprofundar os estudos sobre o uso do tempo que respondam às questões: que atividade é realizada, quem a realiza, quando, onde, com quem, para quem e com que tecnologia.

Rodríguez Galdo & Freire (2011, pp. 53-87) referem que existe uma linha muito ténue entre cuidados e dependência e que as estatísticas do Uso do Tempo abordam a perspetiva de análise dos cuidados, analisando-se a forma com o tempo é ocupado nos lares.

Pese embora, as estatísticas carecerem de lacunas ao nível da medição do Bem-Estar (Stiglitz et al., 2009), reconhecendo-se ainda que os cuidados informais são distintos dos cuidados a dependentes, a literatura refere que os cuidados a pessoas dependentes é efetuada fundamentalmente pela família, com maior distribuição das tarefas de cuidados para as mulheres.

Por sua vez, o relatório da OCDE (2011) ao aludir que no futuro é expetável a existência do aumento da pressão nos sistemas de cuidados de longa duração, ao incluir nos fatores o aumento da procura dos cuidados e a diminuição dos cuidadores familiares, coloca em destaque a necessidade de serem desenvolvidas medidas de apoio às famílias, no sentido de serem criadas condições facilitadoras do apoio às pessoas idosas dependentes.

A questão da feminização da longevidade (Durán, 2013), associada à tendência da redução do índice de masculinidade em Portugal e na região objeto de Setúbal, relacionada com a capacidade de adaptação da família ao longo dos tempos prevendo-se um aumento da repartição das tarefas por ambos os sexos, por parte da geração Y e X, poderá

alterar o uso do tempo dos cuidadores informais da geração Z (Nativos Digitais).

O facto do índice do cuidador informal em Portugal e na região de Setúbal apresentar uma redução significativa entre 2001 e 2016 atendendo às projeções demográficas da diminuição do escalão 45-65 anos e aumento da população com mais de 80 anos, é expetável uma redução do número de pessoas disponíveis para cuidar dos mais velhos.

Com efeito, a crescente diversificação das trajetórias conjugais e reprodutivas produzidas com a II transição demográfica (Van de Kaa, 2002), poderá condicionar a forma de divisão das responsabilidades familiares (Martín & Puyuelo, 2014, p. 30).

Com o início do seculo XXI proliferaram distintos modelos de famílias e relações familiares caraterizadas pela instabilidade dos casais e pelo crescente aumento dos processos de individualização, em busca de uma vida própria (Attias-Donfut, 2017). Os trajetos de vida conFiguraram-se, alterou-se a estrutura das gerações, mudaram os papéis na família, estabelecendo-se uma dinâmica de relações intergeracionais, com impactos diretos no modelo de cuidados.

Tobío et al. (2010, pp. 183-184) argumentam que o modelo das "policuidadoras" herdado do século XX, dificilmente se repetirá no futuro, obrigando as famílias a repensar o cuidado das pessoas dependentes. Independemente da opção do modelo, tipo conservador do bem-estar (Esping-Andersen, 2000), apoiando-se a especialização feminina no cuidado com o apoio do Estado, ou o modelo liberal, coerente com a progressiva individualização, com reduzido apoio estatal, a discussão do modelo de bem-estar das famílias, será centrada na atividade dos cuidados informais, coerente com a ocupação do tempo dos homens e das mulheres, mantendo-se o papel das redes familiares.

> *"El reto hoy es construir un modelo que conjugue conciliación, igualdad y cuidado en un nuevo marco que a la vez permita desarrollar las potencialidades de las personas y assumir sus limitaciones*" (Tobío et al., 2010, p. 189).

A articulação das redes de solidariedade familiar, os padrões de relação entre sexos, as condições de vida das crianças, mulheres e homens, num contexto de análise comparativa do Ciclo de Vida da geração Baby Boomer e a geração dos Nativos Digitais, poderá servir

para o estudo sobre a crescente pluralidade das formas familiares e debate científico e político sobre o bem-estar das populações.

Quando Rodríguez Galdo et al. (2014) se referem aos mais velhos como pessoas doadoras de tempo, concluindo que chegou a hora dos sistemas estatísticos se concentrarem mais na medição do bem-estar das pessoas, do que propriamente em medir a produção económica, posicionam a discussão do tema dos cuidados informais na perspetiva da ocupação do tempo, não só das pessoas idosas, como também das famílias.

Não poderão ser excluídas da reflexão sobre o cuidador informal as questões do aumento das desigualdades sociais, do aumento da pobreza nas crianças e das pessoas idosas, vincados nas estruturas familiares, assumindo assimetrias regionais, existindo uma perceção pública sobre os mais velhos e o envelhecimento com contornos de discriminação em pleno século XXI.

> "*A review of the literature revealed that older people are sometimes perceived in a positive light, as active members of the community, loyal, sociable, and warm. However, negative perceptions tended to predominate. For example, older people were stereotyped as having poor health with diminishing mental ability, unattractive, sexless, negative personality traits, unhappy, lonely and excluded from society*" (NCPOP, 2009, pp. 48-50).

Acresce à questão da descriminação dos mais velhos, a perspetiva do aumento dos custos da dependência das pessoas com mais de 80 anos, não existindo como contrapartida a contabilização do trabalho não remunerado realizado pela população com 65 e mais anos. Representando o trabalho não remunerado realizado por parte da população com 65 e mais anos, cerca de 21,1% do total das horas empregadas em toda a economia (Rodríguez Galdo et al., 2014, p. 275), mantendo-se presente em Portugal o modelo "familista", quando se complementam as atividades realizadas no lar, com as que são efetuadas pelos membros da família noutros lares, acrescidas do trabalho voluntário, coloca-se a discussão na importância do tema da "solidariedade familiar" na realização dos cuidados informais.

O modelo das transferências intergeracionais entre os membros da família (Cordero-Torrón et al., 2014, p. 170), destaca a evidência da relevância das transferências intergeracionais entre ascendentes e descentes.

A existência de inúmeros resultados empíricos que sustentam que a contribuição das pessoas idosas se converte num elemento essencial que ajuda a facilitar a integração, sobretudo das filhas, no mercado laboral, à luz da ponte geracional proposta por Knipscheer (1988), num contexto de cuidados informais prestados pela família multigeracional (Neves & Fernandes, 2016, p. 3), poderá constituir-se num tema para discussão da Solidariedade Familiar orientada para a redução da "hiperatividade" das mulheres.

A formação dos cuidados informais, associada à necessidade de criar serviços adequados para a população idosa, garantindo em paralelo o acesso de qualidade aos serviços sociais, constituiu um dos Insights dos Nativos Digitais no presente estudo. Neste sentido, o modelo teórico de Montgomery et al. (2016) do desenvolvimento dos serviços de apoio à família cuidadora de pessoas idosas dependentes, com o enfoque em programas de apoio com recurso às novas tecnologias, constitui um referencial para o estudo do processo complexo dos cuidados informais.

> "*El envejecimiento y sus consecuencias es un proceso ineludible, pero previsible, cuantificable y, por lo tanto, manejable, si se tiene en cuenta de forma previsible y prospectivamente" (*Bayter, Ramos & Romero, 2018, p. 248).

Os desafios dos Nativos Digitais, segundo a perspetiva da intergeracionalidade utilizada no presente estudo, regista dois polos de perceções. A existência de uma baixa perceção obtida do estudo quantitativo, contraposta com um conjunto de insights positivos alcançados com as narrativas dos potenciais cuidadores informais da geração Baby Boomer, corporiza as conclusões sobre o estudo do uso do tempo de Rodríguez Galdo et al. (2014).

Quando analisamos os indicadores estatísticos produzidos na primeira década do século XXI e procuramos identificar as evidências na melhoria do bem-estar das populações, ganhando visibilidade em

termos do PIB o trabalho não remunerado realizado pelas famílias (Xunta de Galicia, 2009, pp. 13-20; Perista et al., 2016, pp. 8-9), coloca-se o foco no estudo dos cuidadores informais.

Montoro-Rodriguez et al. (2003, p. 917) ao aludirem que os cuidados informais constituem um processo de mudança de identidades. A existência de distintas perceções de solidariedade intergeracional, permite-nos concluir que as perspetivas de Bengtson & Roberts (1991) e a Ambivalência de Lüscher & Pillemer (1998), constituem referenciais teóricos para o estudo das relações intergeracionais, apresentando-se como elemento de reflexão o estudo do futuro papel na família em matéria dos cuidados informais prestados pelos Nativos Digitais.

> "*Due to the aging population of baby boomers, post baby boomers encounter different challenges related to caregiving burden, which is often considered an additional workload in their life course. Current policy and program tailored to baby boomers should be re-designed to meet the different needs of emerging caregivers. Specific vulnerable subgroups should have priority to receive the benefits of specific policies, such as those without choice and younger, working caregivers*" (Kim, Lee, Cheon, Hong & Chang, 2018)

4.14 A resposta aos Cuidados Informais (Intensivos)

Em resposta ao envelhecimento da Europa e às crescentes necessidades de Cuidados de Longa Duração, a Academia esforça-se por fornecer dados relacionados com a "forma oculta dos cuidados", apresentando-se a EU apreensiva com os impactos dos custos dos cuidados de longa duração na sustentabilidade do sistema de proteção social dos países e na qualidade de vida das populações.

A literatura no domínio da saúde revela que apesar dos cuidados de saúde serem conhecidos por serviços médicos prestados por profissionais de saúde, nem todos são realizados na rede formal; a maior parte dos cuidados são informais, prestados pela família e amigos (Colombo et al., 2011 citado por Verbakel et al., 2017, p. 92).

O contexto atual das sociedades europeias apresenta uma crescente procura dos cuidados informais. De acordo com o European Social Survey, Round 7[98], em média 34,3% da população de 20 países europeus eram cuidadores informais (Gráfico 42) dos quais 7,6% eram Cuidadores Informais Intensivos[99].

Portugal e Espanha destacam-se como os países com maior percentagem de Cuidadores Informais Intensivos (CII), indicador que se encontra associado ao elevado Índice de envelhecimento destes países.

Os dados do ESS7 indicam que 51,4% dos Cuidadores Informais são do sexo feminino, dos quais 63,6% são CII. No que se refere ao perfil do Cuidador Informal, 59,8% são religiosos, tem uma idade compreendida entre os 50-54 anos (15,8%), dos quais 15,5% são CII.

Em relação ao estado civil / relacionamento, 64,3% dos CI são casados, apresentam escolaridade do nível secundário (49,9%), existindo 39,7% de CII com escolaridade baixa, inferior ao Ensino secundário. No que se refere à situação quanto ao emprego, 45,3% dos CI estão empregados a tempo inteiro, existindo 20,9% que trabalha em casa e 20,7% encontram-se reformados (Tabela 40, Tabela 41)

O facto dos resultados do Europeran Social Survey (ESS, 2014) ao apresentarem a mulher com 50-59 anos de idade, como o principal cuidador informal, existindo mais de 50% que trabalha em casa, está desempregada ou reformada, sugerem a probabilidade deste grupo se tornar vulnerável em termos sociais, em virtude de apresentarem também baixa escolaridade (Quadro 38, Quadro 39).

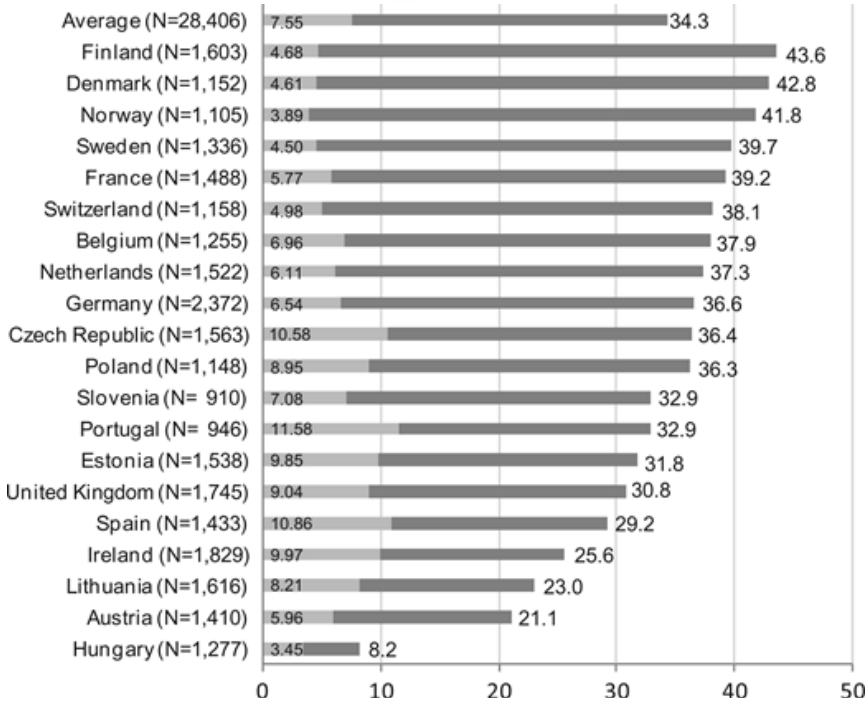
Os resultados o ESS7 ao indicarem que mais de um terço da população europeia ocupa o tempo com os cuidados informais, prestando ajuda a familiares, amigos ou vizinhos, incluindo o apoio aos problemas de saúde na velhice, existindo maior probabilidade dos cuidados serem realizados pela mulher, reforça a importancia dos estudos sobre as relações existentes entre os cuidados informais e a a qualidade de vida e bem-estar das populações. Por sua vez, os dados

[98] Dados obtidos do SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement), provenientes do European Social Survey (ESS7), correspondendo a 37.623 respostas ao inquérito realizado junto de 22 países da União Europeia, realizado em 2014.

[99] Cuidadores informais que prestam cuidados mais de 11 horas por semana.

ESS7 ao apresentarem a "face oculta" dos cuidados informais intensivos da Europa (Verbakel et al., 2017, p. 95), despertando a existência de uma variação substantial entre os países, no número de cuidados informais bem como na intensidade da prestação de cuidados informais, sugere a necessidade de ser apronfundado o conhecimento sobre as Políticas de saúde, as Políticas de apoio aos cuidadores informais, cuja atividade não se restringe ao apoio das pessoas idosas.

Gráfico 42 – Taxa de prevalência dos cuidadores informais por país da UE, os cuidadores intensivos são assinalados a cinzento claro.



Fonte: European Social Survey, Round 7, citado por Verbakel et al. (2017, p. 90).

Quadro 38- Cuidados informais na Europa: resultados do módulo determinantes sociais da saúde do ESS (2014).

Indicador	Total respostas	Não cuidadores Informais	Cuidadores Informais	Cuidadores Informais Intensivos
	(n= 28406)	(n=18984)	(n=9422)	(n=2001)
	%	%	%	%
Cuidador Informal	34,3			
Cuidador Informal Intensivo (mais de 11 horas por semana)	73,3			
Mulher	51,4	49,5	55,0	**63,6**
Idade				
25-29 anos	10,0	11,1	7,9	6,4
30-34 anos	11,5	12,3	10,0	9,5
35-39 anos	10,4	11,4	8,4	8,1
40-44 anos	11,0	11,3	10,3	9,3
45-49 anos	12,1	11,9	12,4	11,0
50-54 anos	12,5	10,0	**15,8**	15,5
55-59 anos	8,6	7,6	10,5	**13,6**
60-64 anos	8,6	8,0	9,6	9,8
65-69 anos	7,9	7,7	8,2	9,3
70-75 anos	7,5	7,8	6,9	7,5
Relacionamento / Estado civil				
Casado	61,0	59,3	**64,3**	63,6
Coabitação	10,0	**11,0**	8,1	7,3
Divorciado / separado	10,1	9,9	10,7	**12,0**
Viúvo	4,2	4,4	3,8	5,1
Solteiro, nunca casou	14,6	**15,4**	13,2	12,0

Fonte: European Social Survey, round 7, weighted data using post-stratification (based on age-group, gender, education and region) and population size weights, in (Verbakel et al., 2017, p. 92).

Quadro 39- Cuidados informais na Europa: resultados do módulo determinantes sociais da saúde do ESS (2014).

Indicador	Total respostas	Não cuidadores Informais	Cuidadores Informais	Cuidadores Informais Intensivos
	(n= 28406)	(n=18984)	(n=9422)	(n=2001)
	%	%	%	%
Nível de Habilitações				
Baixo, secundário ou inferior	33	33,1	32,9	**39,7**
Acima do secundário	47,7	46,6	**49,9**	47,8
Terciário ou superior	19,2	**20,3**	17,2	12,6
Situação quanto ao emprego				
Emprego a tempo inteiro	47,7	**49,1**	45,3	34,3
Trabalho em part-time	12,7	12,6	**12,8**	9,4
Trabalha em casa	9,6	8,7	11,1	**20,9**
Desempregado	7,1	6,9	7,5	**9,6**
Reformado	18,1	17,9	18,5	**20,7**
Inativo	3,1	3	3,2	**4,4**
A estudar	1,7	**1,8**	1,6	0,7
Existência de crianças em casa	49,1	48,9	49,6	**50,9**
Autoavaliação do estado de saúde (0-4)	2,77	2,8	**2,7**	2,61
Religioso	56,5	55	59,2	**61,7**
Estado de saúde mental: sintomas de depressão (0-24)	5,32	5,18	5,59	**6,5**

Fonte: European Social Survey, round 7, weighted data using post-stratification (based on age-group, gender, education and region) and population size weights, in (Verbakel et al., 2017, p. 92).

4.15 O Inquérito Europeu da Qualidade de Vida (EQLS, 2016)

O Pilar dos Direitos Sociais Europeus (2017) ao referir que o compromisso para com as pessoas que prestam cuidados, tem direito ao trabalho flexível e o acesso aos serviços de cuidados, reforça a importância da prioridade das políticas dos cuidados de longa duração, constituindo-se os cuidados informais a base de todos os sistemas de cuidados de longa duração na Europa.

> "*The European Pillar of Social Rights (2017) makes explicit the commitment to people providing care, including their rights to flexible working and access to care services*" (European Comission, 2017).

.

Os cuidados informais, também conhecidos como cuidados não remunerados ou cuidados familiares, constituem uma parcela significativa da prestação total de cuidados de longa duração nos países europeus. De acordo com a literatura estima-se que cerca de 80% de todos os cuidados de longo prazo na Europa são fornecidos por cuidadores informais

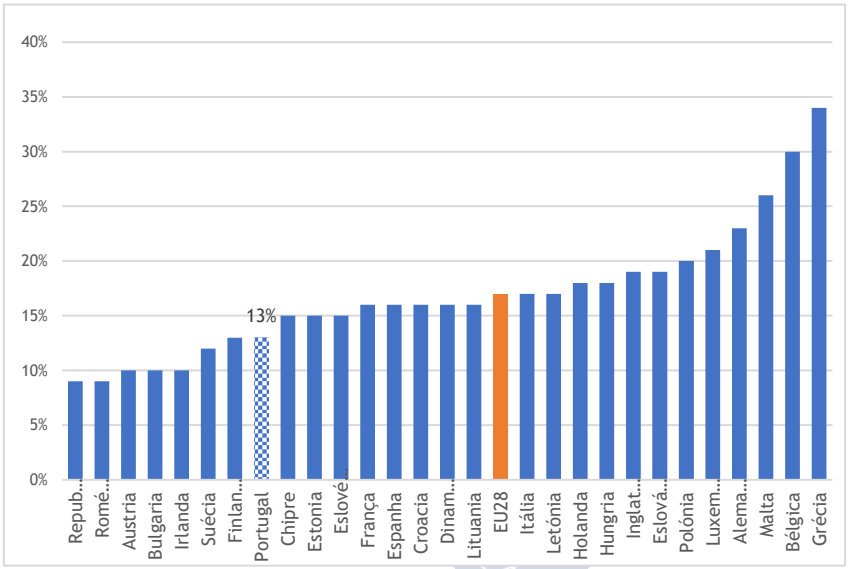
Os cuidados informais constituem o suporte de todos os sistemas de cuidados de longa duração, sendo considerado uma forma de impedir a institucionalização, permitindo que as pessoas dependentes permaneçam em casa (Hoffmann & Rodrigues, 2010).

Os cuidadores informais são maioritariamente mulheres, prestam cuidados a um cônjuge, pais ou sogros, sendo grande parte fornecida por pessoas mais velhas do que a idade normal de reforma (Colombo et al., 2011). Os cuidados informais, provavelmente tornar-se-ão mais importantes no futuro, à medida que ocorrem mudanças demográficas, avanços na assistência médica, políticas de cuidados de longa duração e pressão na contenção de custos com a institucionalização das pessoas dependentes (Riedel & Kraus, 2016).

O aumento dos cuidados de longa duração, implica uma contenção de custos, constituindo-se num dos desafios da Europa. Por um lado, é considerado crucial evitar a hospitalização e institucionalização desnecessárias, que são caras, e por outro, são fundamentais as avaliações rigorosas das necessidades de cuidados de longo prazo dos beneficiários, tendo em vista o apoio do Estado.

Perante este contexto, a função de cuidar das famílias é assumida como o principio-chave da prestação de cuidados (Gori et al., 2016). Os resultados do estudo *European Quality of Life Survey* (EQLS, 2016) permite obter dados descritivos sobre a disponibilidade dos cuidados informais, respondendo as questões mais relevantes dos cuidadores informais e a sustentabilidade dos sistemas de cuidados de longa duração na Europa (Gráfico 43).

Gráfico 43 – Percentagem total de Cuidadores Informais sobre o total da população, 2016.



Fonte: Elaborado a partir de (Zigante, 2018, p. 18).

> "*The needs of carers and the impact of providing informal care on key life outcomes such as employment, health, and wellbeing are further being increasingly recognised in the academic literature and in national policies across Europe* (Brimblecombe et al., 2018; Bouget et al., 2016 citados por Zigante, 2018, p. 8).

Quadro 40 – Total Cuidadores Informais EU 28, sexo e escalão etário, EQLS 2016.

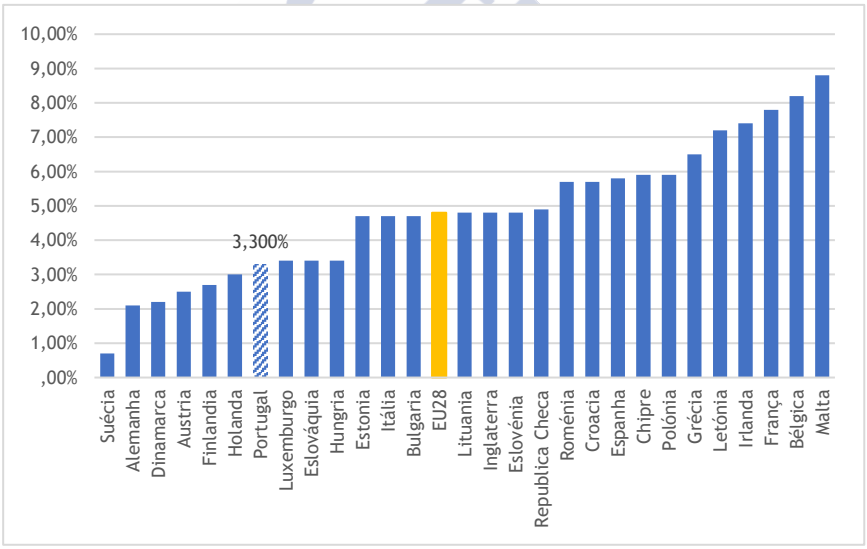
País	Total	Masculino	Feminino	18-34	35-64	65+
EU28	17%	15%	20%	13%	20%	17%
Grécia	34%	29%	39%	33%	35%	34%
Bélgica	30%	23%	36%	25%	33%	30%
Malta	26%	25%	27%	19%	33%	21%
Alemanha	23%	20%	26%	12%	28%	24%
Luxemburgo	21%	19%	23%	16%	26%	14%
Polónia	20%	18%	21%	7%	26%	20%
Inglaterra	19%	16%	22%	18%	20%	19%
Eslováquia	19%	22%	17%	16%	24%	11%
Holanda	18%	13%	23%	10%	23%	17%
Hungria	18%	17%	18%	8%	25%	13%
Itália	17%	16%	19%	12%	20%	18%
Letónia	17%	13%	20%	11%	19%	17%
França	16%	13%	18%	11%	18%	14%
Espanha	16%	13%	19%	14%	19%	11%
Croácia	16%	13%	18%	14%	19%	11%
Dinamarca	16%	13%	20%	6%	21%	18%
Lituânia	16%	11%	20%	9%	22%	10%
Chipre	15%	10%	20%	6%	21%	18%
Estónia	15%	14%	16%	14%	17%	14%
Eslovénia	15%	13%	16%	8%	17%	19%
Finlândia	13%	10%	16%	6%	16%	13%
Portugal	13%	9%	17%	8%	17%	10%
Suécia	12%	10%	15%	12%	14%	10%
Áustria	10%	8%	12%	4%	11%	15%
Bulgária	10%	8%	12%	8%	12%	8%
Irlanda	10%	9%	11%	6%	13%	8%
República Checa	9%	9%	9%	6%	11%	9%
Roménia	9%	8%	10%	5%	11%	9%

Fonte: Elaborado a partir de (Zigante, 2018, p. 18).

Em termos médios, a UE28 apresentava em 2016 uma média de 17% de Cuidadores Informais, representando o sexo feminino 20%, registando-se maior número no escalão 35-64 anos (Quadro 40) Portugal apresentava 13% de CI do total da população, registando-se no sexo feminino e no escalão 35-64 anos o maior número de cuidadores informais (17%).

A situação quanto ao emprego dos cuidadores informais na EU, regista em termos médios 7,5% trabalhadores cuidadores e 4,8% de cuidadores desempregados. Em relação a Portugal o total de Cuidadores Informais desempregados corresponde a 3,3% (Gráfico 44, Quadro 41).

Gráfico 44 – Percentagem total de Cuidadores Informais desempregados. EU.28. EQLS, 2016.



Fonte: Elaborado a partir de (Zigante, 2018, p. 21).

Quadro 41 –Cuidadores Informais face à situação de emprego, escalão etário 35-64 anos EU 28. EQLS, 2016.

País	Trabalhadores Cuidadores	Não cuidadores	Cuidadores Desempregados	Total Cuidadores
EU28	7,5%	87,8%	4,8%	12,2%
França	18,3%	73,9%	7,8%	26,1%
Letónia	14,8%	78,0%	7,2%	22,0%
Luxemburgo	11,5%	85,2%	3,4%	14,8%
Bélgica	10,8%	81,0%	8,2%	19,0%
Roménia	10,4%	83,9%	5,7%	16,1%
Lituânia	9,6%	85,5%	4,8%	14,5%
Inglaterra	8,9%	86,3%	4,8%	13,7%
Eslovénia	8,3%	86,9%	4,8%	13,1%
Finlândia	7,3%	89,9%	2,7%	10,1%
Croácia	7,2%	87,1%	5,7%	12,9%
Estónia	7,2%	88,1%	4,7%	11,9%
Espanha	6,6%	87,6%	5,8%	12,4%
Holanda	6,3%	90,7%	3,0%	9,3%
Irlanda	6,2%	86,3%	7,4%	13,7%
Itália	5,8%	89,5%	4,7%	10,5%
Chipre	5,4%	88,6%	5,9%	11,4%
Eslováquia	5,3%	91,3%	3,4%	8,7%
Polónia	5,1%	89,0%	5,9%	11,0%
Dinamarca	4,9%	92,9%	2,2%	7,1%
Malta	4,8%	86,4%	8,8%	13,6%
Hungria	4,1%	92,5%	3,4%	7,5%
República Checa	3,6%	91,5%	4,9%	8,5%
Alemanha	3,6%	94,4%	2,1%	5,6%
Suécia	3,6%	95,7%	0,7%	4,3%
Portugal	3,6%	93,1%	3,3%	6,9%
Grécia	3,1%	90,4%	6,5%	9,6%
Bulgária	3,0%	92,3%	4,7%	7,7%
Áustria	2,6%	94,9%	2,5%	5,1%

Fonte: Elaborado a partir de (Zigante, 2018, p. 18), EQS, 2016.

Os resultados do EQLS (2016) indicam que a maior parte dos países europeus planeiam reformar os sistemas de cuidados de longo prazo. Discutem-se os Outcomes dos cuidados informais ao nível do bem-estar dos cuidadores, a disponibilidade e a sustentabilidade dos cuidados.

A concetualização da qualidade do cuidado informal é dificultada pela definição dos cuidados de longa duração como um todo. Para além da dimensão da proteção da pessoa que precisa de cuidados, grande parte dos países avaliam o processo ao nível dos requisitos do serviço, no qual tomam parte um conjunto de intervenientes que contribuem para a avaliação global dos cuidados informais.

A literatura dos Cuidados de Longa Duração identifica duas tendências políticas: a "re-familirização", em que os cuidadores informais assumem a responsabilidade de cuidar da família e a "des-familiarização", onde Estado "retira" da família a responsabilidade de cuidar. Segundo Bettio & Plantenga (2004), citado por Zigante (2018, p. 23) a "des-familirização" pode ser encontrada nos países mediterrâneos, onde a família tradicionalmente tem um papel forte nos cuidados informais. A "re-familiarização" encontra nos países escandinavos maior desenvolvimento ao nível dos serviços formais.

Ao nível das relações familiares a literatura argumenta que as políticas que atribuem subsídios em dinheiro, podem dar origem a problemas nas famílias, relacionados com o emprego formal do cuidador informal. O carater dos relacionamentos pode mudar quando alguém se torna dependente financeiramente de outro membro da família (Glendinning, 2009). As investigações relacionadas com a atribuição dos subsídios a um membro da família, incluem riscos de comportamento abusivo decorrentes das dificuldades da prestação dos cuidados.

> "*The conceptualisation and measurement of the quality of informal care is one of the least researched areas in the LTC literature* (Courtin et al., 2014; Gori et al., 2016). *The focus of this note – the formalisation of informal care – carries important implications for the how we understand quality and who is responsible for the quality of care provided by informal caregivers*" (Zigante, 2018, p. 22).

As assimetrias registadas da análise comparativa nos países da EU que fazem parte da OCDE, entre valor da percentagem do PIB dos Cuidados de Longa Duração (CLD), a percentagem de Cuidadores Informais em relação ao total da população e o Índice de envelhecimento, tendo por base os diversos impactos do envelhecimento na qualidade de vida e bem-estar das populações, reforça a necessidade do desenvolvimento de pesquisas ao nível dos sistemas formais e informais dos cuidados de longa duração (Quadro 42, Quadro 43). O facto de se registar que os países com maior % do PIB de investimento em CLD, não corresponder aos países com maior índice de envelhecimento, evidencia uma disparidade das políticas de envelhecimento na EU. Resulta ainda da análise comparativa entre a % de Cuidadores Informais e a % da Despesa Pública do PIB em CLD a existência de diferentes políticas públicas de financiamento dos cuidados de saúde e sociais.

Numa tentativa de estabelecer uma comparação dos referidos indicadores nos países do sul da EU, que apresentam elevados índices de envelhecimento, conclui-se que o valor da despesa pública inscrito no PIB é baixo, existindo valores similares ao nível da % dos Cuidadores Informais sobre o total da população, com exceção da Grécia.

Quadro 42 – Comparação Total Cuidadores, Despesa Pública do PIB e Índice de Envelhecimento, países do Sul da EU.

País	Total Cuidadores[100]
Grécia	34%
Itália	17%
Espanha	16%
Portugal	13%

País	Despesa Publica % PIB Cuidados Longa Duração [101]
Espanha	0,7%
Itália	0,6%
Portugal	0,5%
Grécia	0,0%

País	Índice Envelhecimento[102]
Itália	163,4
Portugal	148,7
Grécia	148,2
Espanha	124,8

Fonte: Elaborado a partir de EQLS (2016); EUROSTAT (2017), OCDE.

[100] EQLS, 2016
[101] OCDE, 2017
[102] Eurostat, 2018

Quadro 43- Comparação Total Cuidadores, Despesa Pública do PIB em Cuidados de Longa Duração e Índice de Envelhecimento, países da EU que fazem parte da OCDE.

País	Total Cuidadores (a)
Grécia	34%
Bélgica	30%
Alemanha	23%
Luxemburgo	21%
Polónia	20%
Eslováquia	19%
Reino Unido	19%
Hungria	18%
Países Baixos	18%
Itália	17%
Dinamarca	16%
Espanha	16%
França	16%
Lituânia	16%
Eslovénia	15%
Estónia	15%
Finlândia	13%
Portugal	13%
Suécia	12%
Áustria	10%
Irlanda	10%
Rep. Checa	9%

País	Despesa Pública % PIB Cuidados Longa Duração (b)
Países Baixos	4,3%
Finlândia	3,5%
Suécia	3,2%
Dinamarca	2,6%
Bélgica	2,2%
França	1,9%
Irlanda	1,8%
Rep. Checa	1,4%
Luxemburgo	1,3%
Reino Unido	1,2%
Áustria	1,2%
Alemanha	1,1%
Eslovénia	1,0%
Espanha	0,7%
Itália	0,6%
Portugal	0,5%
Lituânia	0,4%
Polónia	0,3%
Hungria	0,3%
Estónia	0,2%
Grécia	0,0%
Eslováquia	0,0%

País	Índice Envelhecimento (c)
Itália	163,4
Alemanha	158,7
Portugal	148,7
Grécia	148,2
Lituânia	129,9
Áustria	128,7
Hungria	127,3
Finlândia	127,0
Eslovénia	125,3
Espanha	124,8
Rep. Checa	119,9
Estónia	118,8
Dinamarca	112,9
Suécia	112,8
Países Baixos	111,9
Bélgica	108,0
Polónia	107,9
França	103,4
Reino Unido	101,3
Eslováquia	95,6
Luxemburgo	87,0
Irlanda	63,1

(a) EQLS, 2016; (b) OCDE, 2017 (c) Eurostat, 2017

Fonte: Elaborado a partir de EQLS (2016); EUROSTAT (2017) e OCDE (2017).

A literatura sobre os cuidados de longa duração refere que nas próximas décadas devido ao envelhecimento da população existirá um aumento da necessidade de serviços de cuidados de longa duração, formais e informais.

Em função da capacidade de os países financiarem através da despesa pública os cuidados formais, o papel dos cuidados informais deve permanecer importante. Os estudos demonstram que a disponibilidade dos cuidadores informais é incerta devido às mudanças demográficas, estimando-se que em 2060 existirá um grande déficit de cuidadores (Pickard et al., 2015)

Admitindo-se que possa existir um aumento significativo do financiamento dos através de fundos do Estado ou seguros privados, alocados os serviços de cuidados formais, os sistemas de cuidados de longa duração podem enfrentar a incapacidade de resposta face ao aumento da procura dos serviços. Nestes termos, o apoio e a capacitação de prestadores de cuidados informais devem ser vistos como um objetivo político fundamental em relação aos CLD na Europa nas próximas décadas (Zigante, 2018, p. 38).

> "*The character of relationships can change when someone becomes de facto employee and employer and equally it can be challenging when a family member becomes financially dependent on the other family member. Given the possible negative effects in terms of family relations of 'formalising' caregiving it is important to pay attention to what impact this may have on the quality of care. Difficulties in the caregiving relationship, need to be incorporated into any caregiving policy*" (Zigante, 2018, p. 33)

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Capítulo 5 - Os Desafios do Território e o Envelhecimento Intergeracional. Caraterização sociodemográfica do Concelho de Setúbal

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Parte I –
Os Desafios do Território e o Envelhecimento

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Introdução

A população Portuguesa registou nos últimos anos um dos maiores envelhecimentos da Europa, verificando-se historicamente as taxas de natalidade mais baixas e o aumento da esperança de vida, com uma distribuição etária cada vez mais envelhecida.

O artigo 9º, alínea e), da Constituição da República Portuguesa estabelece o ordenamento do território como função pública, consagrando-se nos termos da alínea b) do nº 2 do artigo 66º, como tarefa fundamental. As sociedades atuais confrontam-se com uma crescente complexidade, diversidade e indeterminação, considerando-se que o planeamento do ordenamento do território consiste numa função de tornar visível e concretizar o futuro socialmente desejado (Ferrão, 2014, pp. 50-52).

Em Portugal a partir de janeiro de 2015, os dados estatísticos oficiais passarão a ser suportados pela nova versão da Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS). No âmbito das mudanças ocorridas, a Área Metropolitana de Lisboa (AML) passou a constituir-se, simultaneamente, uma NUTS III e uma NUTS II, em resultado da fusão das atuais sub-regiões Grande Lisboa e Península de Setúbal. As unidades administrativas de referência para Portugal são as "Entidades Intermunicipais", "Região Autónoma dos Açores" e "Região Autónoma da Madeira". Os limites territoriais das NUTS III do Continente e respetivas designações acompanham o estabelecido no Anexo II da Lei número 75/2013 de 12 de setembro, que aprovou os estatutos das entidades intermunicipais (AR, 2015).

Atendendo à especificidade das antigas sub-regiões, Grande Lisboa e Peninsula de Setúbal, não obstante a fusão numa única região (AML) com 18 municípios divididos pelas duas margens do rio Tejo, para efeitos da análise do território, manteve-se a desagregação por regiões anteriores a 2015-

> "*Uma das fragilidades do sistema de Ordenamento do Território reside na fragmentação e falta de diálogo das diversas comunidades científicas e profissionais que o praticam*" (Ferrão, 2014, p. 14)

Nestes termos, o presente capítulo tem como objetivo elaborar uma caraterização socio demográfica do território objeto de estudo, Município de Setubal, estabelecendo-se uma análise comparativa entre os diversos indicadores das antigas sub-regiões da Península de Setúbal e Grande Lisboa, mantendo-se a mesma designação dos territórios da AML.

O capítulo subdivide-se em duas partes, apresentando-se na primeira, indicadores Demográficos que sustentam os desafios do território face ao envelhecimento. Na segunda parte é estabelecida uma relação entre as projeções demográficas e o rácio do cuidador informal, numa perspetiva de resposta ao aumento dos cuidados de longo prazo.

A análise da evolução da estrutura populacional é efetuada com recurso aos Censos de 1981, 2001 e 2011, apresentando-se ainda estimativas da população residente em 2016. A exposição das variáveis demográficas contribui para a validação da Teoria da Transição Demográfica, estabelecendo-se ainda uma comparação entre os indicadores da população do Município de Setúbal, com os territórios Península de Setúbal e Grande Lisboa, enquanto sub-regiões da AML.

Partindo do pressuposto da relação dos indicadores do emprego e mercado de trabalho, educação e condições de vida, enquanto fatores que contribuem para a análise do bem-estar das populações, numa tentativa de caraterizar o perfil do cuidador informal, são apresentados dados estatísticos da escolaridade, desemprego e índice de poder de compra per capita da população residente no território NUT III da Área Metropolitana de Lisboa.

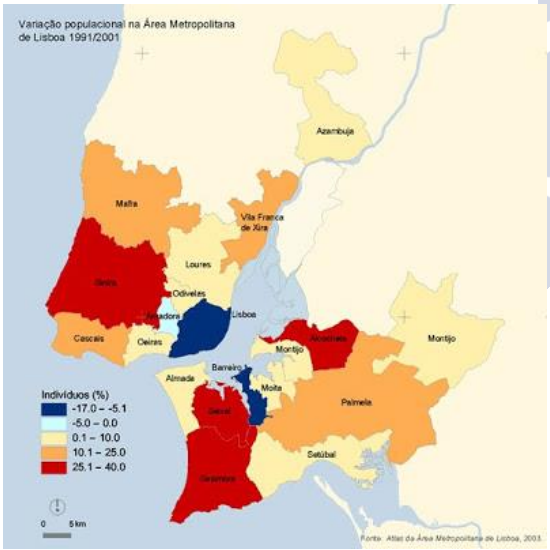
Os desafios do território e o envelhecimento encerra na segunda parte com a apresentação das projeções de população residente 2012-2060 para a AML, e o número potencial de cuidadores na família para apoiar nos cuidados de longa duração. A relação da projeção da população 45-64 com a população envelhecida com mais de 85 anos, visa sustentar as hipóteses do presente estudo obtendo-se por este método uma estimativa da disponibilidade futura dos cuidados informais em 2060 que serão realizados pelos Nativos Digitais.

5.1 Caraterização do território Área Metropolitana de Lisboa



A Área Metropolitana de Lisboa, designada no presente estudo por AML, localizada no centro-sul de Portugal, engloba 18 Municípios divididos pelas duas margens do rio Tejo: a **Grande Lisboa**, a norte e a **Península de Setúbal**, a sul. É a área metropolitana mais populosa do país (NUTS III), com 2 812 678 habitantes em 2015 (Costa, 2016) e a segunda região mais populosa (NUTS II), a seguir à Região do Norte. Limita a norte com a Comunidade Intermunicipal do Oeste (Região Centro), a nordeste com a Lezíria do Tejo, a leste com o Alentejo Central e a sul com o Alentejo Litoral, todas estas parte da Região Alentejana (Figura 1).

Figura 1 – Área Metropolitana de Lisboa (NUTII), variação populacional 1991 a 2001.



Fonte: Elaborado a partir de https://www.aml.pt/index.php, extraído a 16.05.

A expansão da malha urbana em torno da capital Portuguesa teve início na década de 1950, fruto de vários fatores: a industrialização, o

empobrecimento da atividade agrícola e às migrações e imigração da população. Os anos se seguiram foram determinantes na história do território metropolitano, altura em que a área metropolitana se afirma enquanto uma entidade territorial alargada, socialmente diversificada, e funcionalmente dependente da cidade de Lisboa.

> "*A década de 1950 é também testemunha de uma extensa e rápida transformação que ultrapassava as necessidades reais de crescimento Demográfico, sem estruturação urbana e sem qualquer enquadramento pelo planeamento e pela gestão do território. Como motivadores desta transformação encontravam-se dinâmicas fundiárias e imobiliárias marcadas pela especulação e dinâmicas políticas e sociais desfasadas da realidade do território, com contradições entre interesses coletivos e privados, conflitos entre promotores, utentes e administração pública; e equívocos quanto aos objetivos e às capacidades de gerir as mudanças e construir uma região metropolitana equilibrada e sustentada*" (Patricia, 2016).

O âmbito da análise geográfica do presente estudo é ao nível do Município, unidade territorial inserida na AML (Figura 2, Figura 3). O presente estudo realizou-se entre 2016 e nas escolas secundárias do Município de Setúbal abrangendo um universo total de 993 alunos (Tabela 37).

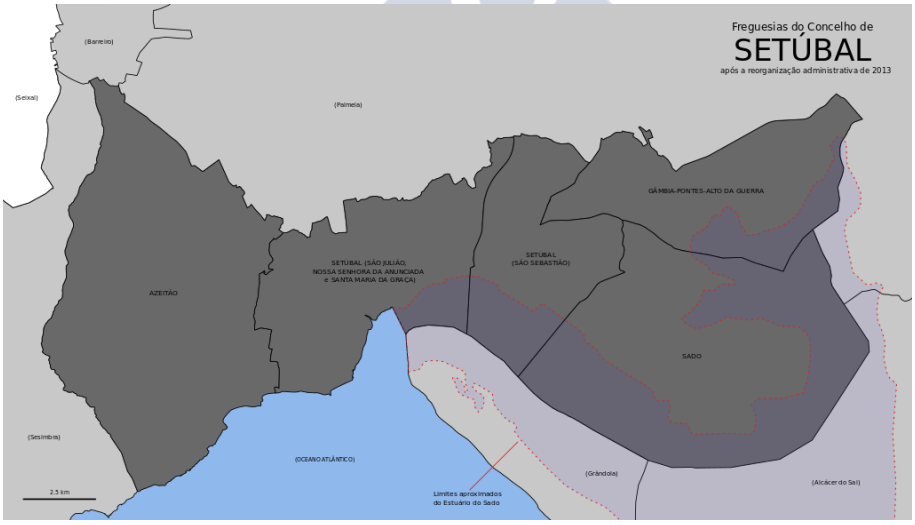
> *"Setúbal é* ***capital de distrito*** *(desde 1926), estatuto que ao longo dos anos lhe conferiu relevância institucional e a possibilidade de centralização de serviços (serviços públicos, às famílias e às empresas). A história de Setúbal do século XIX revela um desenvolvimento económico e social que tornou a então vila num dos mais importantes centros industriais e comerciais do país. Em 1960 deu-se a elevação a cidade do respetivo núcleo urbano e inaugurou-se a via-férrea Barreiro/Setúbal, tendo progressivamente* ***consolidado a sua atratividade empresarial e populacional****, que ainda hoje se mantém expressiva (15% da população do distrito de Setúbal reside no concelho de Setúbal)"*- PEDS (2016, p. 10).

Figura 2 – Município de Setúbal, Área Metropolitana de Lisboa.



Fonte: Elaboração própria a partir de INE (2017).

Figura 3 - Freguesias do Município de Setúbal,



Fonte: Elaboração própria a partir de INE (2017).

Tabela 37 - Universo do estudo, alunos do 12º ano de Escolaridade, Ano letivo 2015-2016 - escolas secundárias do concelho de Setúbal.

Escola	Nº de Turmas	Nº de Inquéritos distribuídos	Nº de Inquéritos recolhidos			% de Respostas
			Masculino	Feminino	TOTAL	
Escola Secundária Sebastião da Gama	11	282	63	96	159	56,4%
Escola Secundária D. João II	10	237	52	89	141	59,5%
Escola secundária do Bocage	7	189	70	75	145	76,7%
Escola Secundária Lima de Freitas	5	84	28	34	62	73,8%
Escola Secundária D. Manuel Martins	7	153	38	37	75	49,0%
Escola Secundária Ordem de Santiago	2	48	10	19	29	60,4%
Total	**42**	**993**	**261**	**350**	**611**	**61,5%**
			42,7%	**57,3%**		

Fonte: Elaboração própria.

5.2 Evolução da estrutura populacional

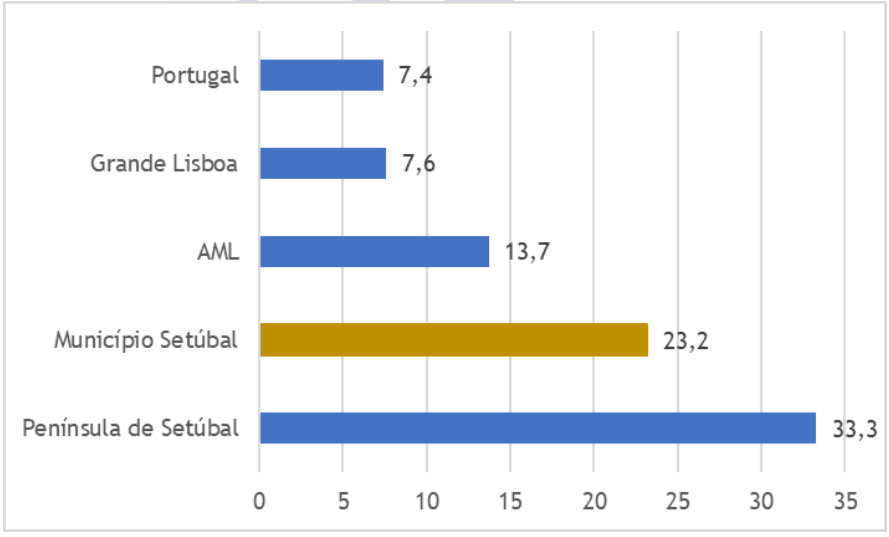
A Área Metropolitana de Lisboa (AML) entre 1981 e 2011 registou um crescimento da população residente da ordem dos 13,7%, valor acima de Portugal (7,4%), correspondendo o maior aumento à região da Península de Setúbal (33,3%), verificando-se no Município de Setúbal um crescimento de 23,2% (Tabela 38, Gráfico 45). No que se refere à evolução da estrutura populacional por grandes grupos etários, todas as regiões apresentam uma variação negativa no grupo (0-14 anos), existindo no Município de Setúbal uma redução de 19,8% (Gráfico 46). A população ativa (14-64 anos) obtém maior crescimento na Península de Setúbal (32,3%), registando o Município de Setúbal um aumento de 23%. O grupo 65 e mais anos, regista em todas as regiões um elevado aumento, correspondendo a maior evolução à Península de Setúbal (191,7%), existindo no Município de Setúbal um aumento de 139%.

Tabela 38 - População residente segundo os Censos: total e por grupo etário; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (AML), 1981,2001 e 2011.

Territórios	Total			Variação	
	1981	2001	2011	Indivíduos	%
Portugal	9 833 014	10 356 117	10 562 178	729 164	7,4
AML	2 482 276	2 661 850	2 821 876	339 600	13,7
Grande Lisboa	1 897 628	1 947 261	2 042 477	144 849	7,6
Península de Setúbal	584 648	714 589	779 399	194 751	33,3
Setúbal	98 366	113 934	121 185	22 819	23,2

Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Gráfico 45 - Variação (%) População residente segundo os Censos: total; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População. PORDATA (2018).

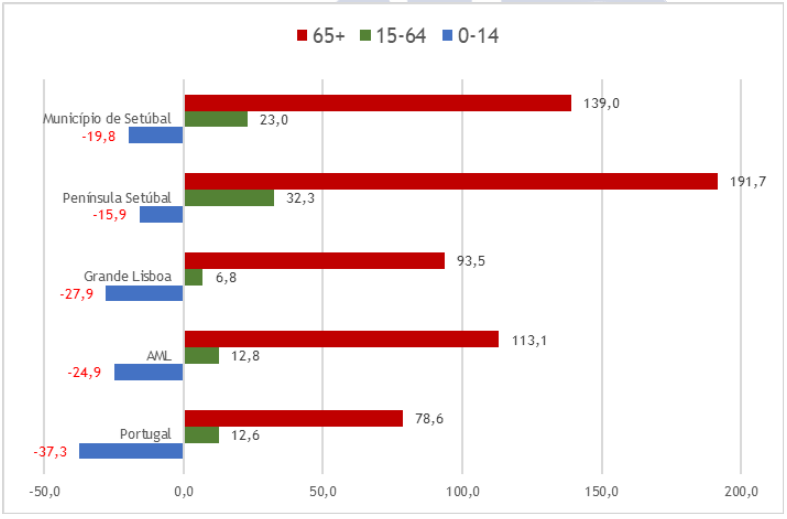
5.2.1 População Jovem

A população jovem (0-14 anos) regista entre 1981 e 2011 em todas as regiões da Área Metropolitana de Lisboa uma variação negativa, apresentando um valor de -24,9% (Gráfico 46, Gráfico 47). O território da Grande Lisboa regista uma redução da ordem dos 27,9% e a Península de Setúbal uma variação de -15,9%.

No que se refere à análise da variação da população jovem ao nível dos Municípios por região na Grande Lisboa a maior redução é registada no Município de Loures (-56,7%), sendo a maior variação positiva no Município de Mafra (40,3%).

Na Península de Setúbal a maior variação positiva é registada no Município de Sesimbra, registando-se no Município do Barreiro a maior redução da população jovem (-51,5%). O Município de Setúbal regista uma redução 19,8% (Gráfico 48).

Gráfico 46 - Variação (%) População residente segundo os Censos: por grande grupo etário; Portugal e Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011).



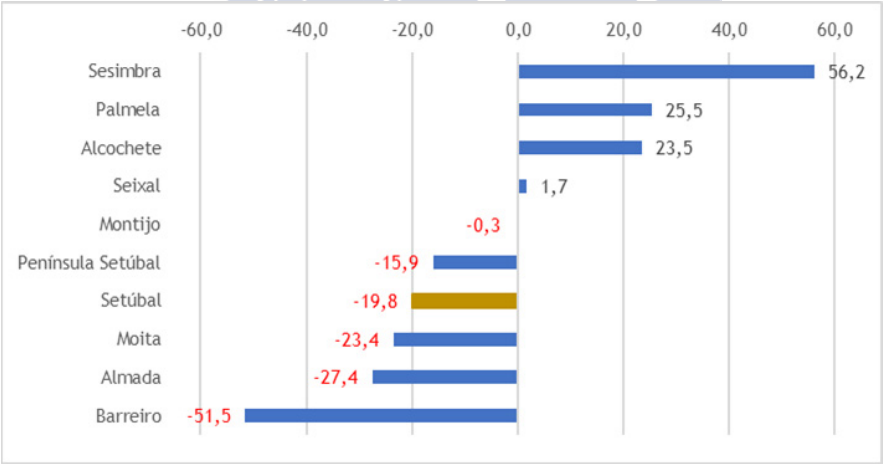
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2018).

Gráfico 47 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 0-14 anos; Área Metropolitana de Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2018).

Gráfico 48 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 0-14 anos; Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2018).

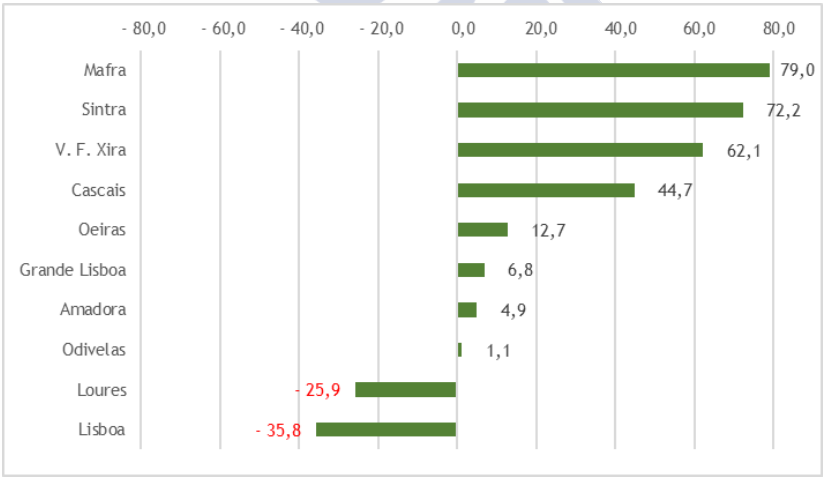
5.2.2 População em Idade Ativa

A população em Idade Ativa (15-64 anos) de acordo com os Censos de 1981 e 2011, apresenta na AML uma variação de 12,8% (Gráfico 46).

No que se refere às regiões, a Grande Lisboa regista um crescimento de 6,8% e a Península de Setúbal 32,3%. Ao nível dos Municípios por região, na Grande Lisboa o maior crescimento regista-se no Município de Mafra (79,0%), registando-se no Município de Lisboa uma redução de 35,8% (Gráfico 49).

A população em Idade Ativa nos territórios da Península de Setúbal (Gráfico 50) assinala maior crescimento no Município de Sesimbra (116,8%), encontrando-se no Município do Barreiro a maior redução negativa (-13%).

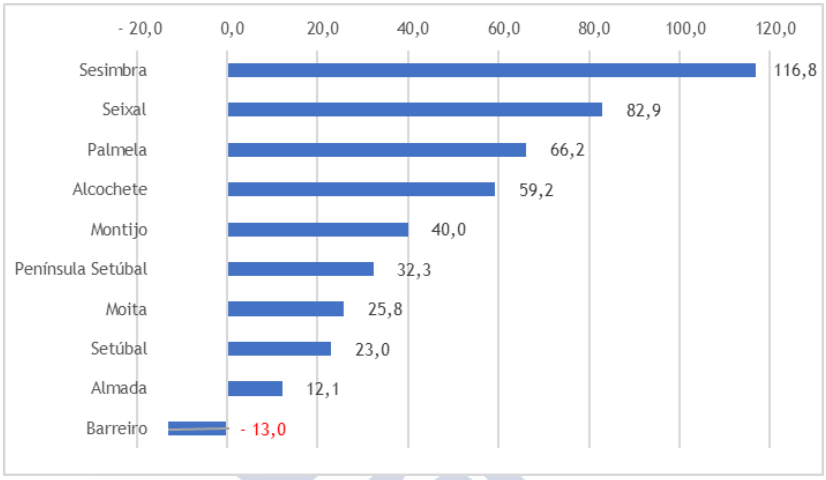
Gráfico 49 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 15-64 anos;



Grande Lisboa (1981-2011).

Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2018).

Gráfico 50 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 15-64 anos; Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2018).

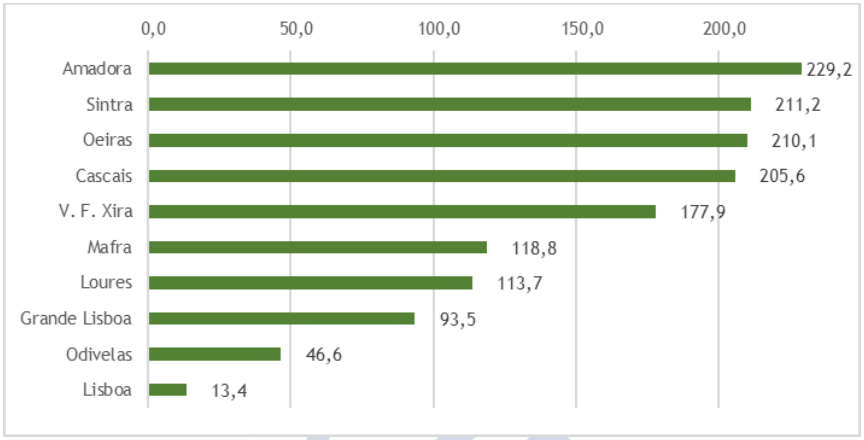
5.2.3 População Idosa

A população idosa (65 e mais anos) regista entre 1981 e 2011 um crescimento na AML de 113,1%, verificando-se o maior envelhecimento da população na região da Península de Setúbal, 191,7% (Gráfico 51, Gráfico 52).

No que se refere à variação da população idosa por região dos Municípios, na Grande Lisboa a Amadora obtém o maior crescimento (229,2) e Lisboa com a menor variação (13,4%).

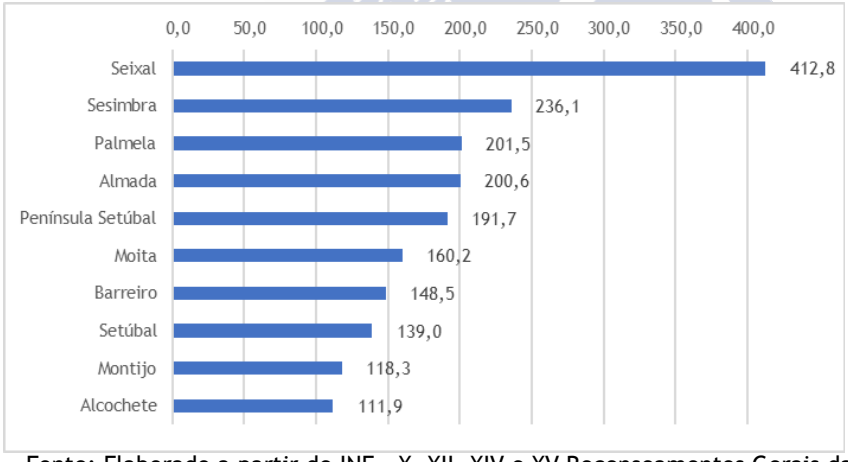
Na Península de Setúbal, o Seixal apresenta o maior crescimento 412,8%, registando-se a menor variação no Município de Alcochete (111,9%).

Gráfico 51 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 65 + anos; Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População, PORDATA (2017).

Gráfico 52 - Variação (%) População residente segundo os Censos: grupo 65 + anos; Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População PORDATA (2017).

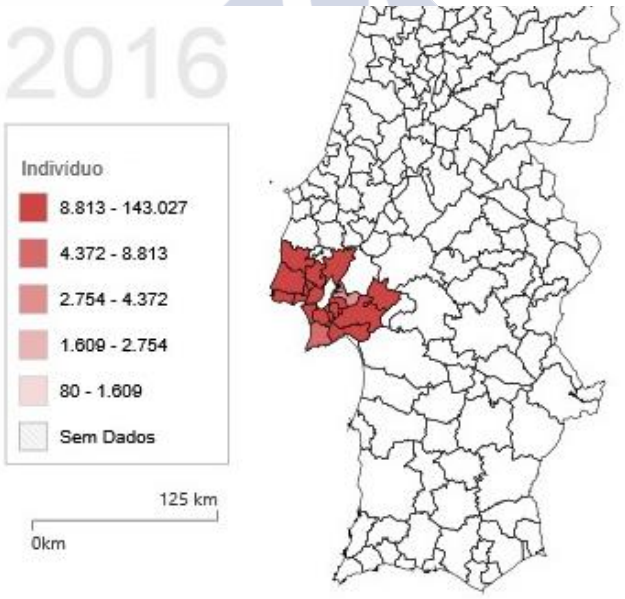
5.2.4 População 65 e mais anos

De acordo com os Censos, entre 1981 e 2011 a relação entre a população com 65 e mais anos e o total da população residente, aumentou de 9,7% para 18,2%, registando-se em 2016 a maior concentração da população idosa na região da Península de Setúbal (Figura 4, Tabela 39, Gráfico 51, Gráfico 52).

Em termos da variação nos Municípios nas regiões da AML, na Grande Lisboa a maior variação é na Amadora (12,6%), sendo a menor no Município de Mafra (3,0%).

Na Península de Setúbal, o maior crescimento é no Barreiro (13,8%), sendo o menor no Município de Alcochete (3,8%). O Município de Setúbal apresenta uma variação de 8,8 % (Gráfico 53, Gráfico 54).

Figura 4 – População residente 65 e mais anos, AML,2016.



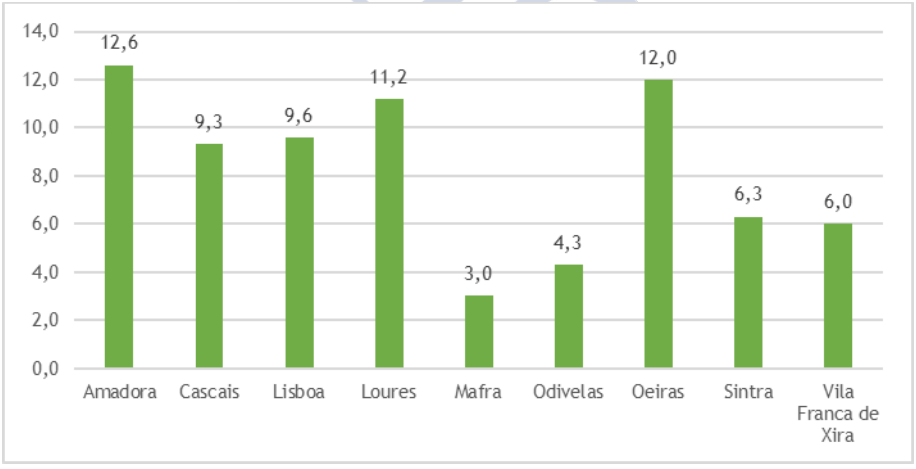
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Tabela 39 – Variação da população com 65 e mais anos sobre o Total da população residente, segundo os Censos (1981-2011).

Território	1981	2001	2011	Var.
Portugal	11,4	16,4	19,0	7,6
AML	9,7	15,4	18,2	8,5
Grande Lisboa	10,2	15,8	18,3	8,1
Península de Setúbal	8,0	14,3	18,0	10,0
Município de Setúbal	9,3	14,8	18,1	8,8

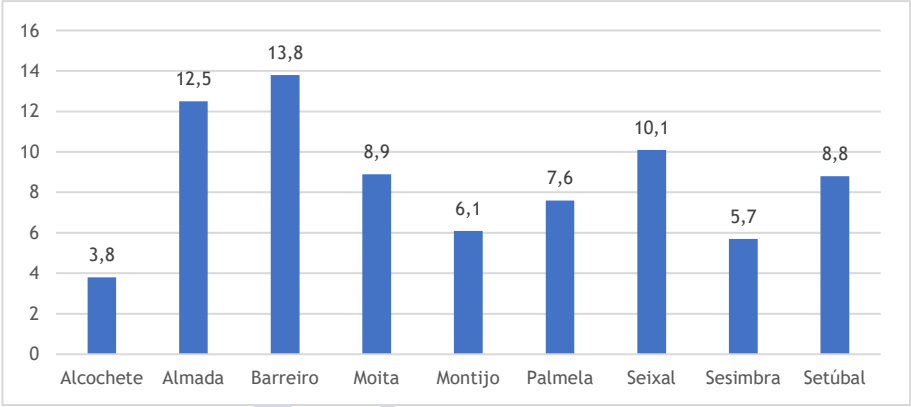
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 53 – Variação da população 65 e mais anos sobre o Total da população residente, Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 54 – Variação da população 65 e mais anos sobre o Total da população residente, Península de Setúbal (1981-2011).

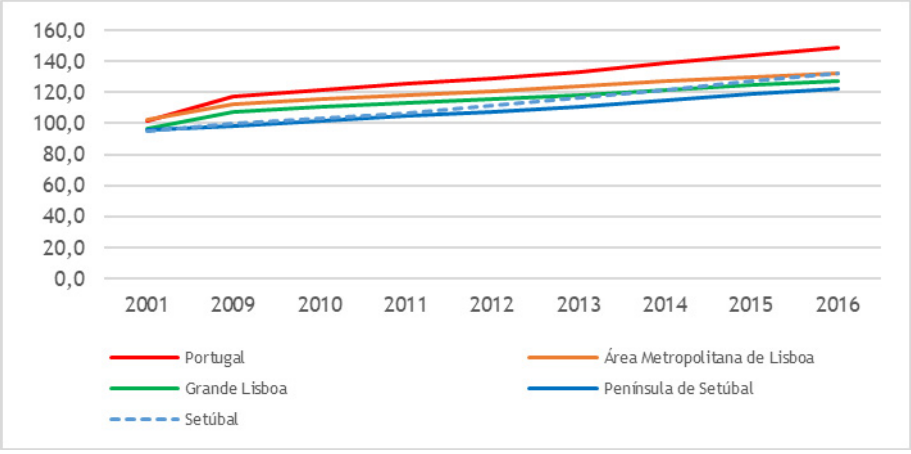


Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

5.2.4.1 Índice de Envelhecimento

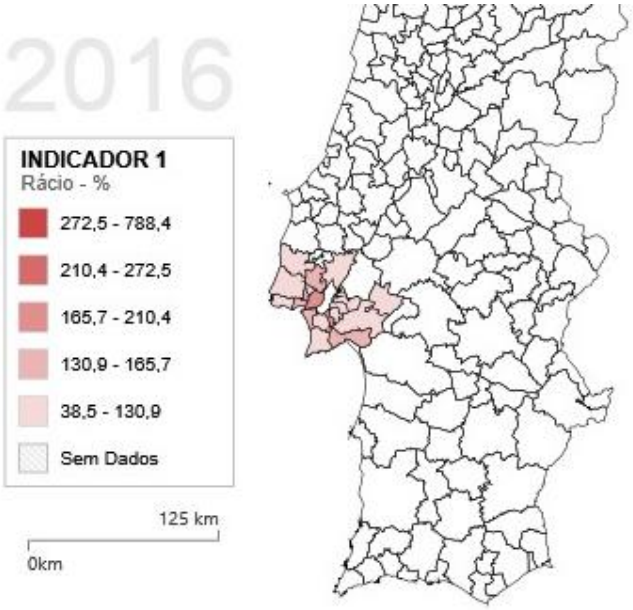
As estimativas da população residente para 2016 apresentam para a AML um Índice de Envelhecimento (IE) da ordem dos 132,7%, registando a Grande Lisboa 127,0% e a Península e Setúbal 122,5%, (Gráfico 55, Figura 5).

Gráfico 55 – Evolução do Índice de Envelhecimento (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE estimativas anuais de população residente.

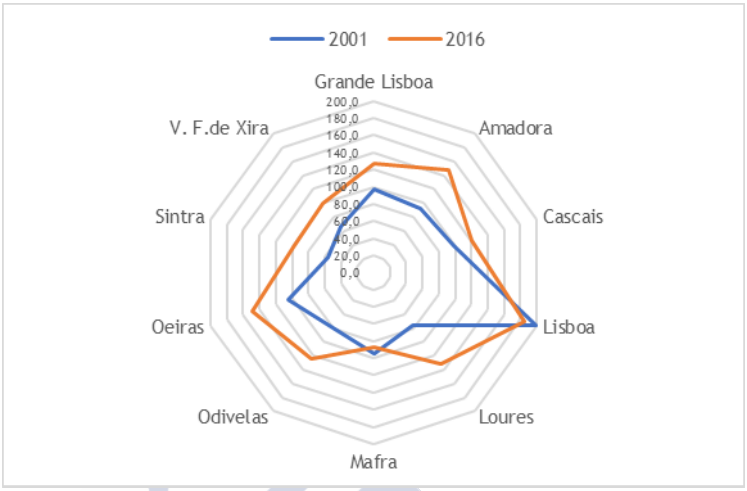
Figura 5 – Índice de Envelhecimento AML (2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE estimativas anuais de população residente.

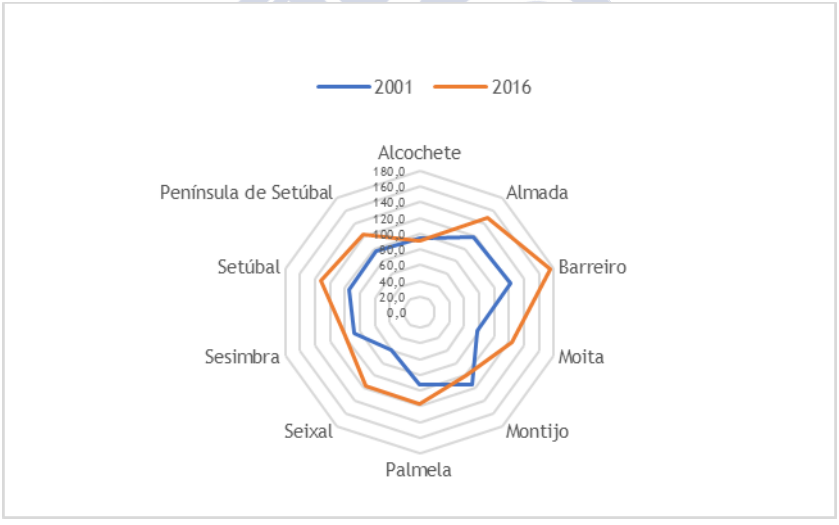
Em termos do IE por Municípios e regiões, na Grande Lisboa o maior IE em 2016 é registado em Lisboa (184,5%) e o menor no Município de Mafra (87,6%). Em relação à península de Setúbal, o maior IE é obtido no Barreiro (175,4%) e o menor no Município de Alcochete (91,5%). Setúbal apresenta um aumento entre 2001 e 2011 do IE de 105% para 132% (Gráfico 56, Gráfico 57).

Gráfico 56 – Índice de Envelhecimento Grande Lisboa (2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE estimativas anuais de população residente.

Gráfico 57 – Índice de Envelhecimento Península de Setúbal (2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE estimativas anuais de população residente.

5.2.4.2 População 85 e mais anos

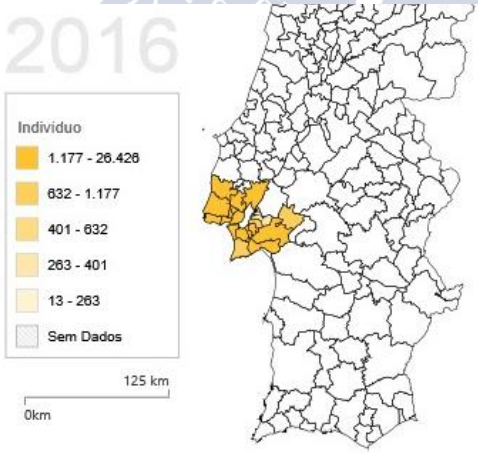
À semelhança da maior concentração na AML da população idosa registada entre os Censos de 1981 e 2011, a Península de Setúbal mantém em 2016 o maior envelhecimento da população (Tabela 40, Figura 6). No que se refere à variação por Município da população com mais de 85 anos sobre o total da população residente, em ambas as regiões regista-se um sobre envelhecimento. Destaca-se o Barreiro com maior crescimento na Península de Setúbal. O Município com menor variação corresponde ao território do Montijo (Gráfico 58, Gráfico 59).

Tabela 40 – Variação da população com 85 e mais anos, AML, (2001-2016)

Território	2001	2016	Var.
AML	4,2	5,3	1,1
Grande Lisboa	4,3	5,3	1,1
Península Setúbal	3,9	5,2	1,3
Município de Setúbal	**4,0**	**5,4**	**1,4**

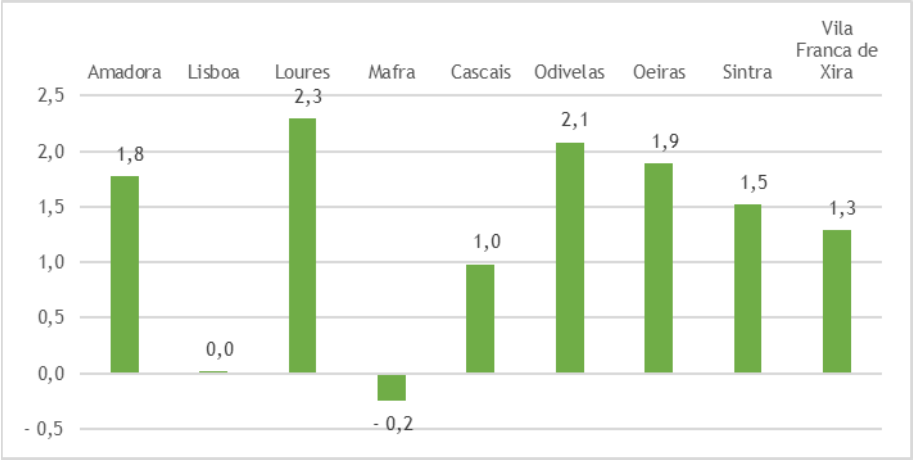
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Figura 6 – Relação População com 85 e mais anos, AML,2016.



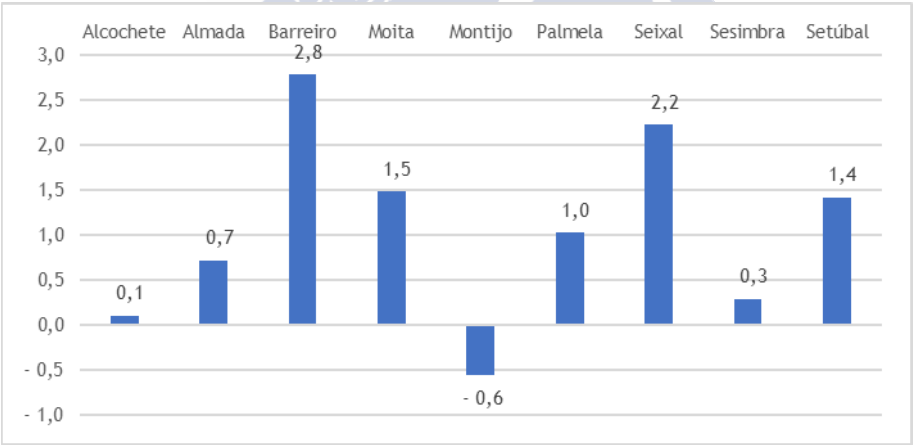
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 58 – Variação da população com 85 e mais anos, sobre a População Total Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 59 – Variação da população com 85 e mais anos, sobre a População Total por Censos, Península Setúbal (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.2.4.3 Índice de longevidade

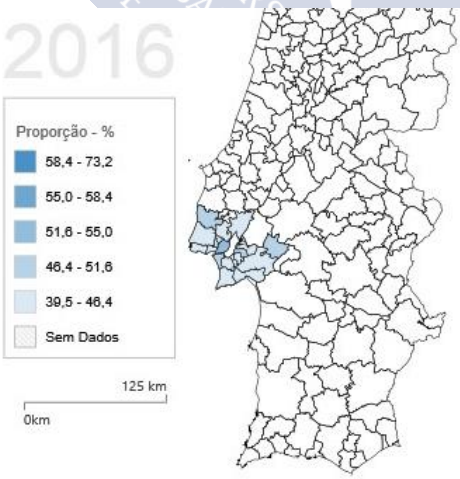
A longevidade da População na AML, apresenta maior concentração na Região da Grande Lisboa (Tabela 41, Figura 7). De acordo com os Censos em Portugal o Índice de Longevidade (IL) registou entre 1981 e 2011 uma variação de 13,7%, verificando-se as maiores variações na Grande Lisboa. No que se refere à análise por Município, Lisboa detém a maior variação 16,5%, obtendo-se em Odivelas a menor variação, 3,7% (Gráfico 60, Gráfico 61).

Tabela 41 - Índice de longevidade segundo os Censos, proporção %, Portugal, AML.1981, 2001 e 2011.

Território	1981	2001	2011	Var. %
Portugal	34,2	41,4	47,9	13,7
AML	33,8	39,7	45,7	11,9
Grande Lisboa	32,2	38,7	44,4	12,2
Península Setúbal	28,3	38,5	43,6	15,3
Município de Setúbal	33,0	38,6	44,3	11,3

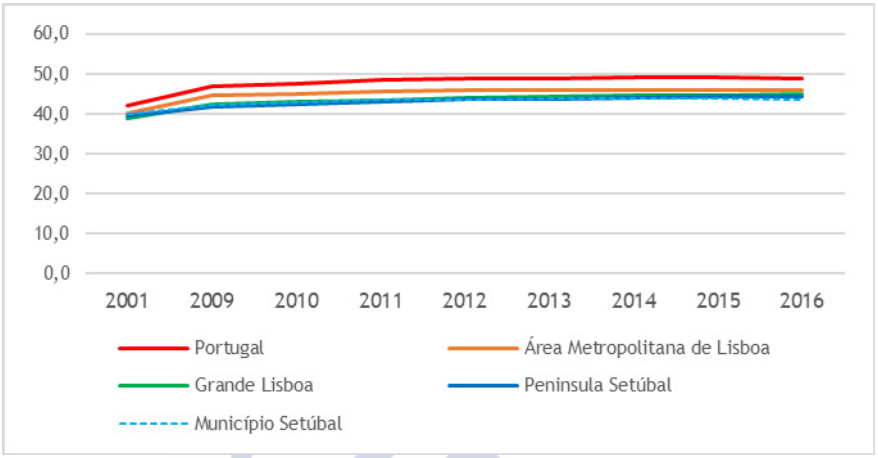
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Figura 7 – Índice de Longevidade, Área Metropolitana de Lisboa, 2016.



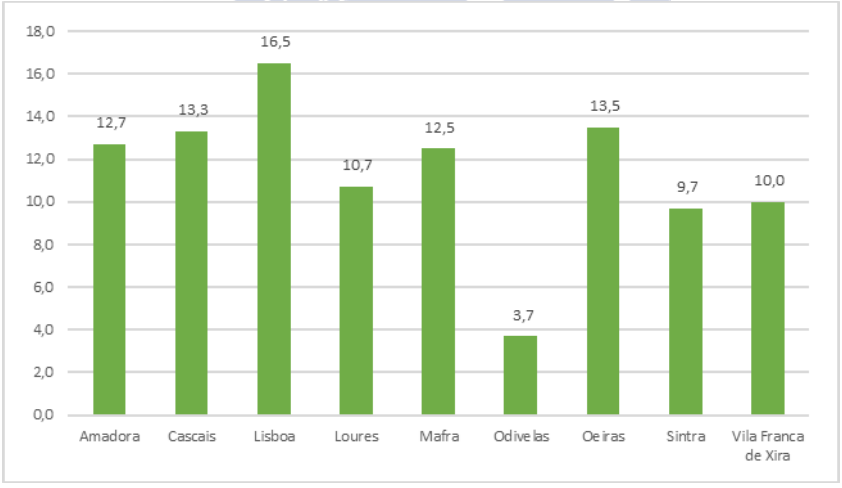
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 60 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (1981-2011).



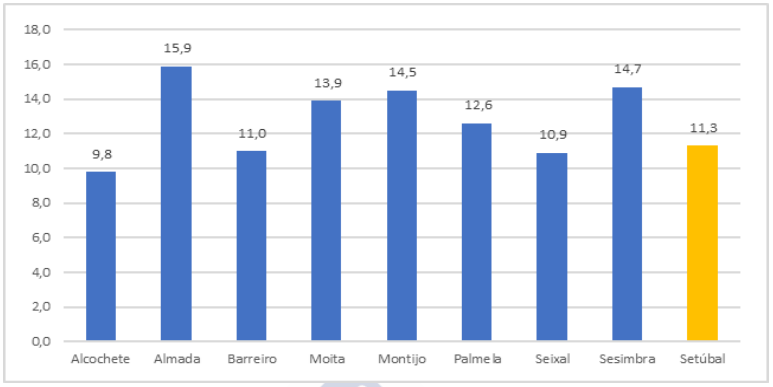
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 61 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

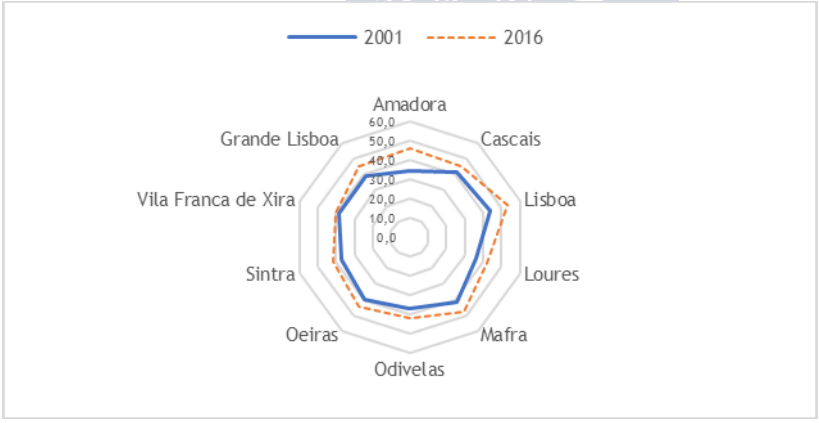
Gráfico 62 - Variação Índice Longevidade, Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

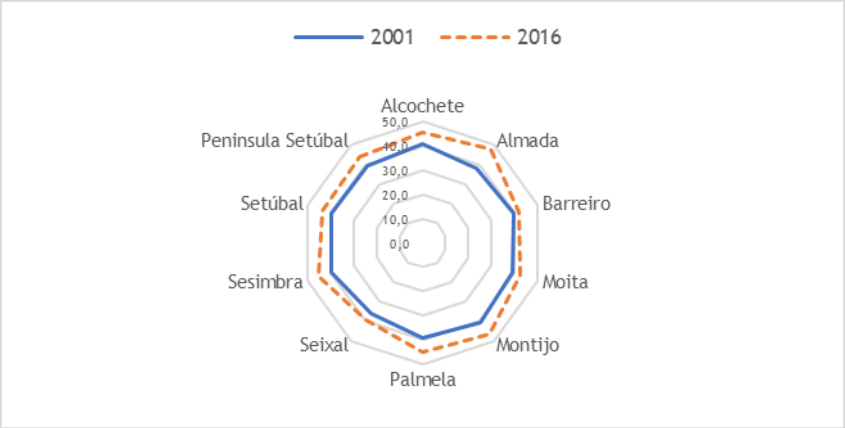
Em 2016 as estimativas da Longevidade da população residente na AML apresentavam um índice de 46%, correspondendo à Grande Lisboa 44,8% e à Península de Setúbal 44,3%. Em relação aos Municípios por região com valor mais elevados, destacam-se Lisboa (53,5%) e Almada com 47,8%. O Município de Setúbal regista uma longevidade de 43.6% (Gráfico 62, Gráfico 63, Gráfico 64).

Gráfico 63 - Variação Índice Longevidade, Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 64 - Variação Índice Longevidade, Península de Setúbal (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.2.4.4 Índice de dependência das pessoas idosas

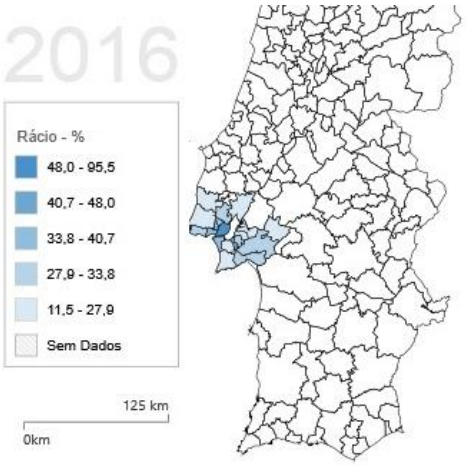
O Índice de Dependência de pessoas idosas (IDI) apresenta na Área Metropolitana de Lisboa entre 1981 e 2011, uma variação de 14,5% para 27,5%, valor superior à média nacional. Em termos comparativos por região, a Península de Setúbal apresenta uma variação de 11,9% para 26,4%, valor superior à Grande Lisboa (Tabela 42, Figura 8, Gráfico 65).

Tabela 42 – Índice de Dependência das pessoas idosas, segundo CENSOS.

Território	1981	2001	2011	Var.
Portugal	18,2	24,2	28,8	10,6
AML	14,5	22,1	27,5	13,0
Grande Lisboa	13,2	21,0	25,7	12,5
Península de Setúbal	11,9	20,7	26,4	14,5
Município de Setúbal	14,1	21,2	27,5	13,4

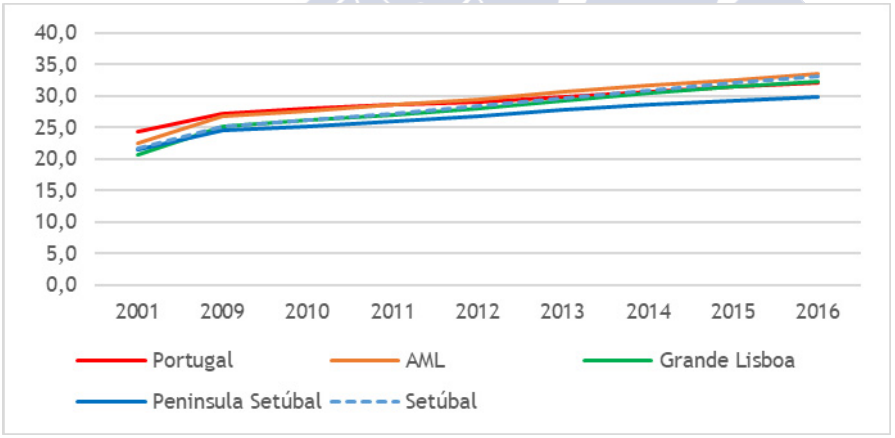
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Figura 8 – Índice de Dependência das pessoas idosas Área Metropolitana de Lisboa, 2016.



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

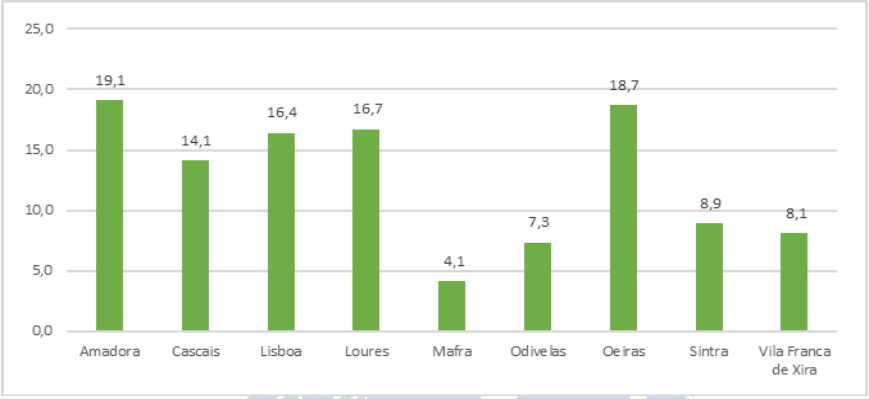
Gráfico 65 – Evolução do Índice de Dependência das pessoas idosas, AML (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

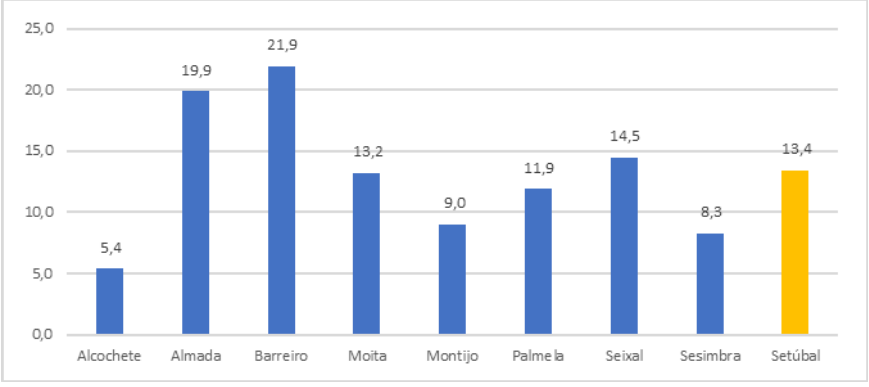
Em termos da evolução do IDI por Município e regiões, na Grande Lisboa, Amadora regista a maior variação (19,1%) e Mafra a menor (4,1%). Na região da Península de Setúbal, o Município do Barreiro apresenta o valor mais elevado (21,9%) e Alcochete o valor mais baixo (5,4%). O Município de Setúbal apresenta uma variação superior à média da região AML e Grande Lisboa (Gráfico 66, Gráfico 67).

Gráfico 66 – Variação (%) do Índice de Dependência das pessoas idosas segundo os Censos, Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

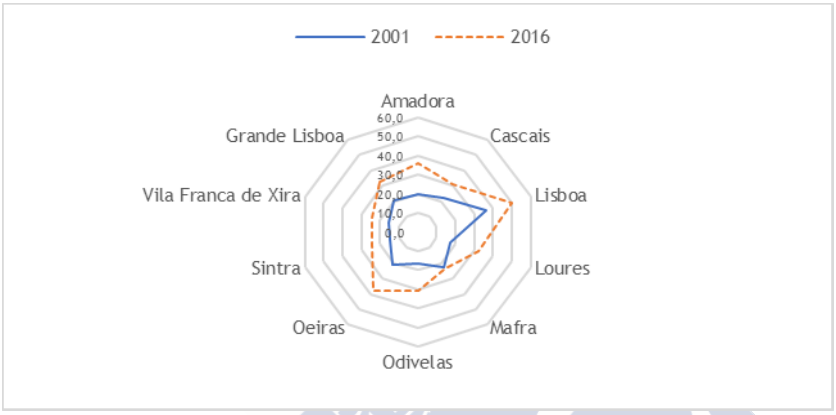
Gráfico 67 – Variação (%) do Índice de Dependência das pessoas idosas segundo os Censos, Península Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

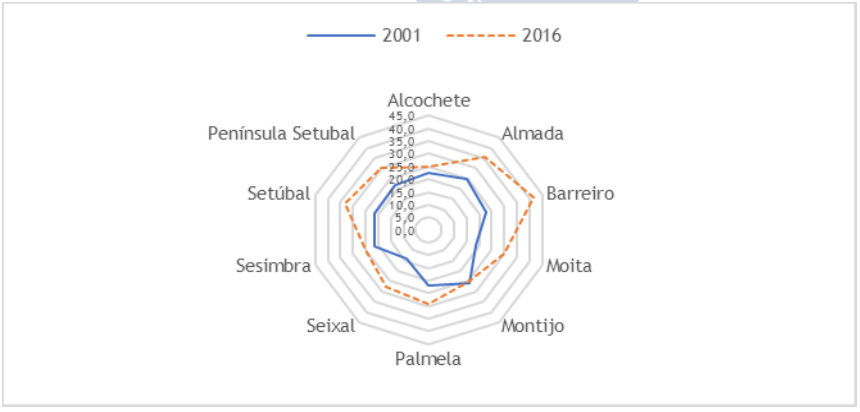
De acordo com as estimativas da população residente em 2016, a AML apresentava um IDI de 33.4%, registando-se na região da Grande Lisboa 32,3% e na Península de Setúbal, 29,9%. Em termos dos Municípios, Lisboa alcanza o valor mais elevado da região (50,3%) e o Barreiro 41,4%. O Município de Setúbal apresenta um IDI de 33% (Gráfico 68, Gráfico 69).

Gráfico 68 – Índice de Dependência das pessoas idosas, Grande Lisboa (2001 e 2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 69 – Índice de Dependência das pessoas idosas, Península de Setúbal (2001 e 2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.2.4.5 Índice de Sustentabilidade Potencial

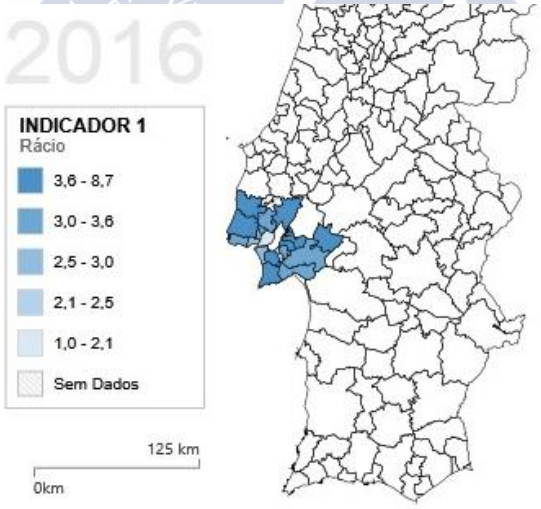
O número de indivíduos em idade ativa por idoso (índice de sustentabilidade potencial) apresenta uma tendência para redução entre 2001 e 2016, registando-se em 2016 na região da Península de Setúbal o maior valor (Tabela 43, Figura 9, Gráfico 70). No que se refere à variação do ISP entre os Censos (1981-2011) a Península de Setúbal regista a maior variação negativa (-3,9%).

Tabela 43 - Número de indivíduos em idade ativa por idoso, Portugal, AML. Censos.

Território	1981	2001	2011	Var.
Portugal	5,5	4,1	3,5	-2,0
AML	6,9	4,5	3,6	-3,3
Grande Lisboa	7,5	5,2	4,0	-3,5
Península de Setúbal	7,8	4,9	3,9	-3,9
Município de Setúbal	7,1	4,7	3,6	-3,5

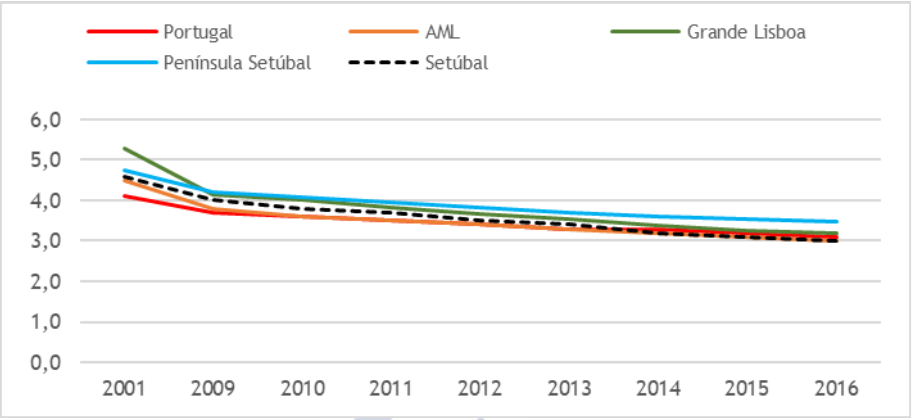
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Figura 9 – Índice de Sustentabilidade Potencial, AML – 2016.



Fonte: Elaborado a partir de PORDATA (2018).

Gráfico 70 – Evolução do Índice de Sustentabilidade Potencial (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de Dados:
INE - Estimativas Anuais da População Residente.

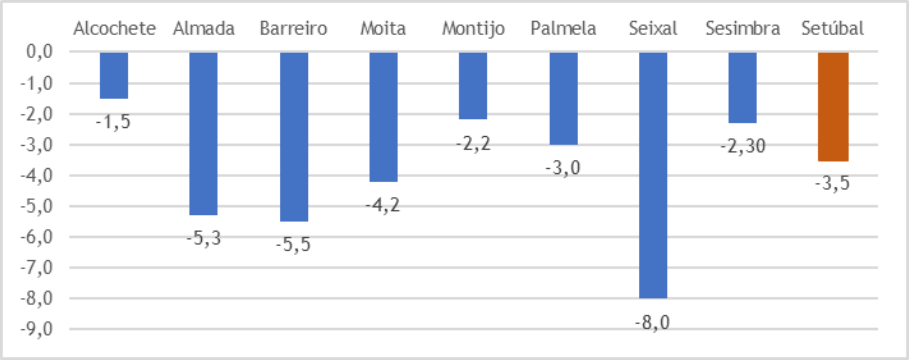
No que se refere à análise por Município, ambas as regiões apresentam redução do Índice de Sustentabilidade Potencial, registando-se na Amadora (Grande Lisboa) e Município de Seixal (Península de Setúbal) as maiores reduções (Gráfico 71, Gráfico 72, Gráfico 73, Gráfico 74).

Gráfico 71 – Variação do Índice de Sustentabilidade Potencial, Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados:
INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

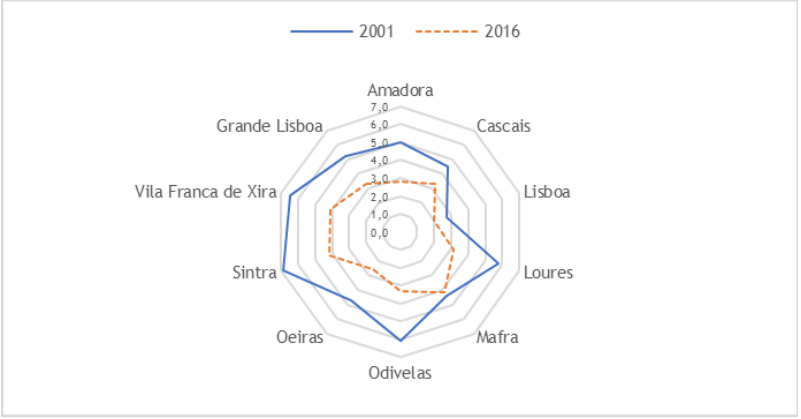
Gráfico 72 – Variação do Índice de Sustentabilidade Potencial, Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

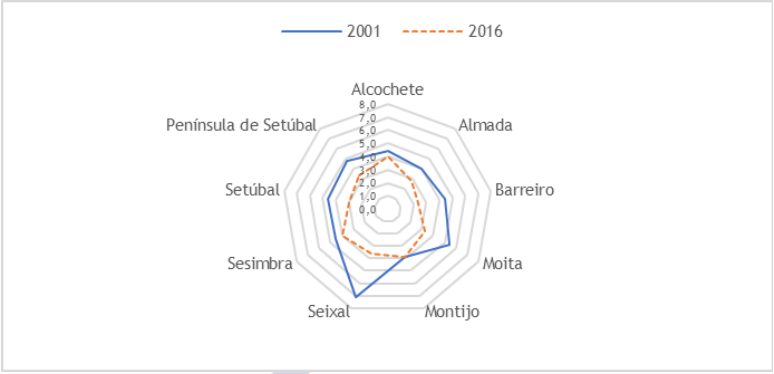
Em 2016 as estimativas da população residente apresentam os Municípios de Mafra e Alcochete com os valores mais elevados do ISP. O Município de Setúbal regista um índice 3,0% (Gráfico 74).

Gráfico 73 – Índice de Sustentabilidade Potencial, Grande Lisboa (2001 e 2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 74 –Índice de Sustentabilidade Potencial, Península de Setúbal (2001 e 2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.2.5 Relação de masculinidade

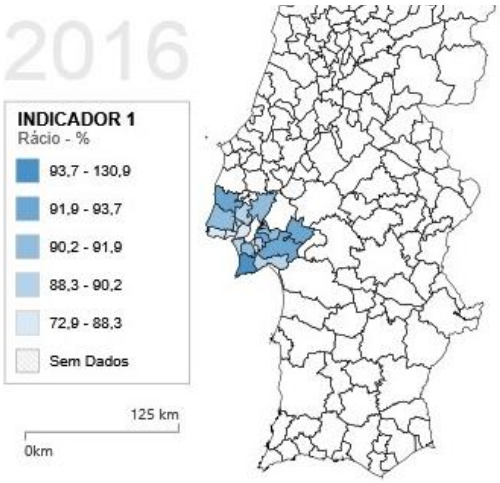
O Índice da Relação de Masculinidade (IRM) apresenta entre 1981 e 2011 na AML uma variação negativa de 92,1% para 89,7%. Ao nível das regiões, a Grande Lisboa regista variação positiva de 83,9% para 90,1% e a Península de Setúbal, reduz o IMR de 97,5% para 92,7% (Tabela 44, Figura 10, Gráfico 75).

Tabela 44 - Relação de masculinidade segundo os Censos (%).

Território	1981	2001	2011	Var.
Portugal	93,0	93,4	91,5	-1,5
AML	92,1	92,0	89,7	-2,4
Grande Lisboa	83,9	93,0	90,1	6,2
Península Setúbal	97,5	95,4	92,7	-4,8
Município de Setúbal	96,1	94,8	91,8	-4,3

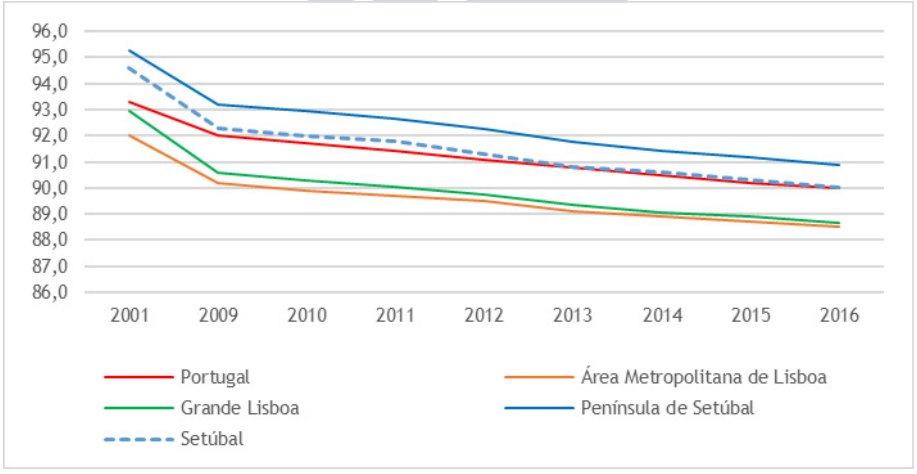
Fonte: Elaborado a partir de dado INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Figura 10 – Relação de Masculinidade Área Metropolitana de Lisboa, 2016.



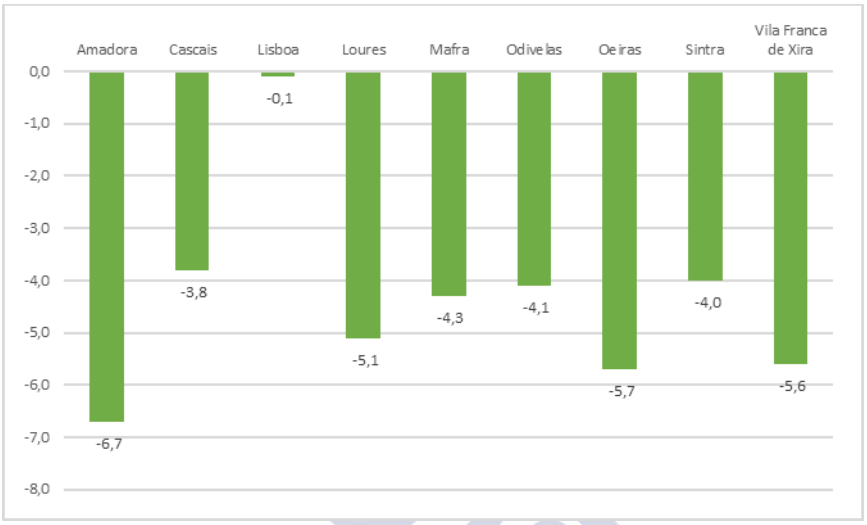
Fonte: Elaborado a partir dados INE - Estimativas Anuais da População Residente, AML (2016).

Gráfico 75- Evolução da Relação de Masculinidade, AML (2001-2016).



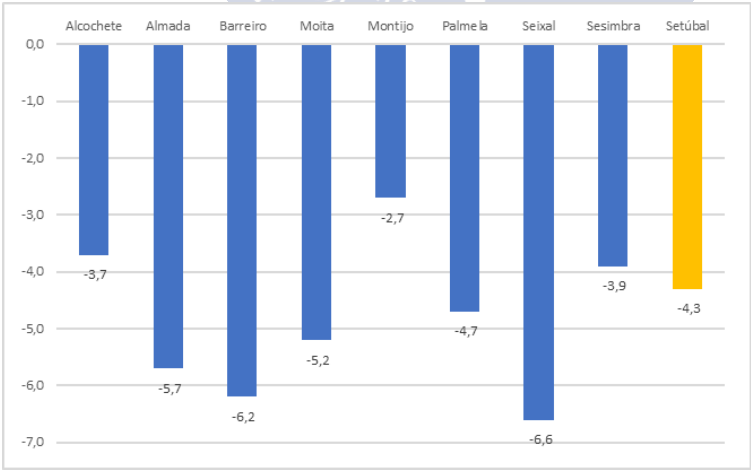
Fonte: Elaborado a partir dados INE - Estimativas Anuais da População Residente, AML (2016).

Gráfico 76 - Variação índice Masculinidade, Grande Lisboa (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

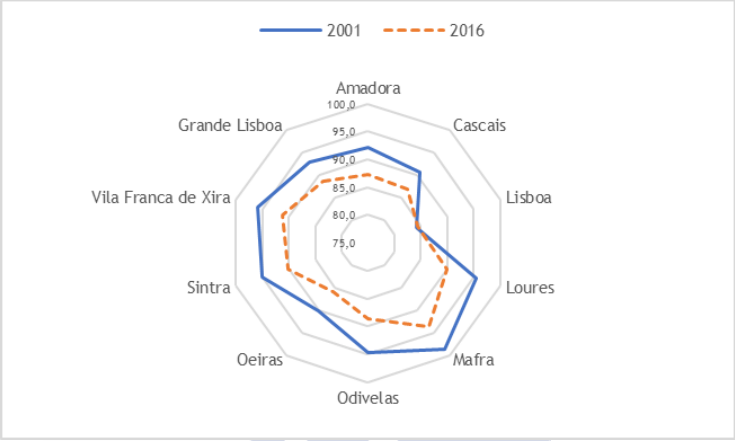
Gráfico 77 - Variação índice Masculinidade, Península de Setúbal (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

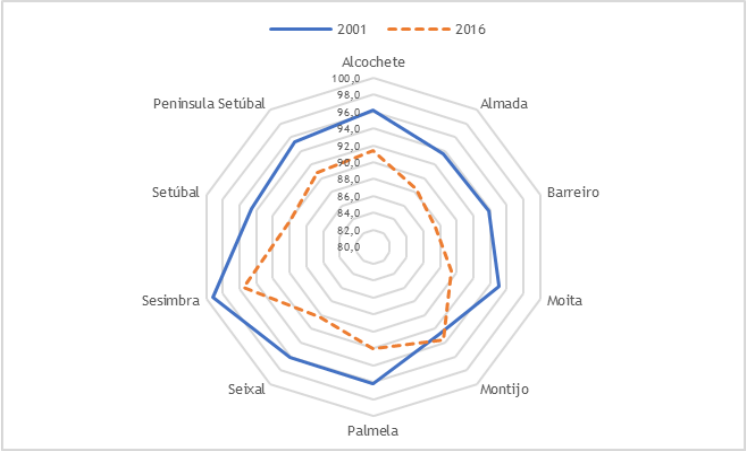
Ao nível da variação do Índice da Relação de Masculinidade por Município, registam-se em todos os territórios variações negativas. Os Municípios da Amadora e do Seixal correspondem aos concelhos com maiores reduções (Gráfico 76, Gráfico 77, Gráfico 78, Gráfico 79).

Gráfico 78 – Relação de Masculinidade, Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 79 – Relação de Masculinidade, Península Setúbal (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.2.6 População residente segundo os Censos: total e por estado civil

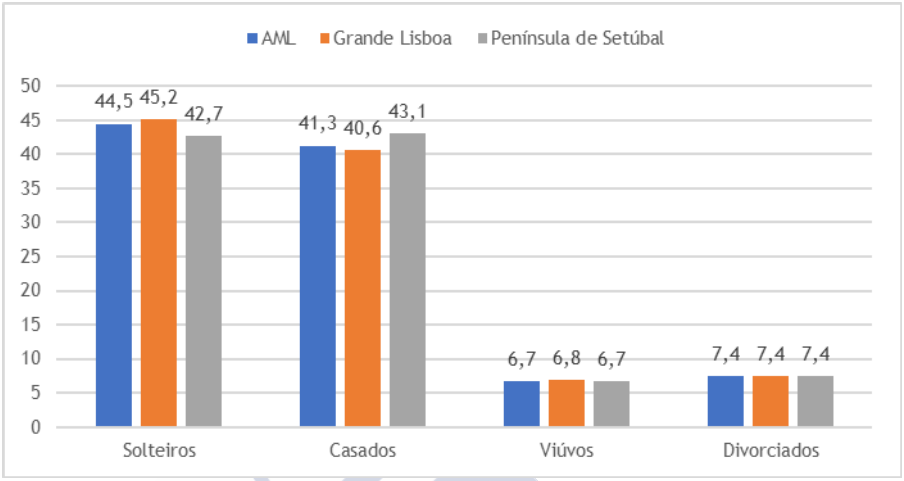
A população residente por estado civil apresenta a maior variação negativa ao nível do estado civil casado, registando-se os maiores aumentos na população divorciada (Tabela 45, Gráfico 80, Gráfico 81).

Tabela 45 – População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (%).

Territórios	Solteiros		Casados		Viúvos		Divorciados	
	1981	2011	1981	2011	1981	2011	1981	2011
Portugal	44,2	40,5	49,7	46,6	5,7	7,3	0,4	5,6
AML	40,5	44,5	53,2	41,3	5,3	6,7	1,0	7,4
Grande Lisboa	40,8	45,2	52,4	40,6	5,6	6,8	1,1	7,4
PenínsulaSetúbal	39,2	42,7	55,8	43,1	4,5	6,7	0,6	7,4
Amadora	41,6	46,8	53,6	39,4	4,0	6,7	0,8	7,1
Cascais	42,3	44,3	52,0	40,8	4,6	6,3	1,1	8,6
Lisboa	40,4	45,5	50,4	37,5	7,6	8,9	1,6	8,0
Loures	41,0	44,2	54,7	43,0	3,7	6,3	0,6	6,5
Mafra	39,1	42,7	55,0	45,2	5,6	5,7	0,3	6,4
Odivelas		44,2		43,4		5,9		6,4
Oeiras	41,9	44,1	52,8	40,9	4,2	6,6	1,1	8,4
Sintra	41,1	47,1	54,1	40,5	4,1	5,2	0,6	7,1
Vila Franca Xira	39,1	42,9	56,4	45,0	4,1	5,5	0,4	6,6
Alcochete	38,9	43,0	55,1	43,8	5,5	5,9	0,5	7,3
Almada	39,2	42,6	55,5	42,0	4,5	7,6	0,7	7,8
Barreiro	39,5	40,4	55,6	44,4	4,2	7,8	0,7	7,4
Moita	39,4	43,9	56,0	42,0	4,2	7,0	0,4	7,1
Montijo	36,9	43,7	57,2	42,0	5,3	6,6	0,5	7,7
Palmela	36,7	41,8	57,9	44,5	5,0	6,5	0,4	7,2
Seixal	40,9	43,9	55,3	43,6	3,4	5,4	0,5	7,1
Sesimbra	39,4	42,2	55,6	45,3	4,7	5,8	0,3	6,7
Setúbal	38,9	42,5	55,3	42,8	5,1	6,9	0,7	7,8

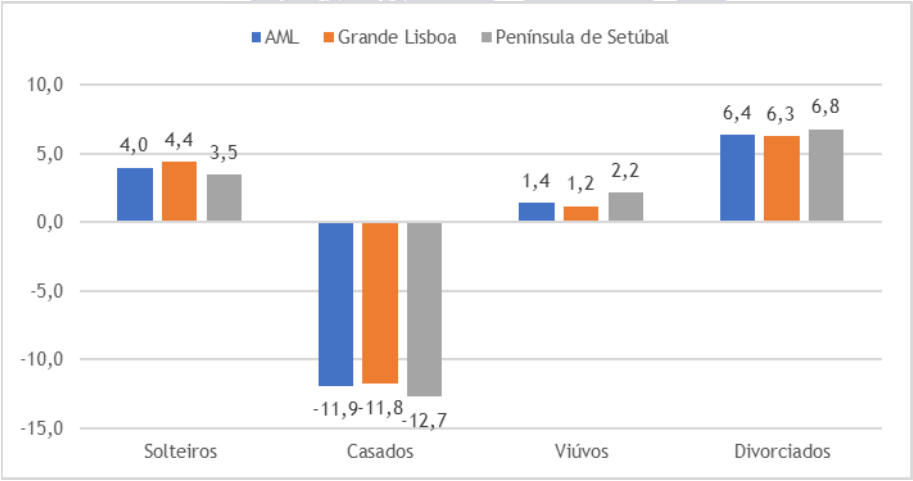
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 80 – População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (%).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

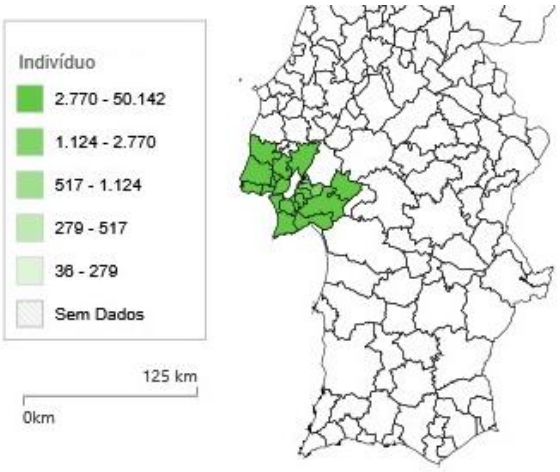
Gráfico 81 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por estado civil / Total população residente (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

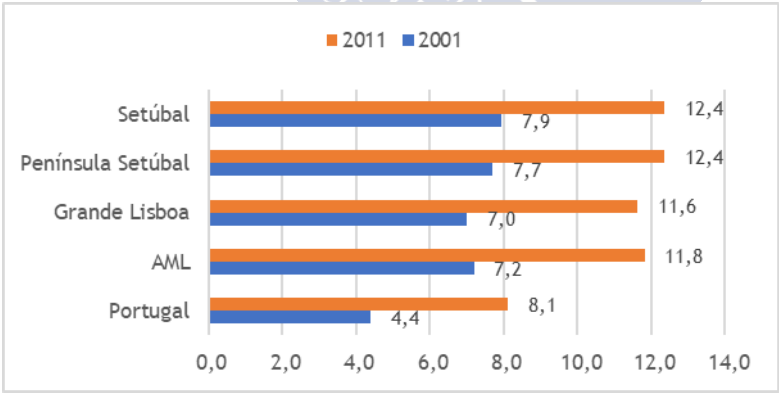
5.2.7 População residente segundo os Censos em uniões de facto

Figura 10 – População Residente em Uniões e Facto, 2016.



A maior concentração da população em União de Facto, apesar da diferença não ser muito significativa, encontra-se na região da Península de Setúbal (Figura 10). Ao nível da variação entre 2001 e 2011, regista-se um aumento em todas as regiões, sendo a maior variação na Península de Setúbal, 7,7% para 12,4%, apresentando o Município de Setubal uma variação de 7,9% para 12 % (Gráfico 82).

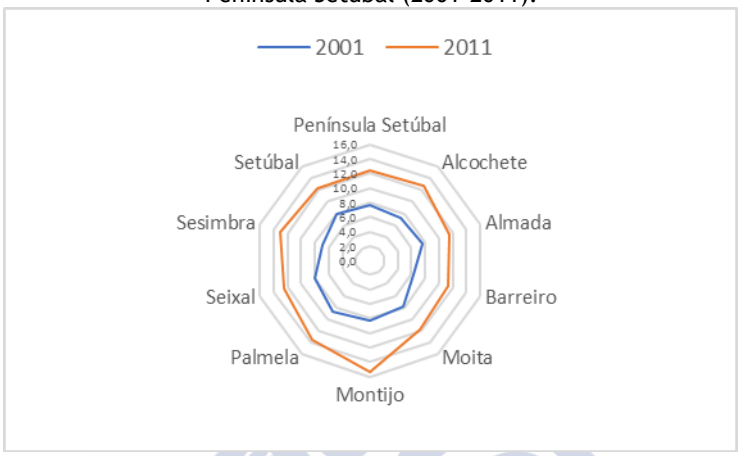
Gráfico 82 – Percentagem de População Residente segundo os Censos em União de Facto (2001-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

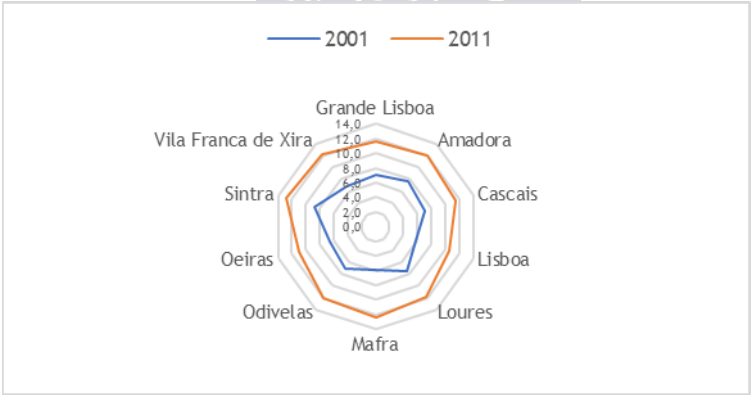
Ao nível das regiões, na Grande Lisboa destaca-se o Município de Sintra e na Península de Setúbal o Município do Montijo, como os territórios com maior número de pessoas em União de Facto (Gráfico 83, Gráfico 84).

Gráfico 83 –Percentagem de População Residente segundo União de Facto, Península Setúbal (2001-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 84 – % População Residente segundo União de Facto, Grande Lisboa (2001-2011).



Fonte: Elaborado a partir de INE - XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.2.8 População residente por sexo segundo os Censos

De acordo com os Censos de 1981 e 2011 na AML a população residente do sexo feminino aumentou 15,1%, valor superior ao sexo masculino (12,1%). Em ambos os sexos a variação da população é negativa no escalão dos 0 aos 29 anos (Tabela 46).

O grupo 75 e mais anos, regista em ambos os sexos o maior crescimento, apesar de ser superior no masculino (246,9%).

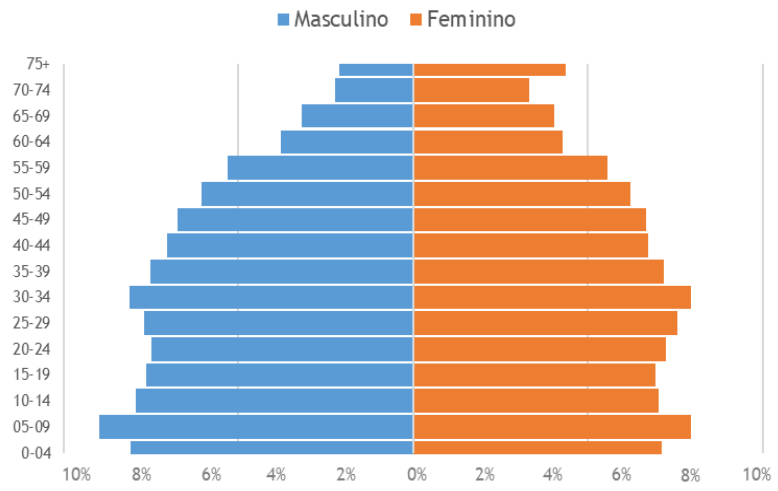
Ambas as regiões da AML apresentam a mesma variação negativa no grupo de 0 a 29 anos e maior crescimento no escalão etário 75 e mais anos (Gráfico 85, Gráfico 86, Gráfico 87,Gráfico 88,Gráfico 89,Gráfico 91,Gráfico 92).

Tabela 46 – Variação da População residente, Área Metropolitana de Lisboa (AML), sexo segundo os Censos: total e por grupo etário (1981-2011).

	Masculino			Feminino		
Escalão Etário	1981	2011	Var. (%)	1981	2011	Var. (%)
0-04 anos	96 244	73 729	-23,4	91 831	70 817	-22,9
05-09 anos	107 093	74 836	-30,1	102 498	71 319	-30,4
10-14 anos	94 544	75 011	-20,7	90 787	72 169	-20,5
15-19 anos	91 056	73 231	-19,6	89 605	70 115	-21,8
20-24 anos	88 995	75 625	-15,0	93 530	76 072	-18,7
25-29 anos	91 652	88 938	-3,0	97 672	93 290	-4,5
30-34 anos	96 739	108 190	11,8	102 444	114 913	12,2
35-39 anos	89 594	114 027	27,3	92 536	120 934	30,7
40-44 anos	83 670	98 098	17,2	86 594	105 918	22,3
45-49 anos	80 136	91 344	14,0	85 982	101 609	18,2
50-54 anos	72 236	85 225	18,0	80 080	97 659	22,0
55-59 anos	63 201	81 772	29,4	71 839	96 580	34,4
60-64 anos	45 272	81 319	79,6	55 325	95 294	72,2
65-69-anos	38 100	69 802	83,2	52 250	81 961	56,9
70-74 anos	26 697	56 343	111,0	42 645	70 716	65,8
75 + anos	25 113	87 115	246,9	56 316	147 905	162,6
	1 190 342	1 334 605	12,1	1 291 934	1 487 271	15,1

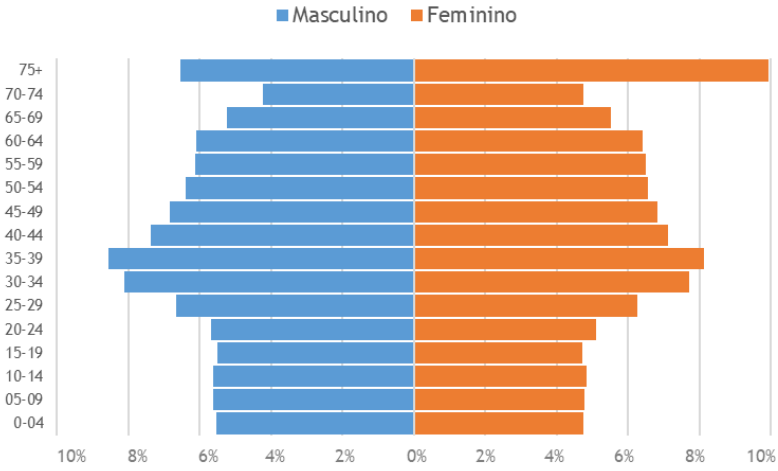
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 85 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Censos 1981.



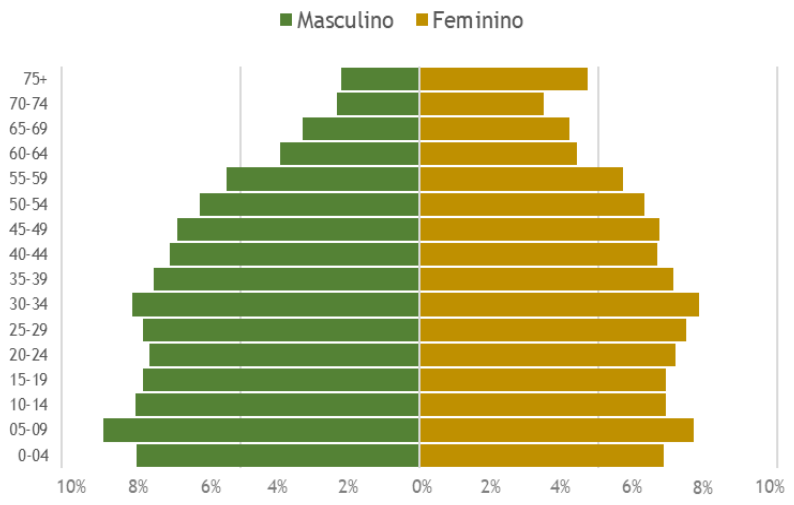
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 86 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Censos 2011.



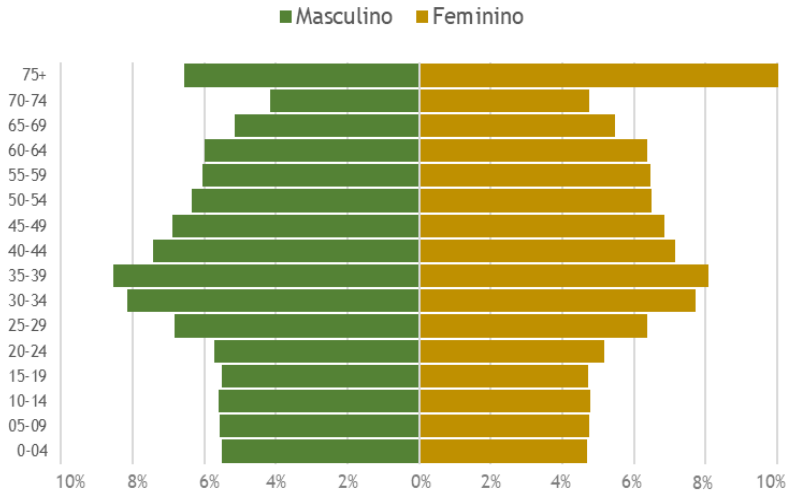
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 87 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Censos 1981.



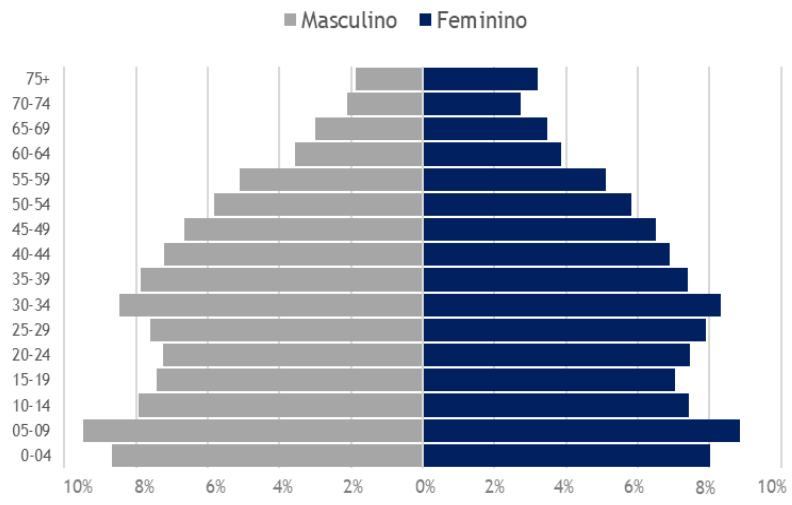
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 88 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Censos 2011.



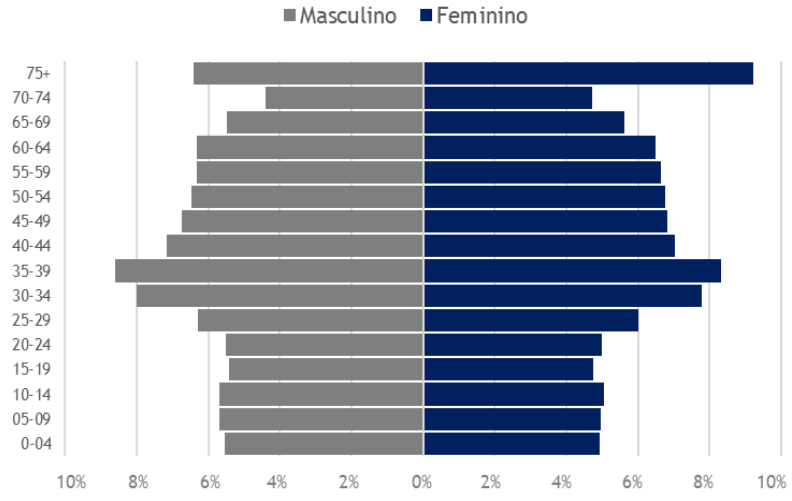
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 89 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Censos 1981



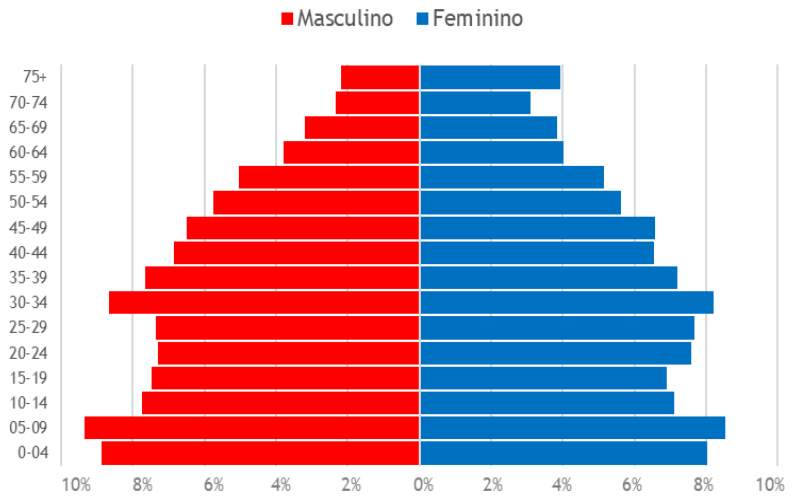
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 90 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Censos 2011.



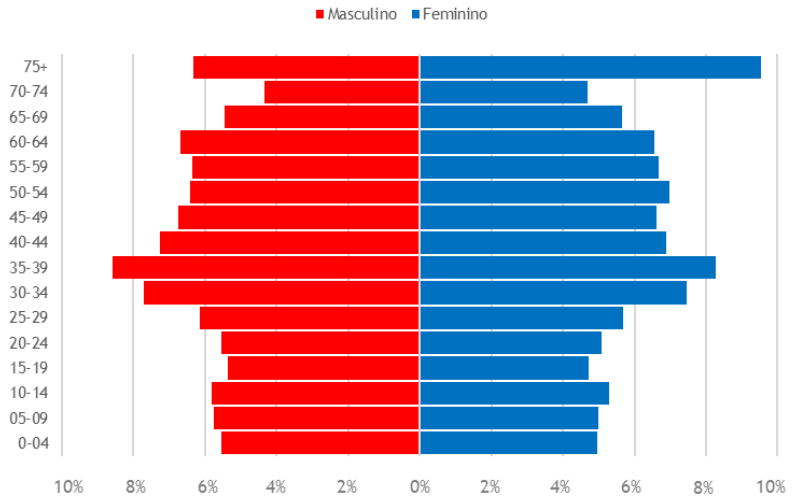
Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 91 – Pirâmide Populacional, Município de Setúbal, Censos 1981.



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 92 – Pirâmide Populacional, Município de Setúbal, Censos 2011.



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.2.9 Estimativas da população residente 2016

Entre 2001 e 2016 mantêm-se as mesmas variações registadas no período de 1981 a 2011, registando-se na Península de Setúbal o maior aumento da População Residente (9,1%) e um aumento de 51,2% da população com 65 e mais anos. O Município de Setúbal apresenta uma variação total de 2,8% e 51,2% da população idosa (Tabela 47, Tabela 48, Gráfico 93, Gráfico 94, Gráfico 95, Gráfico 96, Gráfico 97, Gráfico 98).

Tabela 47 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por grupo etário, Grande Lisboa (2001 - 2016).

Município	Total	0-14	15-64	65 +
Amadora	1,1	1,6	-11,1	61,4
Cascais	22,5	28,4	13,4	57,6
Lisboa	-10,4	15,6	-21,7	7,3
Loures	3,9	1,3	-7,7	74,2
Mafra	48,9	62,8	45,3	50,0
Odivelas	15,8	23,1	2,1	89,8
Oeiras	7,1	17,7	-7,7	66,3
Sintra	5,4	-5,7	-0,4	65,7
Vila Franca de Xira	14,1	11,1	6,6	67,1
Total Grande Lisboa	4,4	10,9	-5,4	41,1

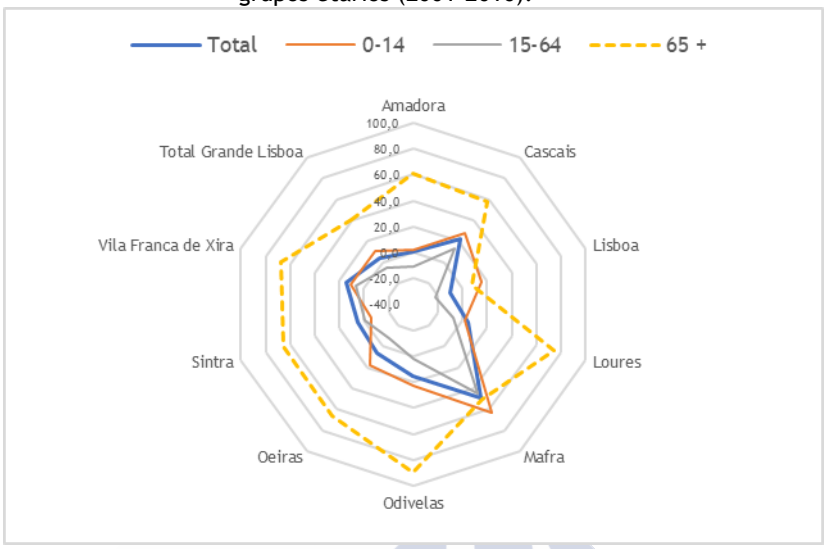
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente,

Tabela 48 – Variação (%) População residente segundo os Censos: total e por grupo etário, Península de Setúbal (2001-2016).

Município	Total	0-14	15-64	65+
Alcochete	43,4	55,1	38,7	51,4
Almada	5,1	10,1	-4,2	38,5
Barreiro	-3,5	4,8	-17,4	51,4
Moita	-3,6	-10,8	-10,6	43,6
Montijo	39,7	55,2	37,3	35,4
Palmela	19,3	17,9	13,2	48,2
Seixal	9,7	1,8	-0,5	95,3
Sesimbra	33,6	33,7	29,9	50,6
Setúbal	2,8	3,3	-6,1	43,7
Península Setúbal	9,1	9,8	0,2	51,2

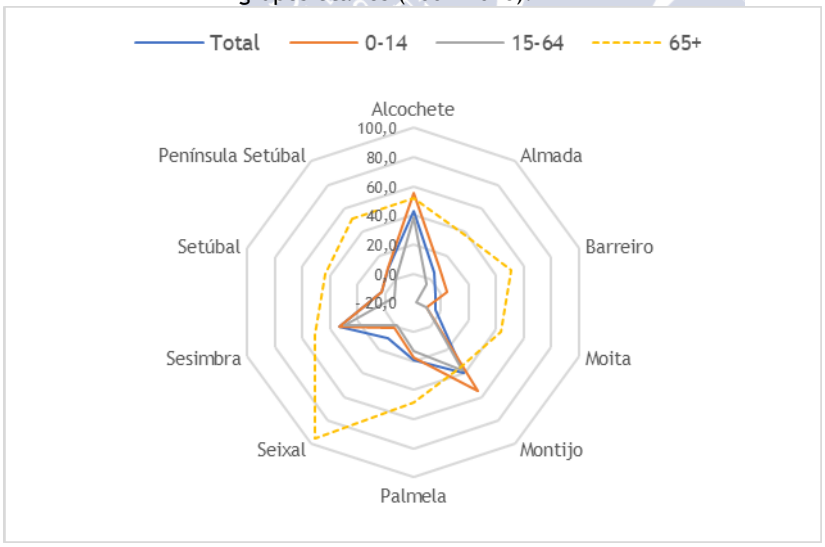
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 93 – Grande Lisboa, Variação População residente: total e por grandes grupos etários (2001-2016).



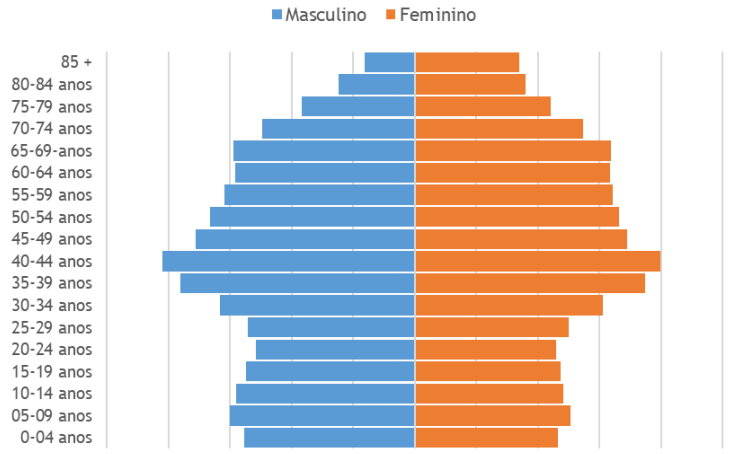
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 94 – Península de Setúbal, População residente: total e por grandes grupos etários (2001-2016).



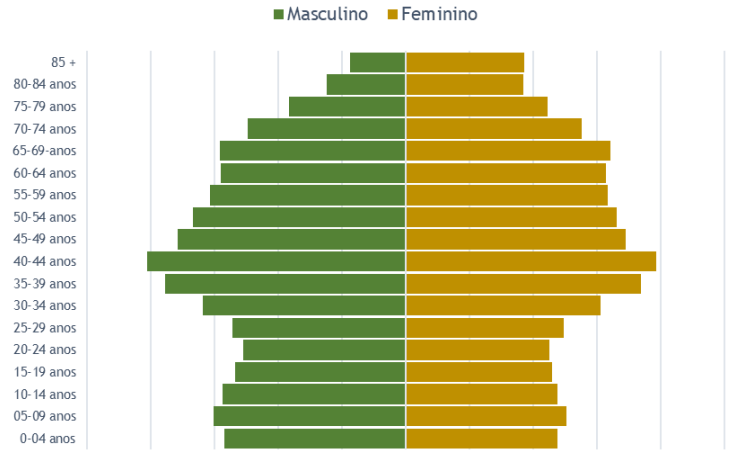
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 95 – Pirâmide Populacional, Área Metropolitana de Lisboa, Estimativas Anuais da População Residente, 2016.



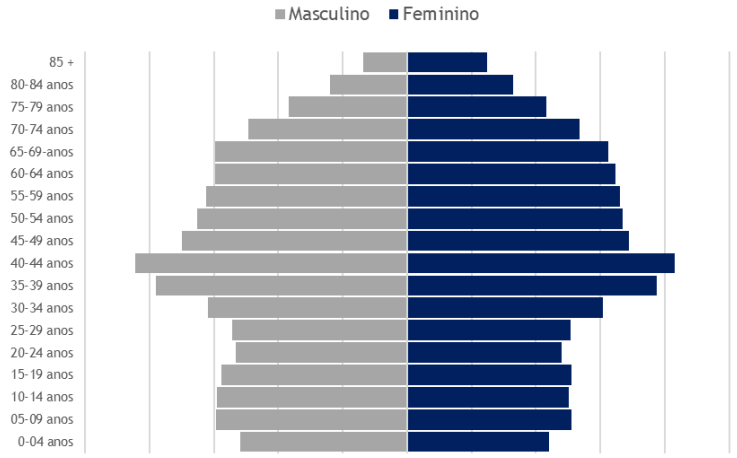
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 96 – Pirâmide Populacional, Grande Lisboa, Estimativas Anuais da População Residente, 2016.



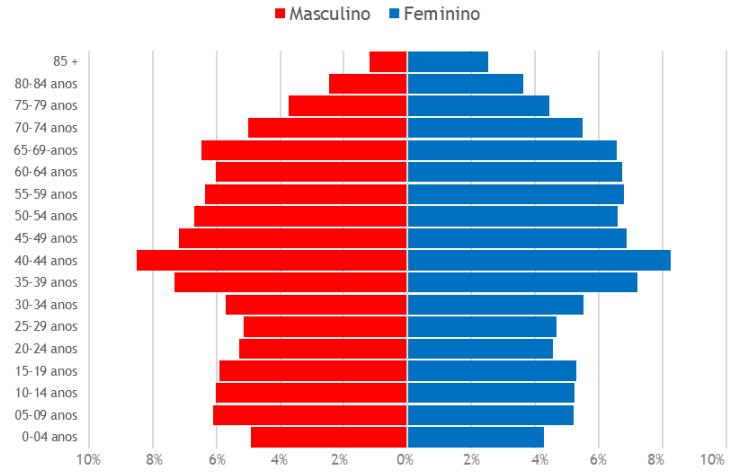
Fonte: Elaborado a partir INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 97 – Pirâmide Populacional, Península de Setúbal, Estimativas Anuais da População Residente, 2016.



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 98 – Pirâmide Populacional, Município Setúbal, Estimativas Anuais da População Residente, 2016



Fonte: Elaborado a partir de INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.3 Evolução das variáveis demográficas

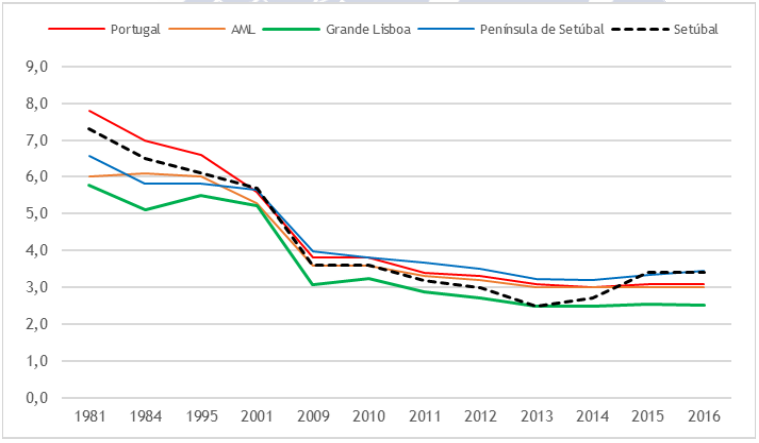
O Município de Setúbal de acordo com os Censos de 2001 e 2011, acompanha a mesma dinâmica das variáveis demográficas das regiões da Península de Setúbal e da Grande Lisboa. No período em referência regista-se uma redução das taxas brutas de natalidade, nupcialidade e divorcialidade, verificando-se ainda a tendência da queda do índice sintético de fecundidade. Ao nível da taxa de mortalidade verifica-se um aumento em todas as regiões, registando-se um incremento dos óbitos do sexo feminino e uma redução dos óbitos no sexo masculino.

A Área Metropolitana de Lisboa apresenta ao nível NUTII um aumento esperança de vida, quer total como por sexo, acompanhando a tendência nacional.

5.3.1 Taxa Bruta de Nupcialidade

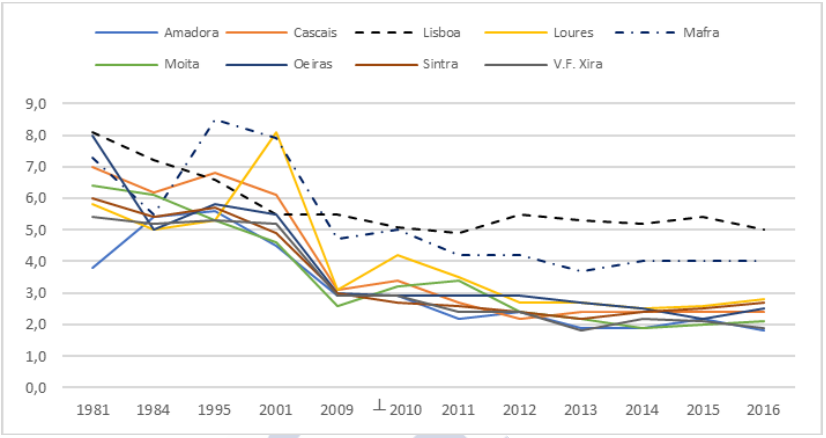
Na análise da Taxa Bruta de Nupcialidade da Grande Lisboa, em termos médios, regista-se o valor mais elevado para os Municípios de Lisboa e Mafra. Na Península de Setúbal Alcochete apresenta o valor médio mais elevado (Gráfico 99, Gráfico 100, Gráfico 101).

Gráfico 99 - Evolução da Taxa de nupcialidade (1981-2016).



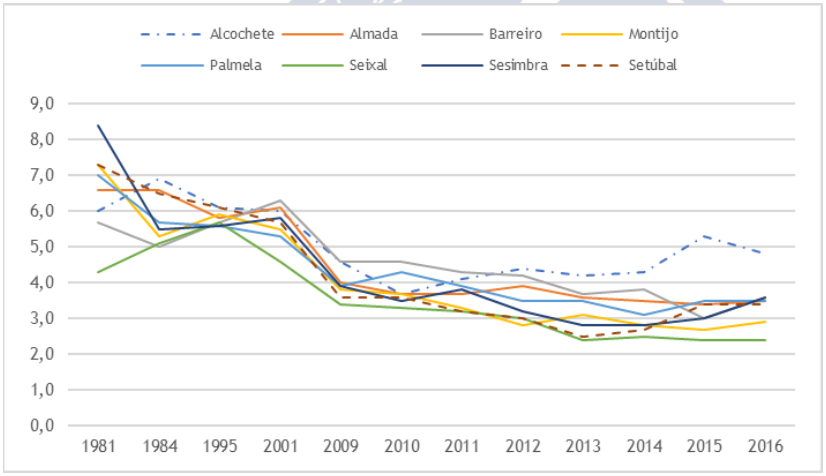
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 100 – Evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade na Região da Grande Lisboa (1981-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 101 – Evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade na Região da Península de Setúbal (1981-2016).

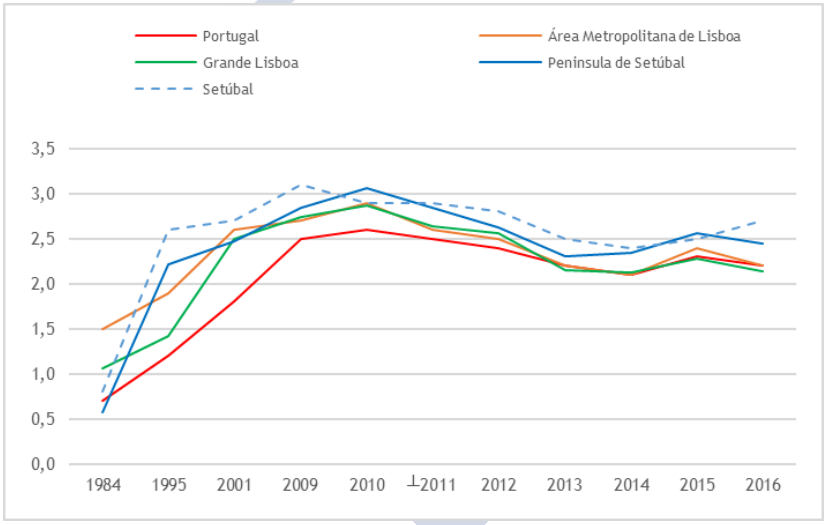


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

5.3.2 Taxa Bruta de Divorcialidade

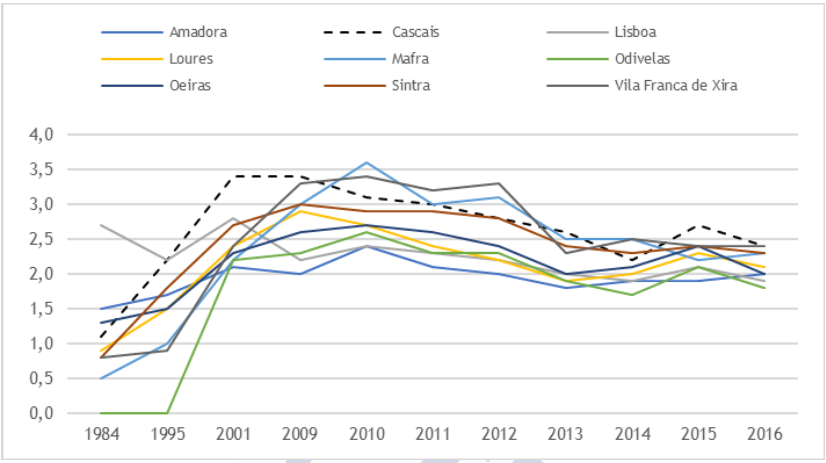
A Península de Setúbal e o Município de Setúbal apresentam em termos médios entre 1984 e 2016 a variação mais elevada da Taxa Bruta de Divorcialidade (TBD). Em termos comparativos das sub-regiões da AML, a Península de Setúbal apresenta uma taxa mais elevada e maior desvio. Ao nível dos Municípios, destaca-se Cascais na Grande Lisboa e Alcochete na Península de Setúbal (Gráfico 102, Gráfico 103, Gráfico 104).

Gráfico 102 – Evolução da Taxa Bruta Divorcialidade, AML, (1984-2016).



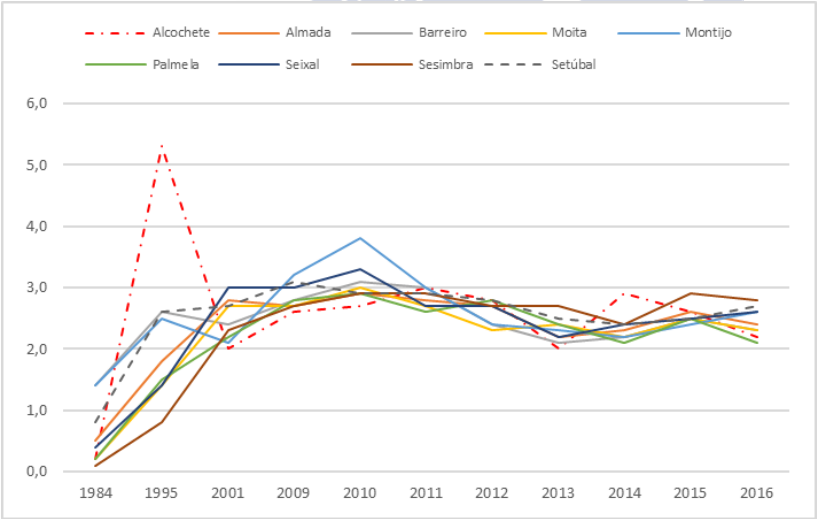
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 103 – Evolução da Taxa Bruta de Divorcialidade, Grande Lisboa (1984-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 104 – Evolução da Taxa Bruta de Divorcialidade, Península Setúbal (1984-2016).

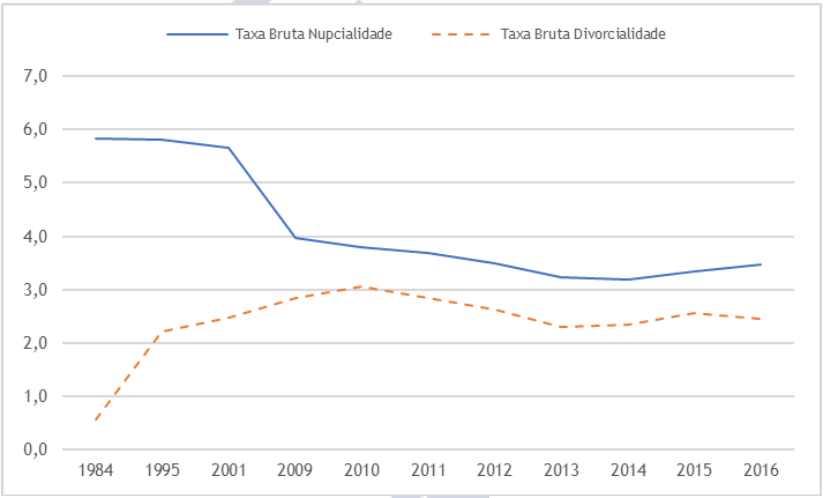


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

5.3.3 Taxas Brutas de Nupcialidade e de Divorcialidade

Em termos comparativos da TBN e TBD, verifica-se entre 1984 e 2009 uma queda da TBN e um aumento da TBD (Gráfico 105). De 2009 a 2016 a TBN apresenta valores superiores à TBD, registando-se para ambas taxas uma tendência para a redução. Ao nível do Município de Setúbal existe idêntica dinâmica entre 1984 e 2009, verificando-se um comportamento distinto da TBN e TBD depois de 2013, com um aumento da TBN e da TBD.

Gráfico 105 – Análise comparativa da evolução da Taxa Bruta de Nupcialidade e Taxa Bruta de Divorcialidade, Península de Setúbal (1984-2016).



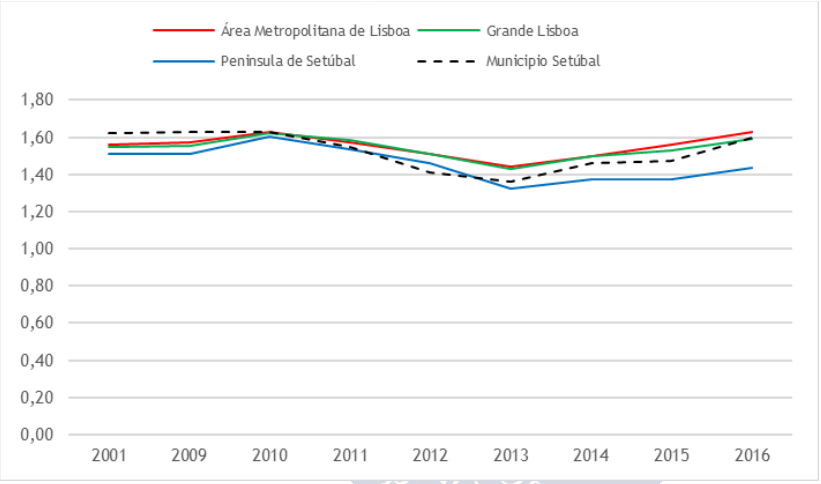
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

5.3.4 Índice Sintético de Fecundidade

O índice sintético de fecundidade (ISF) na AML apresenta em todas as regiões um valor inferior a 2,1 filhos por mulher, valor considerado indicado para que a substituição das gerações seja assegurada (PORDATA, 2018).

Em termos da dinâmica do ISF na AML entre 2001 e 2016, pode considerar-se três períodos. Entre 2001 a 2010 há um aumento da ISF em todas as regiões, atingindo-se um 1,63 de valor médio, um segundo período, 2010 a 2013 com a queda do ISF até 1,46 filhos por mulher, e um terceiro período de 2013 a 2016 no qual se regista um aumento do número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil para 1,63 (Gráfico 106, Gráfico 107, Gráfico 108).

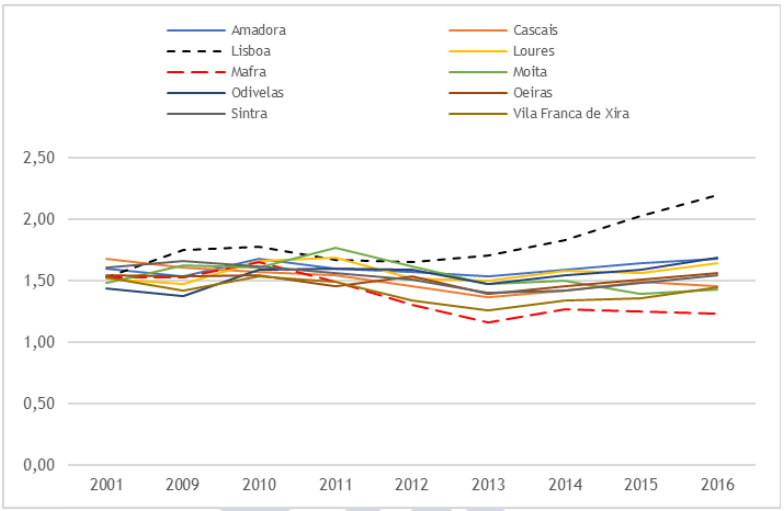
Gráfico 106 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, AML (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE - Estimativas Anuais da População Residente.

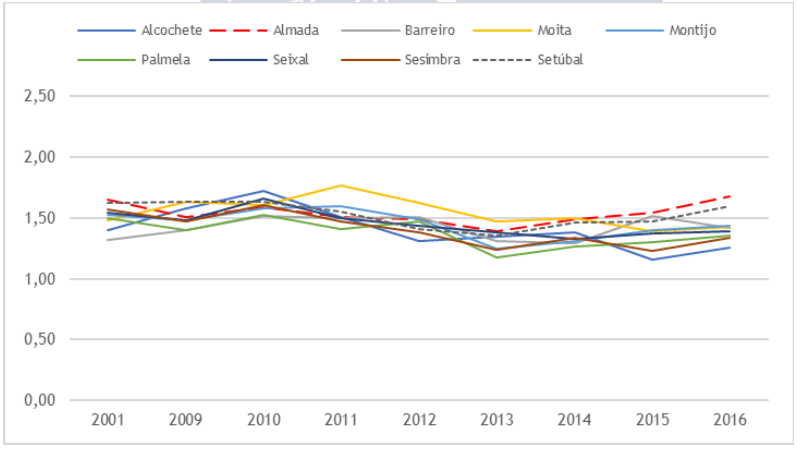
Ao nível da dinâmica do ISF por regiões (Gráfico 113), os maiores valores em 2016 na Grande Lisboa correspondem ao Município de Lisboa (2,20) e na Península de Setúbal Almada regista (1,68). Os valores mais baixos correspondem aos Municípios de Mafra (1,63) e Alcochete (1,26). O Município de Setúbal apresenta-se em 2016 como um dos territórios com maior ISF (1,60).

Gráfico 107 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados INE - Estimativas Anuais da População Residente.

Gráfico 108 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Península de Setúbal (2001-2016).

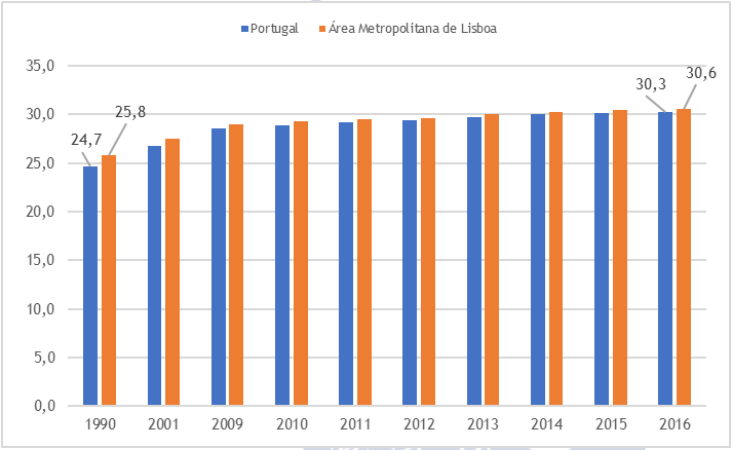


Fonte: Elaborado a partir de dados INE - Estimativas Anuais da População Residente.

5.3.5 Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho

Em termos comparativos no período de 1990 a 2016, a AML acompanha a dinâmica de Portugal no aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho[103], apresentando valores superiores à média nacional. Em 1990 a AML registava uma idade média de 25,8 anos, apresentando em 2016 segundo as estimativas 30,6 anos (Gráfico 109).

Gráfico 109 – Evolução do Índice Sintético de Fecundidade, Portugal e AML (2001-2016) NUTII.



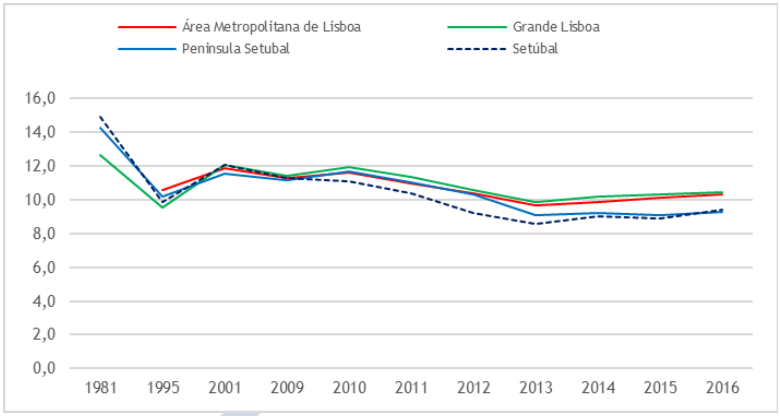
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Indicadores Demográficos.

5.3.6 Taxa Bruta de Natalidade

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) apresenta entre 1981 e 2016 um decréscimo de 1981 a 1995 e um aumento até 2001. De 2010 a 2014 regista-se queda da TBN, verificando-se posteriormente em todas as regiões da AML um aumento (Gráfico 110).

[103] Dados NUT III

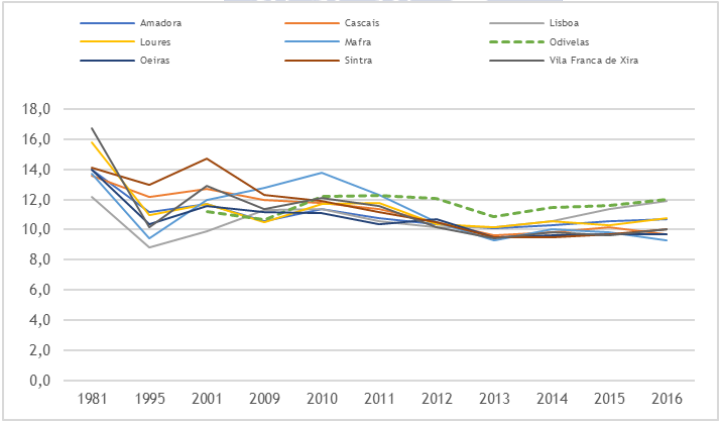
Gráfico 110 – Taxa Bruta de Natalidade (‰) AML (1981-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

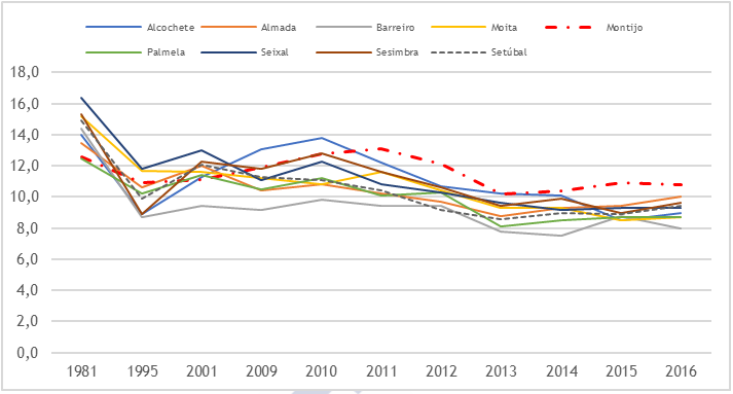
Ao nível da análise da TBN por Município (Gráfico 111, Gráfico 112) em 2016 na Grande Lisboa, Odivelas regista o valor mais elevado (12,0‰) e Mafra o mais baixo (9,3‰). Em relação à Península de Setúbal, o Município do Montijo apresenta a cifra mais elevada da região (10,8) e a Moita a mais baixa (8,7‰). No Município de Setúbal a TBN é de 9,4‰, valor superior à média da região (9,3‰).

Gráfico 111 – Taxa Bruta de Natalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 112 – Taxa Bruta de Natalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016).



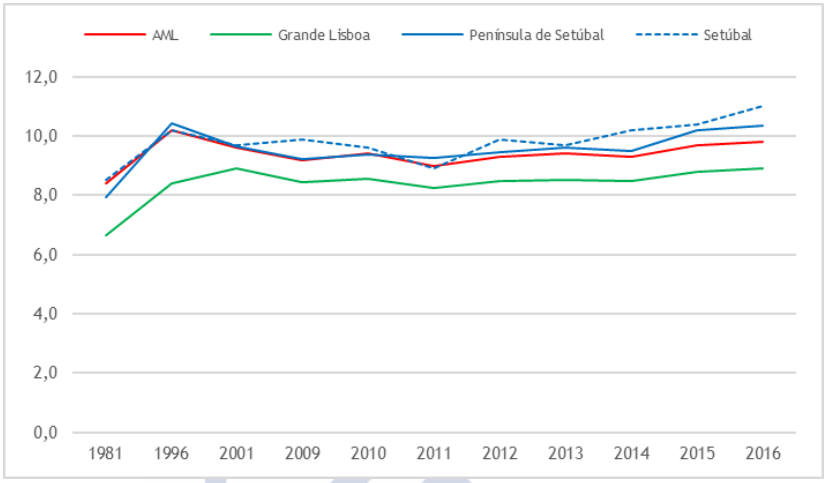
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982.

5.3.7 Taxa Bruta de Mortalidade

A Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) apresenta na AML no período 1981 a 2016 uma tendência para o aumento, registando-se idêntica dinâmica nas sub-regiões (Gráfico 113, Gráfico 114, Gráfico 115).

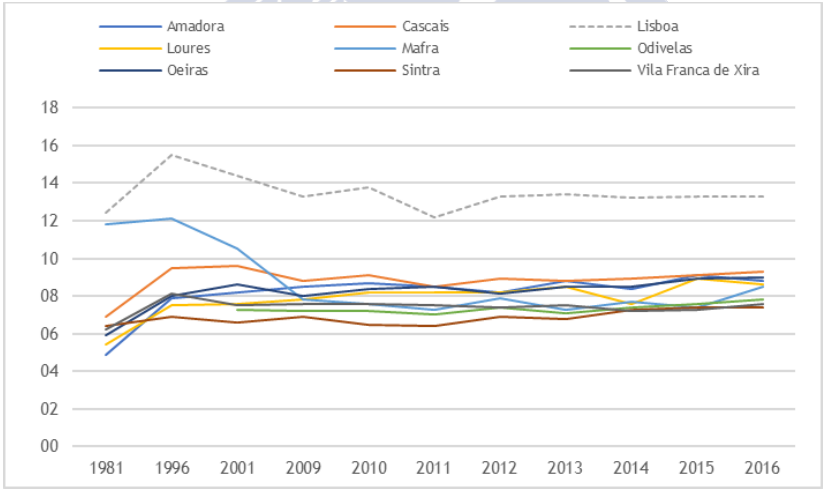
Em 2016 na Grande Lisboa o Município de Lisboa apresenta a maior TBM (13,3‰) e Sintra a mais baixa (7,4‰). Na Península de Setúbal destaca-se o Município do Barreiro com o valor mais elevado da região (12,2‰), e o Seixal com o mais baixo (8,2‰). Em 2016 o Município de Setúbal apresenta uma TBN de 11,0‰, valor superior à média da região (10,4‰).

Gráfico 113 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), AML (1981-2016).



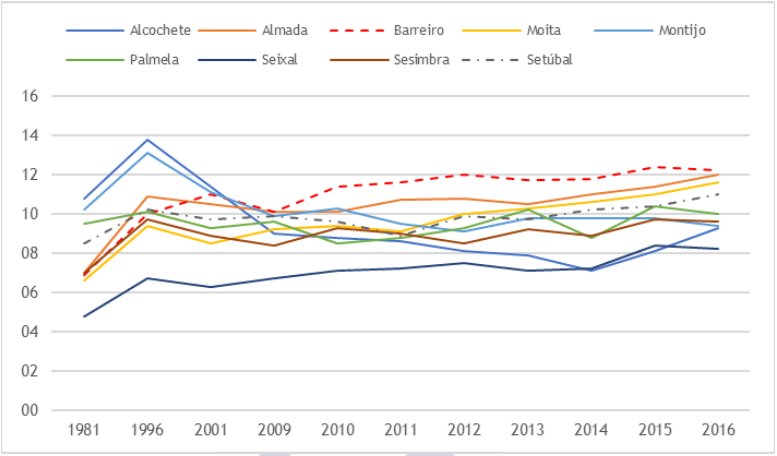
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 114 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 115 – Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016).

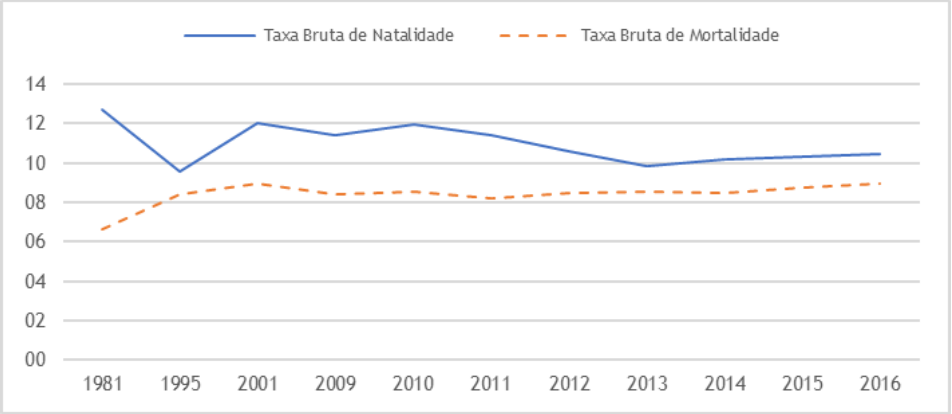


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

5.3.8 Taxa Bruta de Natalidade e de Mortalidade

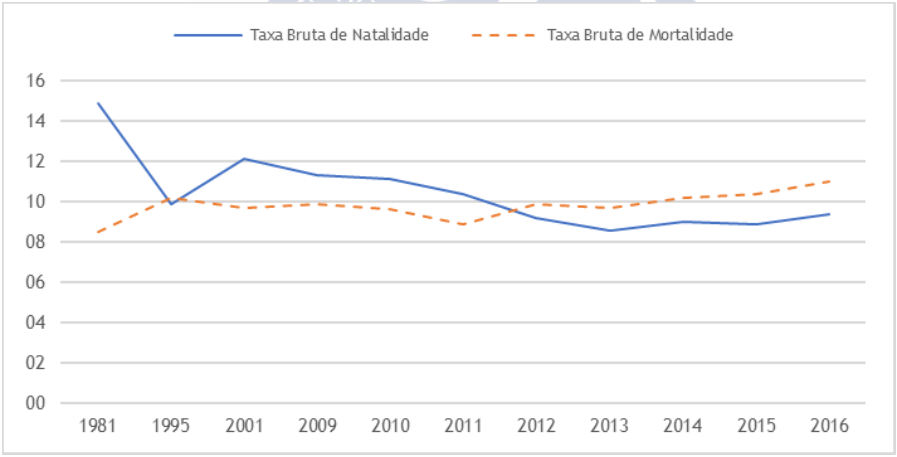
A análise comparativa entre a TBN e TBM entre 1981 e 2016, apresenta distintas dinâmicas nas sub-regiões da AML. Na Grande Lisboa a TBN é superior à TBM, apresentando uma tendência a partir de 2014 para o aumento de ambas as taxas. Na Península de Setúbal, a partir de 2013 regista-se um aumento da TBM superior à TBN, igualando-se no Município de Setúbal a mesma tendência do aumento da TBM (Gráfico 116, Gráfico 117, Gráfico 118).

Gráfico 116 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Grande Lisboa (1981-2016).



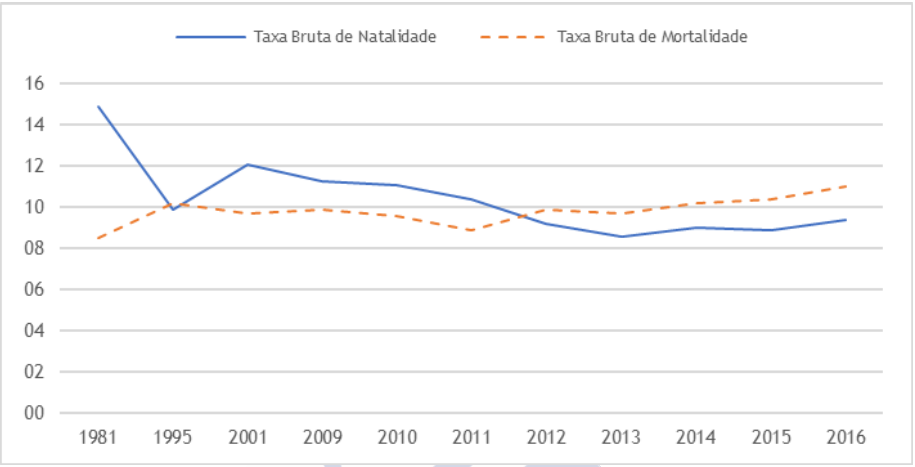
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 117 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Península de Setúbal (1981-2016



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

Gráfico 118 – Análise comparativa da Taxa Bruta de Natalidade (‰) e Taxa Bruta de Mortalidade (‰), Município de Setúbal (1981-2016).

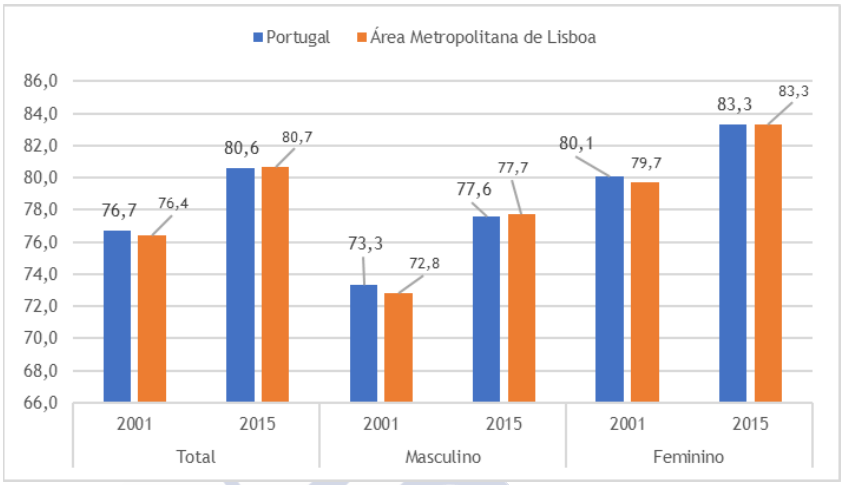


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982).

5.3.9 Esperança média de vida à nascença: total e por sexo

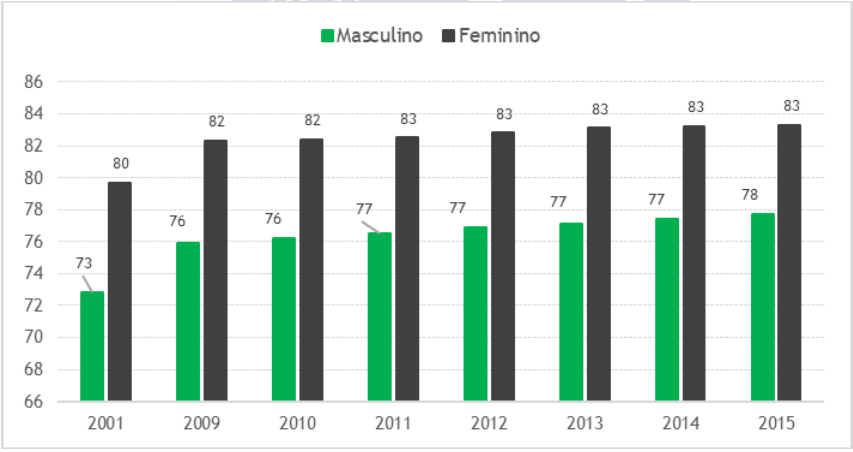
A análise comparativa da Esperança média de vida à nascença (EMVN) entre Portugal e a Área Metropolitana de Lisboa é ao nível da NUT II (Gráfico 119, Gráfico 120). Em termos da EMVN total regista-se na AML entre 2001 e 2015 um aumento de 76,4 anos para 80,7 anos, variação superior ao valor de Portugal (80,6 anos). No que se refere EMVN por sexo, é maior no sexo feminino em ambos os anos. A variação da EMVN por sexo, apresenta no período em referência um maior aumento no sexo masculino (4,9 anos).

Gráfico 119 – Esperança Média de vida à nascença: total e por sexo, NUT III, Portugal e Área Metropolitana de Lisboa.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 120 – Esperança Média de vida à nascença: por sexo, NUT III, Área Metropolitana de Lisboa (2001-2015).

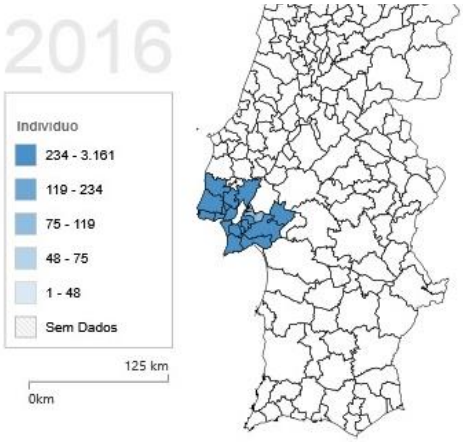


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

5.3.10 Óbitos de residentes: total e por sexo

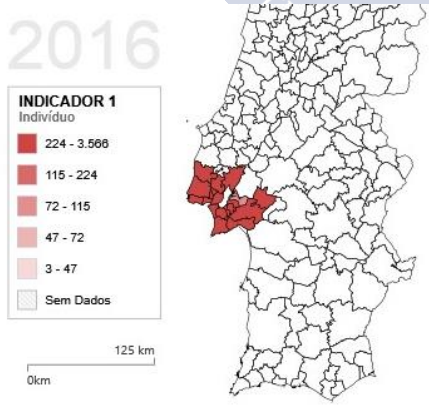
A análise da evolução dos óbitos totais na AML apresenta maior concentração na região da Grande Lisboa (Figura 11, Figura 12). Em termos dos óbitos por sexo, as regiões apresentam dinâmicas distintas, existindo maiores variações na Grande Lisboa (Gráfico 121, Gráfico 122, Gráfico 123, Gráfico 124).

Figura 11 – Óbitos residentes, sexo masculino, AML, 2016.



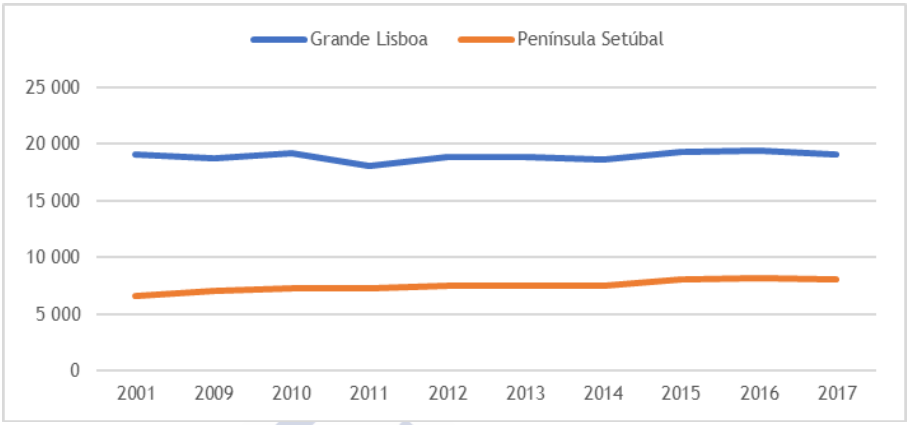
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Figura 12 – Óbitos residentes, sexo feminino, AML, 2016.



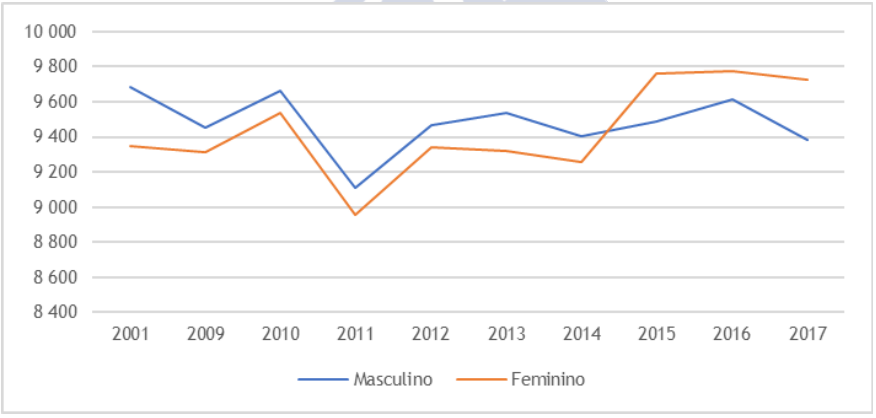
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 121 – Óbitos de residentes em AML, total (2001 A 2017).



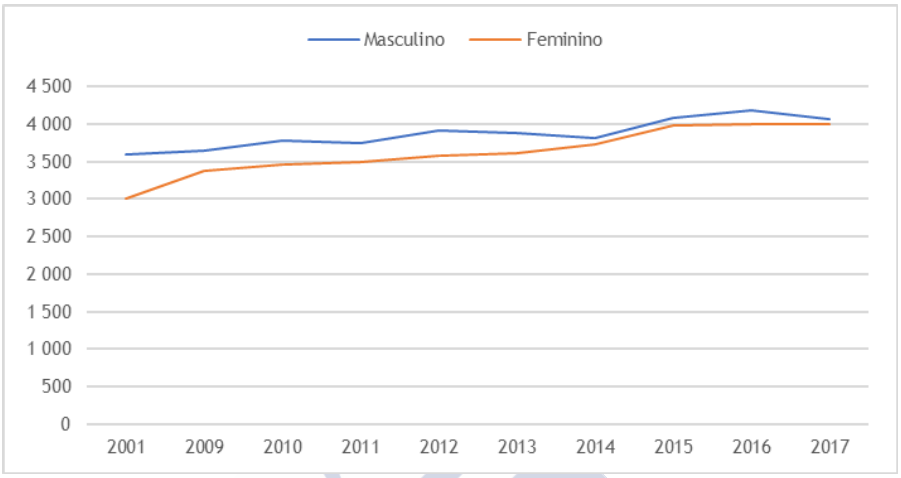
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 122 – Óbitos de residentes em Grande Lisboa, por sexo (2001 A 2017).



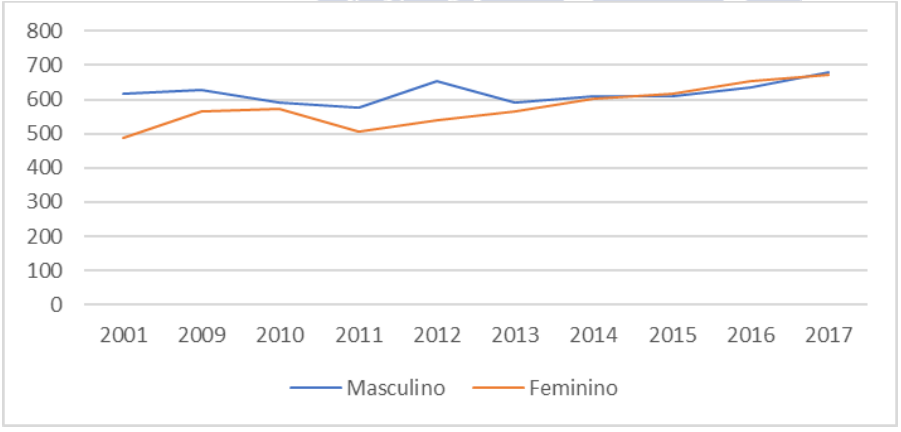
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 123 – Óbitos de residentes em Península de Setúbal, por sexo (2001 A 2017).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 124 – Óbitos de residentes em Município de Setúbal, por sexo (2001 A 2017)



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Ao nível da análise dos óbitos de residentes por sexo e Município, na região da Grande Lisboa, em 2017, Lisboa apresenta o maior número

de óbitos no sexo feminino (36,5%), registando-se no Município de Mafra o menor número, igualmente de mulheres (Tabela 49).

Tabela 49 - Óbitos de residentes em Grande Lisboa, por sexo, 2017.

Territórios	Total	Masculino		Feminino	
		Nº	%	Nº	%
Grande Lisboa	19112	9383	100	9729	100
Amadora	1492	708	7,5	784	8,1
Cascais	1934	963	10,3	971	10,0
Lisboa	6598	3049	32,5	3549	36,5
Loures	1757	931	9,9	826	8,5
Mafra	643	318	3,4	325	3,3
Odivelas	1260	649	6,9	611	6,3
Oeiras	1566	732	7,8	834	8,6
Sintra	2831	1492	15,9	1339	13,8
Vila Franca de Xira	1031	541	5,8	490	5,0

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Na Península de Setúbal (Tabela 50), as estimativas da população residente apresentam o Município de Almada com maior número de óbitos do sexo feminino (25,1%) e Alcochete com menor número do sexo masculino (1,4). O Município de Setúbal regista o valor mais alto no sexo feminino (16,8%).

Tabela 50 - Óbitos de residentes em Península de Setúbal, por sexo, 2017.

Territórios	Total	Masculino		Feminino	
		Nº	%	Nº	%
Península Setúbal	8064	4066	100	3998	100
Alcochete	138	55	1,4	83	2,1
Almada	1974	971	23,9	1003	25,1
Barreiro	910	459	11,3	451	11,3
Moita	719	375	9,2	344	8,6
Montijo	560	285	7,0	275	6,9
Palmela	625	310	7,6	315	7,9
Seixal	1302	674	16,6	628	15,7
Sesimbra	487	259	6,4	228	5,7
Setúbal	1349	678	16,7	671	16,8

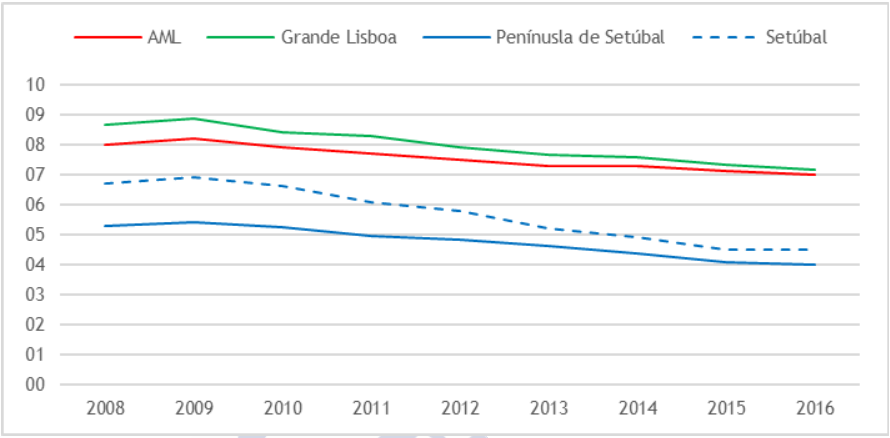
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

5.4 Migrações

5.4.1 População estrangeira com estatuto legal de residente em percentagem da população residente: total e por sexo

A AML apresenta entre 2008 e 2016 uma tendência da redução da população total estrangeira com estatuto legal de residente, registando-se o maior desvio na região da Grande Lisboa e no Município de Setúbal. Em 2016 a Grande Lisboa apresentava um valor superior (7,2%) comparativamente com a região da Península de Setúbal (Gráfico 125).

Gráfico 125 – População total estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

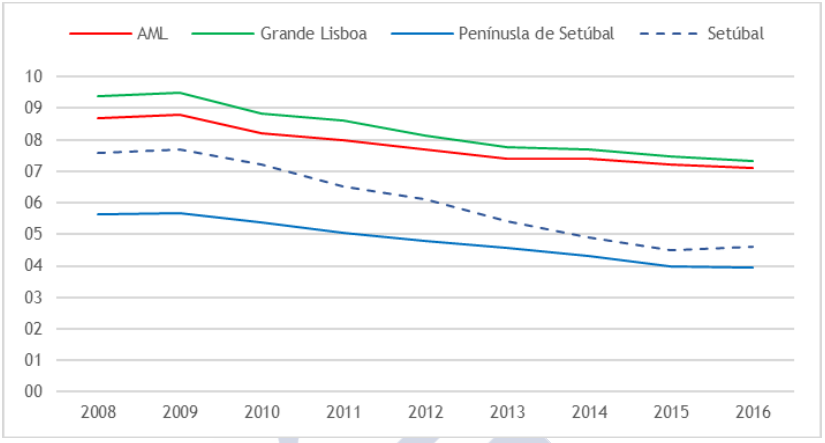
Ao nível da análise por sexo, o Masculino, mantêm a tendência da redução da população estrangeira com estatuto de residente, registando-se na região da Grande Lisboa a maior variação.

Na análise em 2016 por Município, na região da Grande Lisboa, a capital destaca-se como o território com maior % de estrangeiros residentes, masculinos e femininos. No que se refere à Península de Setúbal o Município de Almada é o território com mais estrangeiros residentes, em ambos os sexos (Gráfico 126, Gráfico 127).

O Município de Setúbal, comparativamente com as sub-regiões, apresenta um valor superior em relação à Península de Setúbal.

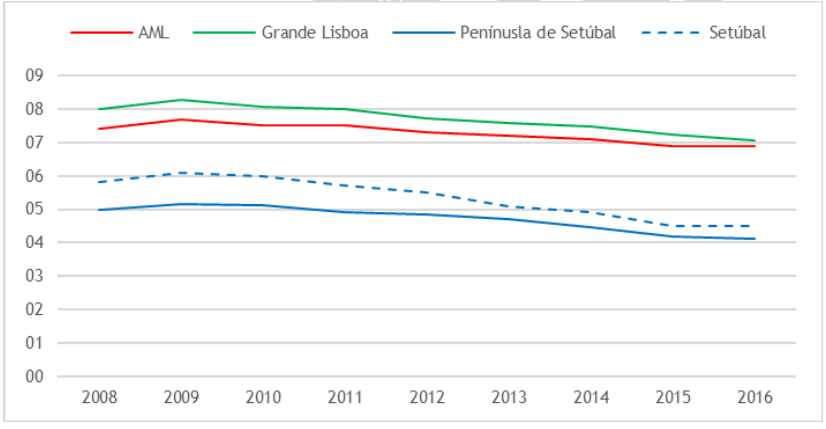
Em relação ao sexo Feminino, mantêm-se a tendência nas regiões da AML da redução da população estrangeira com estatuto de residente, registando-se na região da Grande Lisboa a maior variação (Gráfico 128, Gráfico 129).

Gráfico 126 – População Masculina estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016).



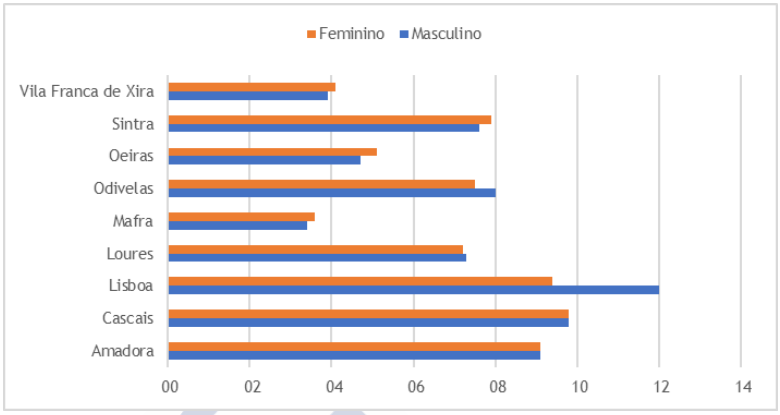
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

Gráfico 127 – População Feminina estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente (2008-2016).



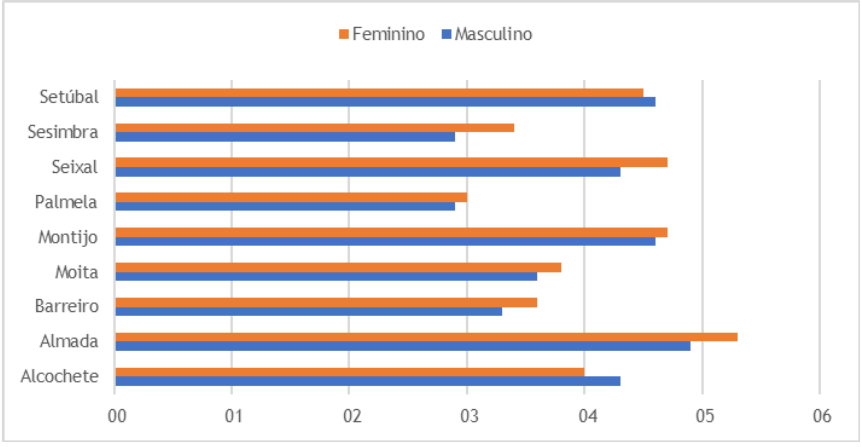
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

Gráfico 128 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente, por sexo na Grande Lisboa (2008-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

Gráfico 129 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente por sexo, na Península de Setúbal (2008-2016).

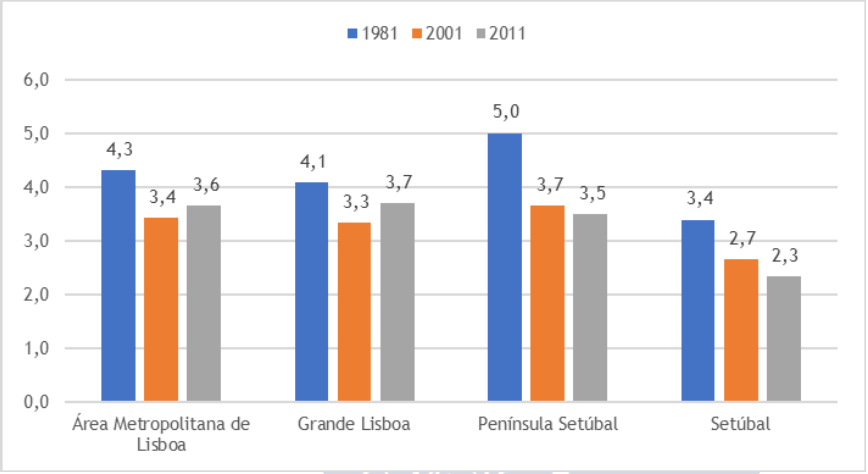


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

5.4.2 População residente por migrações segundo os Censos

A população imigrante proveniente de outro Município apresenta distintas dinâmicas entre as sub-regiões da AML, registando-se na Península de Setúbal uma redução entre 1981 e 2011 e um aumento entre 2001 e 2011 na Grande Lisboa (Gráfico 130).

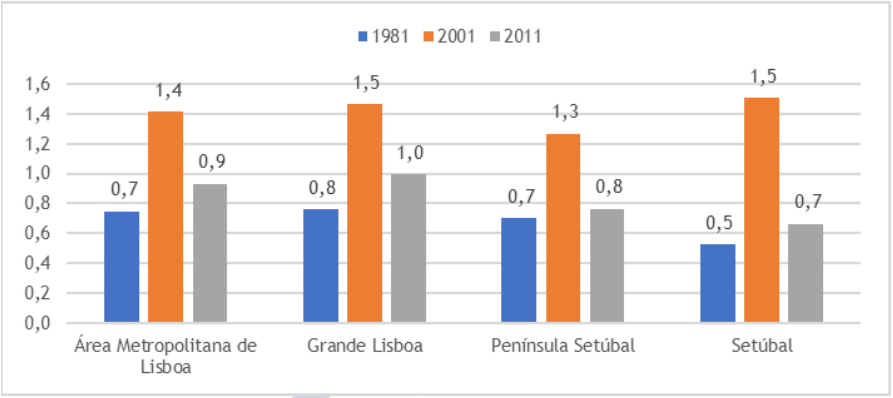
Gráfico 130 – Imigrantes provenientes de outro Município (%), AML, segundo os Censos.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

A população imigrante proveniente de outro país apresenta idêntica dinâmica em ambas as regiões da AML, registando um aumento entre 1981 e 2001 e uma redução entre 2001 e 2011. O Município de Setúbal à semelhança da Península de Setúbal regista entre os Censos uma redução da população imigrante proveniente de outro Município (Gráfico 131).

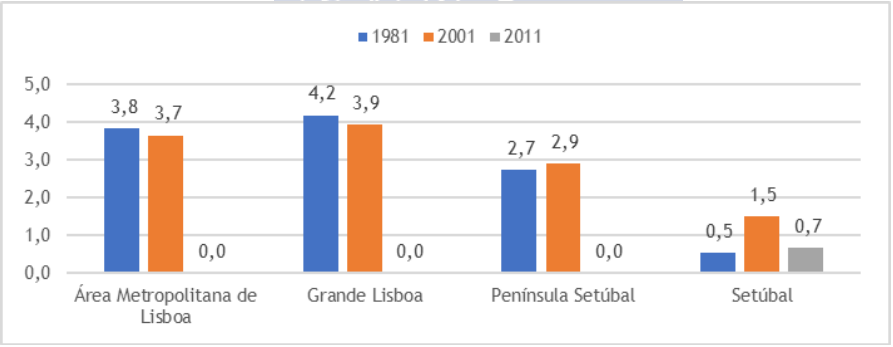
Gráfico 131 – Imigrantes provenientes de outro país, AML, segundo os Censos.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Ao nível da dinâmica de emigrantes para outro Município, as regiões da AML[104] apresentam fluxos opostos, registando-se na Grande Lisboa uma redução entre 1981 e 2001 e na Península de Setúbal um aumento (Gráfico 132). No Município de Setúbal observa-se entre 1981 e 2001 um aumento e entre 2001 e 2011 uma redução de emigrantes.

Gráfico 132 – Emigrantes para outro Município, AML, segundo os Censos.



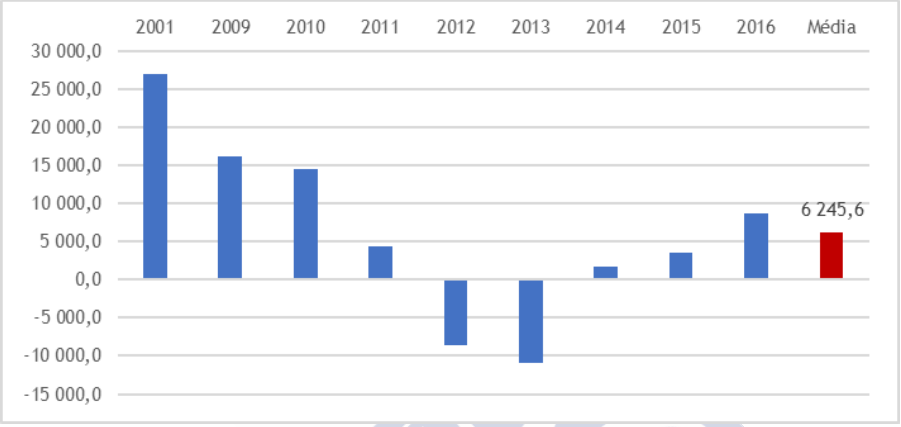
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

[104] Os Censos de 2011 não apresentam informação relacionada com Emigrantes para outro Município.

5.4.3 Saldo populacional anual total

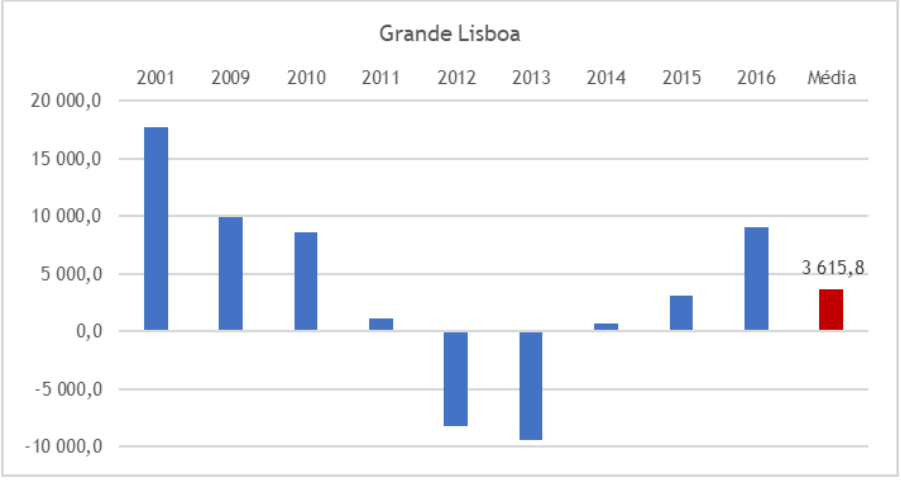
A AML apresenta no período 2001 a 2016 uma tendência para a redução Saldo Populacional Total (SPT), registando em 2016 um valor médio de 6.246 indivíduos (Gráfico 133).

Gráfico 133 - Saldo populacional anual Total AML, 2001-2016



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

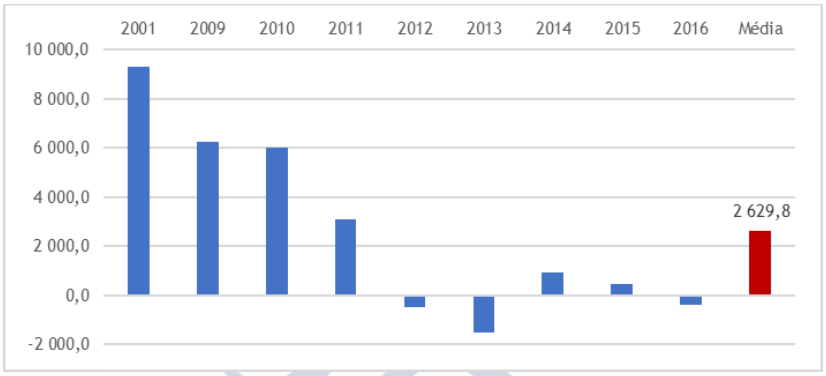
Gráfico 134 - Saldo populacional anual Total da Grande Lisboa, 2001-2016.



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

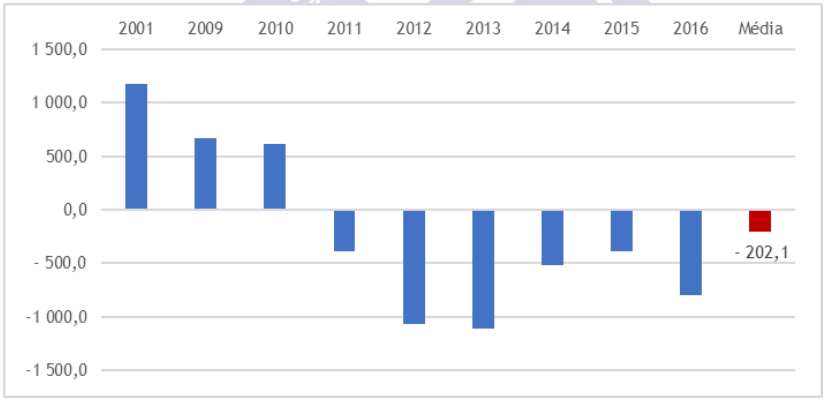
Em termos comparativos entre as sub-regiões da AML, a Península de Setúbal apresenta uma maior tendência para a redução do SPT, registando desde 2012 uma forte queda do Saldo Populacional Gráfico 134, Gráfico 135, Gráfico 136).

Gráfico 135 - Saldo populacional anual Total da Península de Setúbal, 2001-2016.



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 136 - Saldo populacional anual Total do Município de Setúbal, 2001-2016.

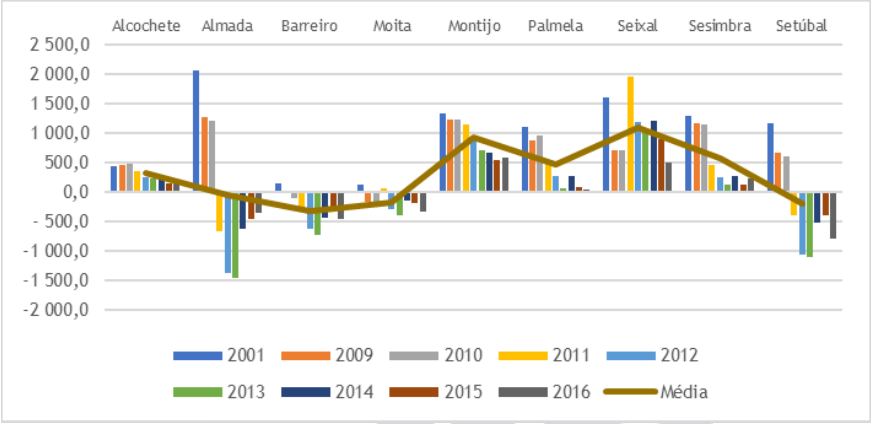


Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Ao nível da análise comparativa entre os vários Municípios a região da Grande Lisboa (Gráfico 136, Gráfico 137, Gráfico 138) apresenta os territórios com maior Saldo Populacional Anual (SPA).

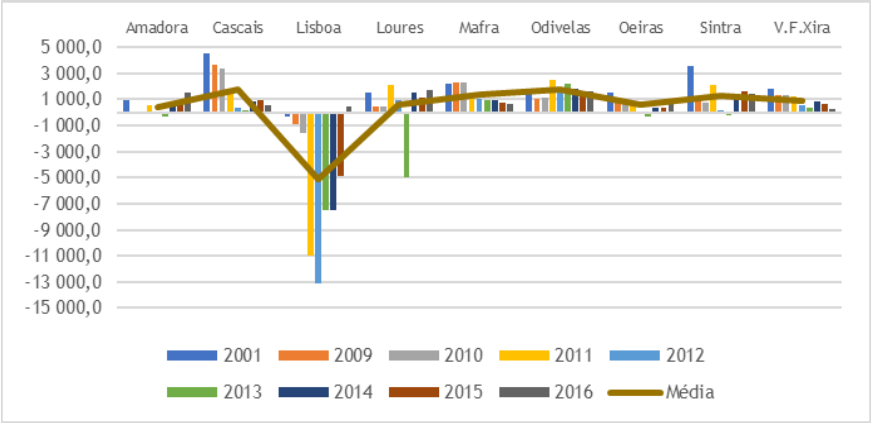
Na Grande Lisboa regista-se em 2016 com maior SPA o Município de Loures e o menor Lisboa. Na Península de Setúbal o maior SPA verifica-se no Montijo, sendo o menor no Município de Setúbal.

Gráfico 137 - Saldo populacional anual Total Município da Península de Setúbal, 2001-2016.



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

Gráfico 138 - Saldo populacional anual Total Municípios da Grande Lisboa, 2001-2016.



Fonte: Elaborado a partir de Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos.

5.4.4 População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades

A Península de Setúbal apresenta entre 2008 e 2016 uma variação negativa de 12.374 residentes estrangeiros com estatuto legal de residente (-27.1%). Em termos da nacionalidade com maior crescimento em termos absolutos é a Roménia e o menor o Brasil (Tabela 51).

Tabela 51 – Variação população estrangeira com estatuto legal de residentes, total e algumas nacionalidades, Península de Setúbal (2008-2016).

Nacionalidade	Península de Setúbal		
	2008	2016	Var %
Espanha	403	528	125
França	186	420	234
Reino Unido	151	278	127
Ucrânia	2 818	1 928	-890
Roménia	2 544	3 224	680
Moldávia	2 757	723	-2 034
Outros países europeus	1 969	2 256	287
Angola	4 628	2 357	-2 271
Cabo-Verde	9 333	6 462	-2 871
Guiné-Bissau	2 624	1 439	-1 185
Moçambique	440	282	-158
São Tomé e Príncipe	2 799	1 884	-915
Outros países africanos	525	358	-167
Brasil	12 387	8 508	-3 879
Outros países americanos	353	383	30
China	1 022	1 382	360
Índia	245	250	5
Nepal	2	107	105
Outros países asiáticos	537	580	43
Total:	45 723	33 349	- 12 374

Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

O Município de Setúbal apresenta entre 2008 e 2016 uma redução de 2.704 residentes com nacionalidades estrangeiras (-33,8%), registando-se a maior quebra em termos absolutos na nacionalidade Brasileira (-1.757). Em termos de variação absoluta positiva registou-se maior nacionalizações de romenos (Tabela 52).

Tabela 52 – Variação população estrangeira com estatuto legal de residentes, total e algumas nacionalidades, Município de Setúbal (2008-2016).

Nacionalidade	Município de Setúbal		
	2008	2016	Var.
Espanha	85	105	20
França	55	94	39
Reino Unido	38	52	14
Ucrânia	648	487	-161
Roménia	453	588	135
Moldávia	597	188	-409
Outros países europeus	504	495	-9
Angola	615	371	-244
Cabo-Verde	847	573	-274
Guiné-Bissau	152	70	-82
Moçambique	53	36	-17
São Tomé e Príncipe	46	30	-16
Outros países africanos	85	62	-23
Brasil	3 483	1 726	-1 757
Outros países americanos	53	49	-4
China	209	276	67
Índia	21	13	-8
Nepal	1	19	18
Outros países asiáticos	44	51	7
Total:	7 989	5 285	2 704

Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE | SEF/MAI - População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente.

5.5 Dinâmica da Família

5.5.1 Dimensão das Famílias segundo os Censos

A Área Metropolitana de Lisboa acompanha a tendência nacional da diminuição da dimensão da Família, apresentando entre 1981 e 2011, registando-se a maior redução na Península de Setúbal de 3,2 indivíduos para (Tabela 53, Gráfico 139)

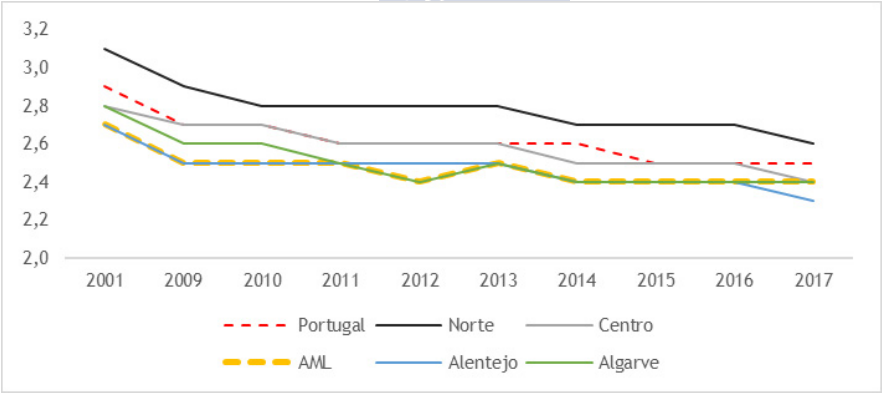
Ao nível da variação nos Municípios (Gráfico 140, Gráfico 141), na região da Grande Lisboa as maiores diminuições registam-se em Loures e Oeiras (-0,7). Na Península de Setúbal as maiores reduções da dimensão das Famílias registam-se nos Municípios de Sesimbra e Barreiro (-0,8). O Município de Setúbal enquadra-se nos territórios com maior diminuição da dimensão das Famílias (-0,7).

Tabela 53 - Dimensão média das famílias segundo os Censos.

Territórios	1981	2001	2011	Var.
Portugal	3,3	2,8	2,6	-0,7
Área Metropolitana de Lisboa	3,0	2,6	2,4	-0,6
Grande Lisboa	2,8	2,7	2,5	-0,3
Península de Setúbal	3,1	2,7	2,5	-0,6
Setúbal	3,2	2,6	2,5	-0,7

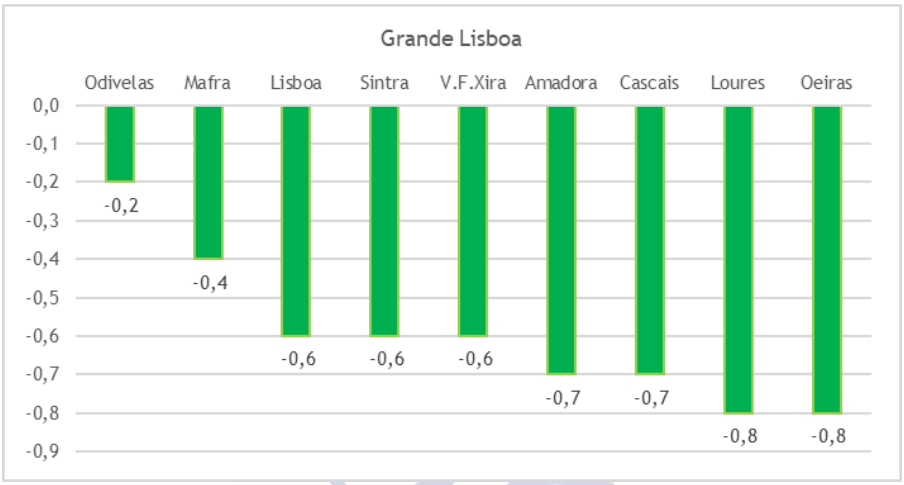
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 139 – Evolução da dimensão média dos agregados domésticos privados (NUT III)



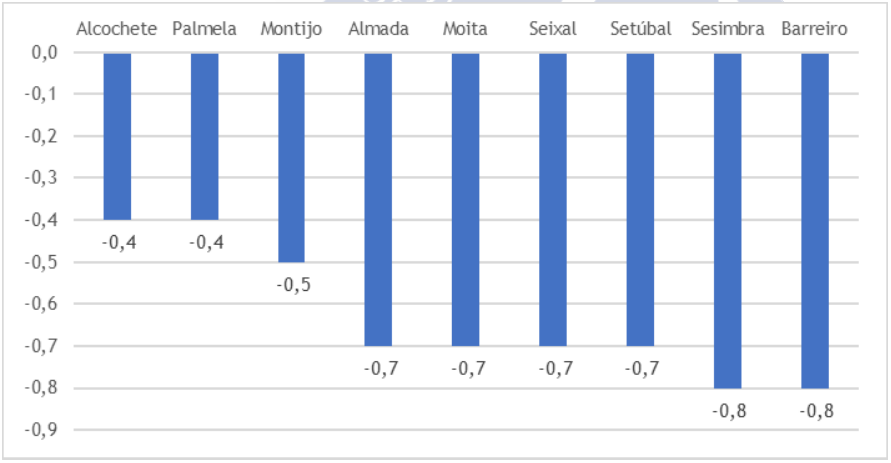
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

Gráfico 140 – Evolução (%) da dimensão média das famílias dos Municípios da região da Grande Lisboa, Censos (1981-2011).



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 141 – Evolução (%) da dimensão média das famílias dos Municípios da região da Grande Lisboa, Censos (1981-201).



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

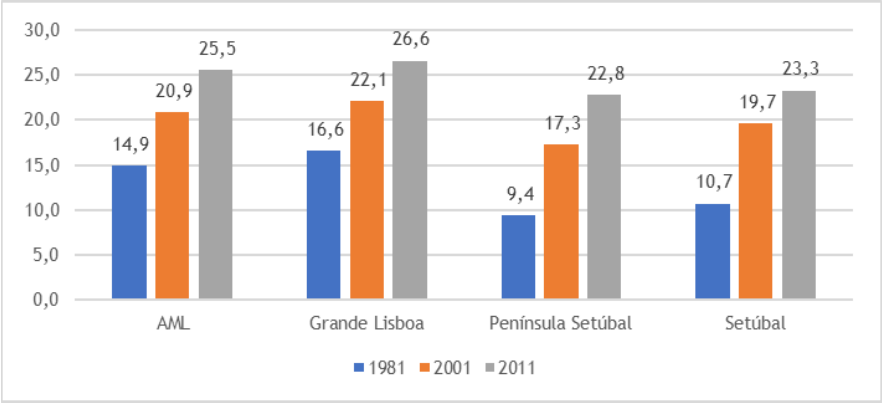
5.5.2 Famílias clássicas segundo os Censos: total e por número de Indivíduos

As Famílias clássicas compostas por agregados com 3 a 5 pessoas (Gráfico 144) representam entre 1981 e 2011 na maioria dos territórios da Área Metropolitana de Lisboa a maior percentagem registando-se na Península de Setúbal a maior expressão em relação ao total das Famílias Clássicas (42,2% em 2001).

Da análise da evolução do número de indivíduos nas Famílias Clássicas com uma pessoa (Gráfico 142), regista-se um aumento na AML de 10,6%, apresentando a Península de Setúbal o maior crescimento (13,4%).

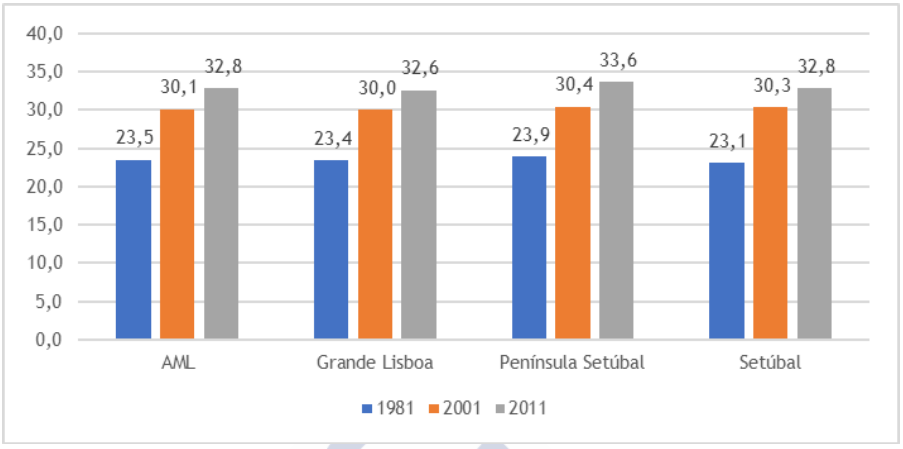
Ao nível das Famílias Clássicas com 2 pessoas (Gráfico 143), mantém-se o maior crescimento na região da Península de Setúbal (9,7%), valor superior à AML (9,3%%) e à Grande Lisboa (9,2%).

Gráfico 142 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total: 1 pessoa, AML.



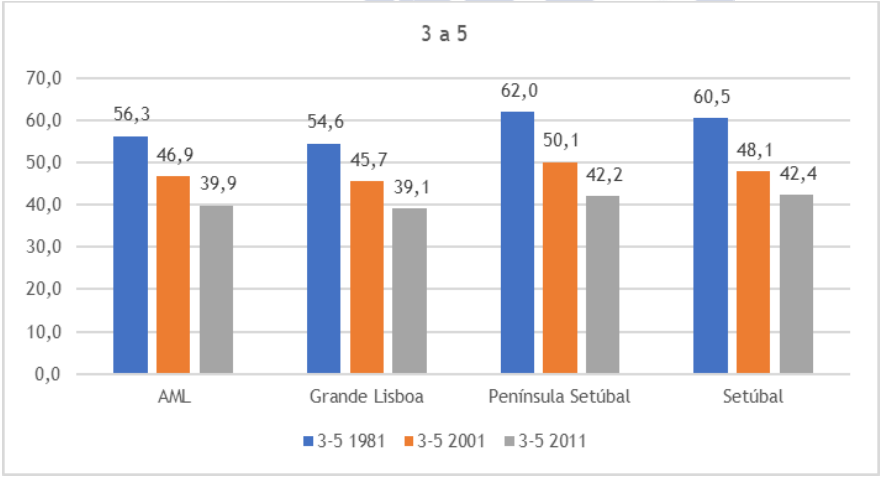
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 143 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 2 pessoas, AML.



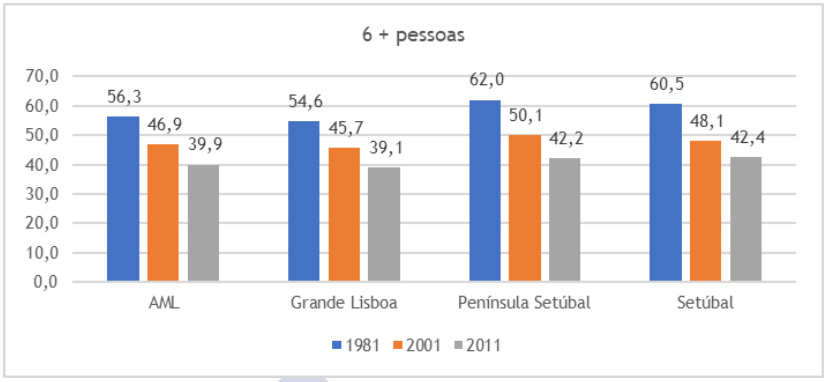
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 144 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 3 a 5 pessoas, AML.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 145 – Famílias clássicas segundo os Censos, % do total 6 e mais pessoas.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

As Famílias clássicas numerosas (com mais de 6 indivíduos) registam em todos os territórios da AML uma redução, correspondendo a Península de Setúbal à região com maior decréscimo (19,8%), ver Gráfico 102 (Gráfico 145). O Município de Setúbal acompanha a dinâmica da Península de Setúbal ao nível do aumento das Famílias com 1 e 2 indivíduos (Tabela 54, Tabela 55), bem com o decréscimo das Famílias com 3 e 5 indivíduos e mais de 6 (Tabela 56, Tabela 57).

Tabela 54 - Variação (%) Famílias Clássicas 1 pessoa (Censos 1981-2011).

Grande Lisboa	Var.	Península de Setúbal	Var
Amadora	16,0	**Barreiro**	16,2
Oeiras	14,6	**Almada**	16,1
Loures	13,0	**Moita**	14,0
Cascais	11,6	**Seixal**	13,2
Lisboa	11,5	**Setúbal**	12,6
Sintra	11,0	**Sesimbra**	12,0
V.F.Xira	10,4	**Montijo**	11,2
Odivelas	4,9	**Palmela**	8,4
Mafra	4,8	**Alcochete**	8,2

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Tabela 55- Variação (%) Famílias Clássicas 2 pessoas (Censos 1981-2011).

Grande Lisboa	Var.	Península de Setúbal	Var
Loures	13,6	Barreiro	13,1
Oeiras	12,0	Seixal	12,5
Amadora	11,7	Setúbal	9,7
Cascais	10,3	Moita	9,3
Sintra	9,0	Almada	9,3
V.F.Xira	8,6	Sesimbra	7,9
Lisboa	7,3	Montijo	7,0
Mafra	5,2	Palmela	5,7
Odivelas	5,2	Alcochete	4,6

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Tabela 56 - Variação (%) Famílias Clássicas 3 a 5 pessoas (Censos 1981-2011).

Grande Lisboa	Var.	Península de Setúbal	Var
Mafra	-6,5	Alcochete	-10,1
Odivelas	-9,6	Palmela	-12,6
Lisboa	-15,1	Sesimbra	-13,8
V.F.Xira	-16,5	Montijo	-15,7
Sintra	-16,6	Setúbal	-18,1
Cascais	-16,8	Moita	-19,9
Oeiras	-21,9	Almada	-22,4
Loures	-23,3	Seixal	-22,8
Amadora	-24,9	Barreiro	-25,9

Tabela 57 - Variação (%) Famílias Clássicas 6 + pessoas (Censos 1981-2011)

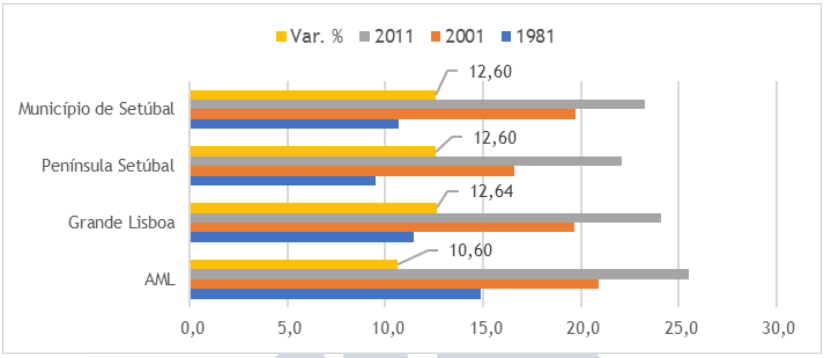
Grande Lisboa	Var.	Península de Setúbal	Var
Odivelas	-0,5	Palmela	-1,5
V.F. Xira	-2,5	Montijo	-2,5
Amadora	-2,8	Alcochete	-2,8
Loures	-3,3	Seixal	-2,8
Sintra	-3,4	Almada	-3,0
Mafra	-3,5	Barreiro	-3,4
Lisboa	-3,7	Moita	-3,5
Oeiras	-4,7	Setúbal	-4,2
Cascais	-5,1	Sesimbra	-6,1

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.5.3 Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos

As Famílias clássicas unipessoais de acordo com os Censos de 1981, 2001, 2011 (Gráfico 146) apresentam na Área Metropolitana de Lisboa um aumento de 10,6%, registando-se na região da Grande Lisboa o maior aumento (12,64%).

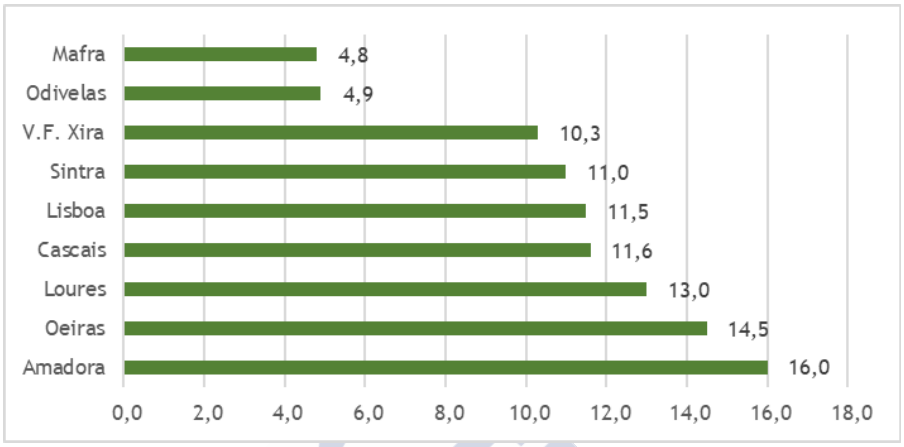
Gráfico 146-Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) total, AML.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

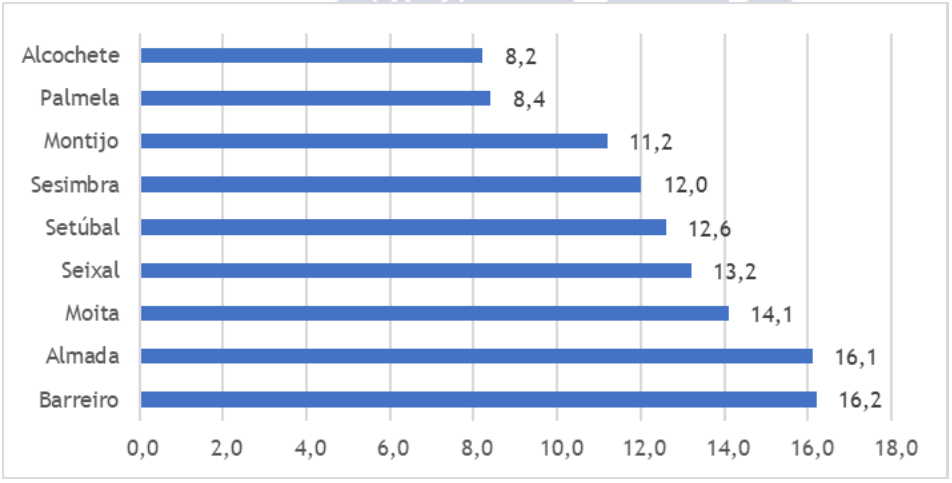
Ao nível da variação das Famílias clássicas unipessoais por região e Município, na Grande Lisboa o maior crescimento ocorre na Amadora e o menor em Mafra (Gráfico 147). Na região da Península de Setúbal, o Município do Barreiro regista o maior aumento (16,2%) e Alcochete a menor variação (8,2%). O Município de Setúbal apresenta uma variação de 12,60%, valor superior à média da AML (Gráfico 148).

Gráfico 147–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, Grande Lisboa.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

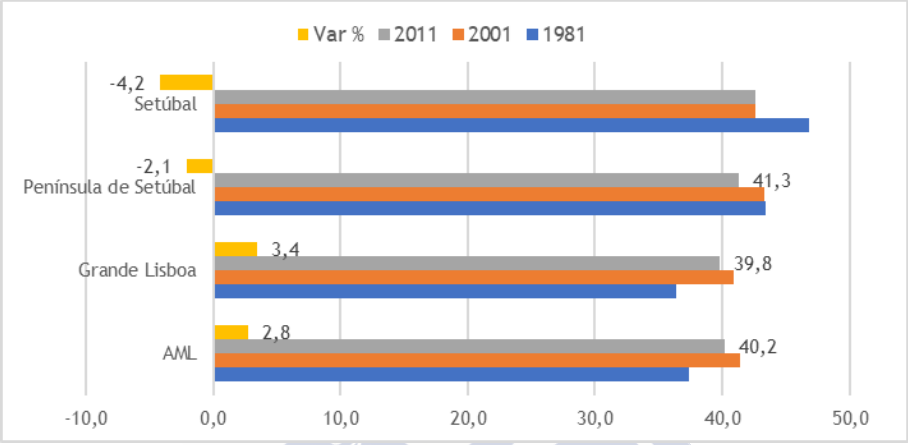
Gráfico 148–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, Península de Setúbal.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

As Famílias clássicas unipessoais com pessoas de 65 e mais anos apresentam entre 1981 e 2011 na AML um crescimento de 2,8%, registando-se na Grande Lisboa um aumento de 3,4% e na Península de Setúbal uma redução de 4,2% (Gráfico 149).

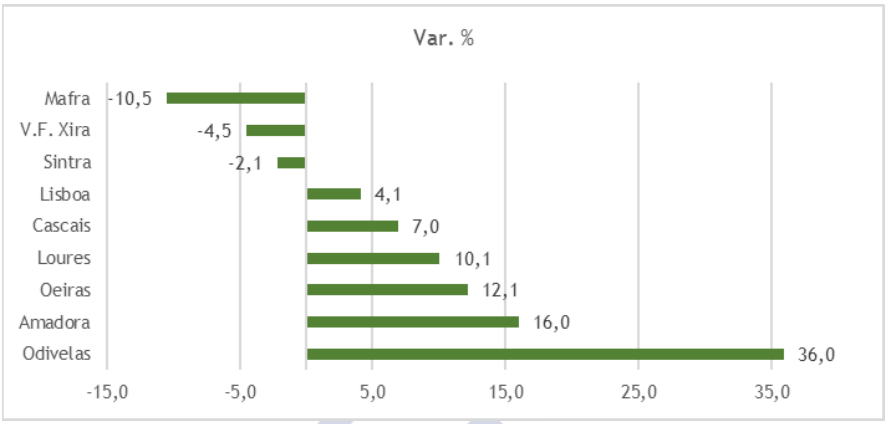
Gráfico 149-Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, 65 e mais anos, AML.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

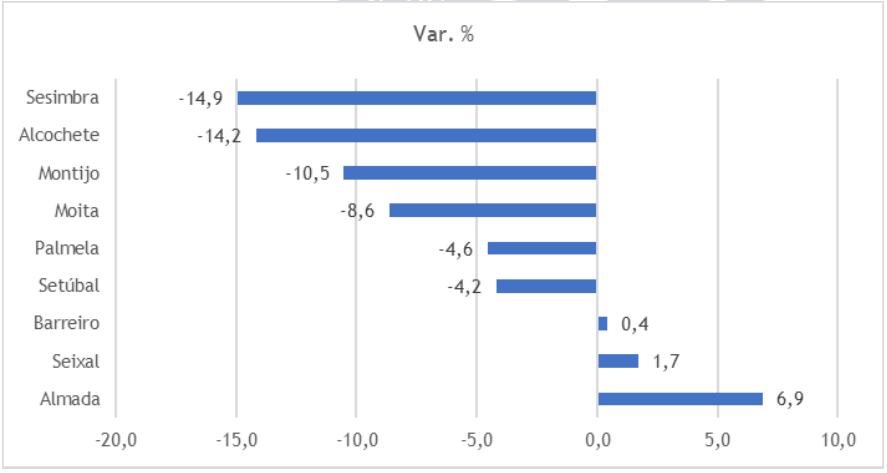
As regiões apresentam uma dinâmica oposta ao nível dos Municípios, existindo na Grande Lisboa a maior parte dos territórios com variação positiva e negativa na Península de Setúbal (Gráfico 150, Gráfico 151). A maior variação positiva é registada no Município de Odivelas (36%), verificando-se o maior desvio negativo em Sesimbra (-14,9%).

Gráfico 150–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, pessoas de 65 e mais anos, Grande Lisboa.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 151–Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos (%) Total, pessoas 65 e mais anos, Península de Setúbal.

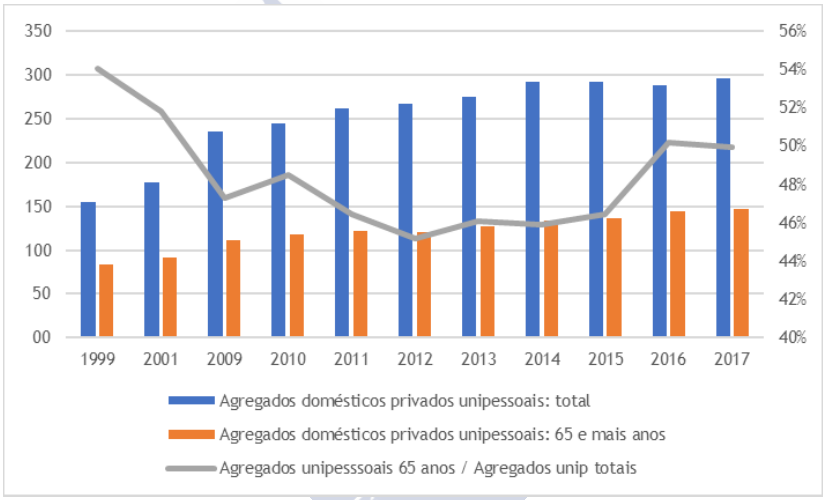


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.5.4 Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos

A evolução dos agregados domésticos privados Unipessoais, NUT III da Área Metropolitana de Lisboa, no período estudado apresenta uma queda dos agregados unipessoais com 65 e mais anos, registando-se depois de 2014 até 2017 uma tendência para o aumento (Gráfico 152).

Gráfico 152- Evolução dos agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, NUTII, região AML (1991-2017)

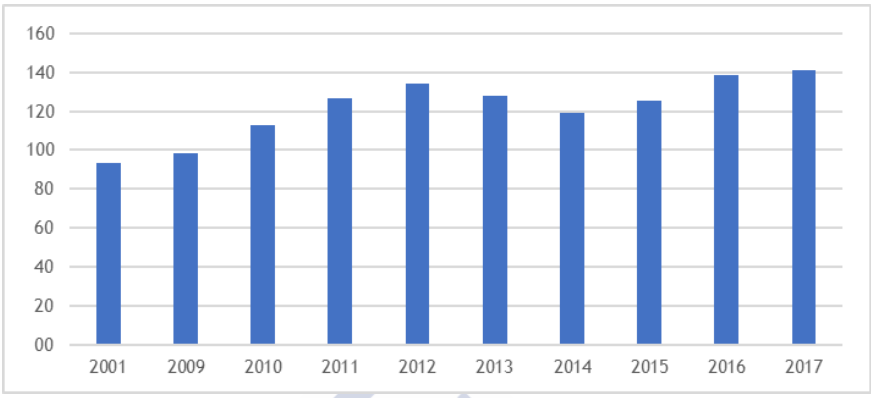


Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

5.5.5 Agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo

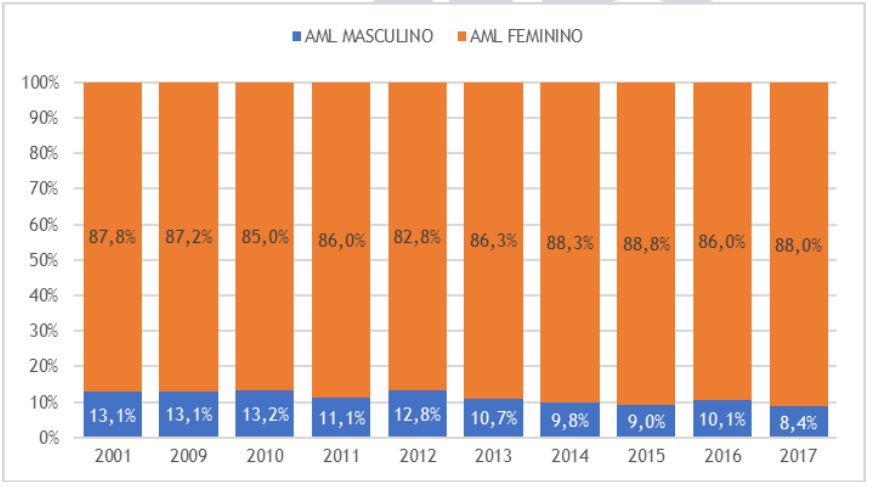
A AML apresenta entre 2001 e 2012 um aumento dos agregados monoparentais, seguido de uma queda até 2014, registando depois de 2015 um crescimento (Gráfico 153). Em termos da análise por sexo, predomina o feminino, registando-se uma tendência para o aumento (Gráfico 154).

Gráfico 153- Evolução dos agregados domésticos privados monoparentais: total NUTII, região AML (1991-2017).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

Gráfico 154- Evolução dos agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo, NUTII, região AML (1991-2017).



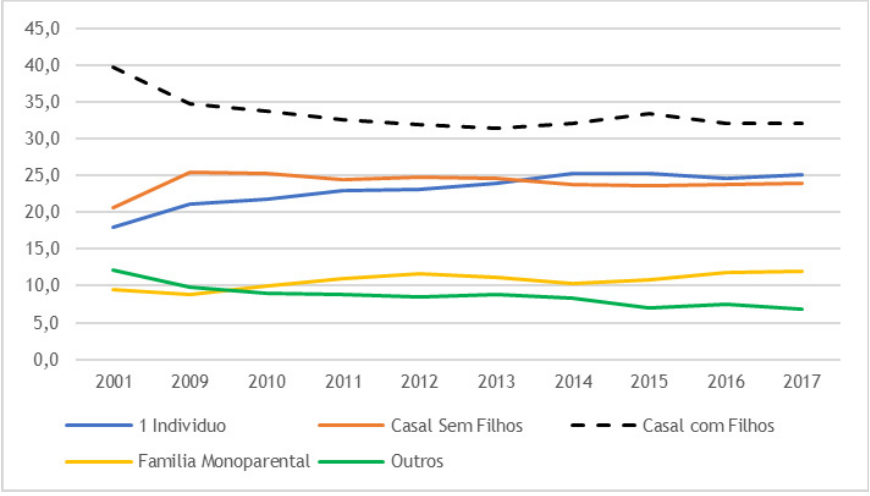
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

5.5.6 Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição

A análise da composição dos agregados domésticos privados é apresentada ao nível territorial NUT III da Área Metropolitana de Lisboa para o período 2001 a 2017.

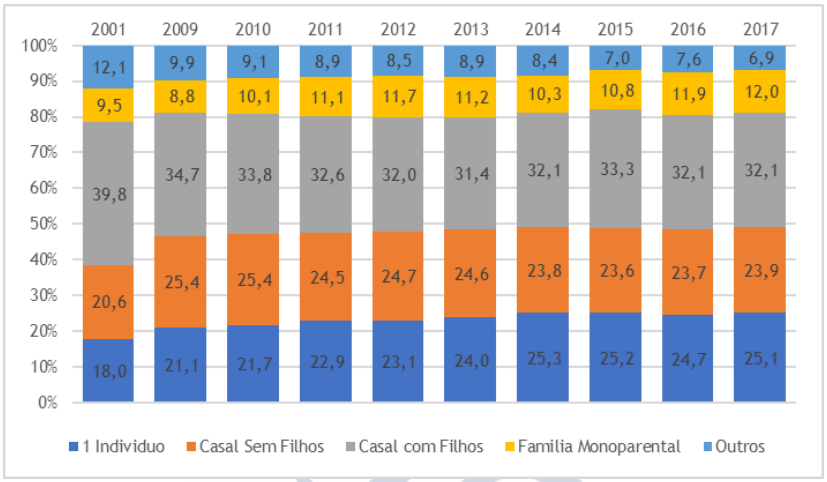
No período em referência regista-se na AML (Gráfico 155) uma tendência da redução do agregado doméstico com filhos e o aumento dos agregados com um filho e das famílias monoparentais. No que se refere à proporção dos agregados (Gráfico 156), em 2017 predominam os casais com filhos (32,1%), seguido de outros tipos de agregados (25,1%) e os casais sem filhos (23,9%).

Gráfico 155- Evolução dos agregados domésticos privados: total e por tipo de composição (%), NUTII, região AML (2001-2017).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

Gráfico 156- Evolução dos agregados domésticos privados: total e por tipo de composição (%), NUTII, região AML (2001-2017).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Inquérito ao Emprego.

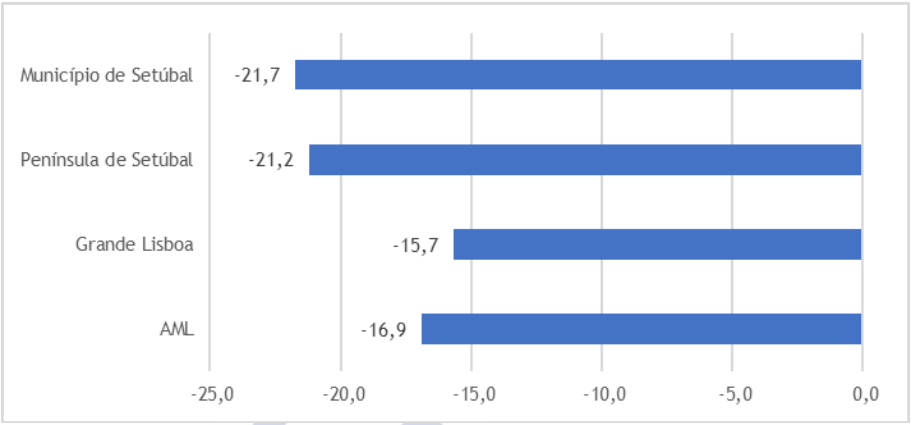
5.6 Nível de Formação

De acordo com os Censos a Área Metropolitana de Lisboa apresenta entre 1981 e 2011 uma redução de 16,9% da população sem escolaridade, registando-se na região da Península de Setúbal a maior diminuição (-21,2%). Em termos da variação da população com o ensino superior existe um aumento de 15,3%, apresentando o maior crescimento a Grande Lisboa (Gráfico 157, Gráfico 158).

Ao nível da variação da escolaridade por Município na região da Grande Lisboa, Mafra apresenta a maior redução da população sem escolaridade (-35,1%) e Lisboa o maior aumento da população com ensino superior.

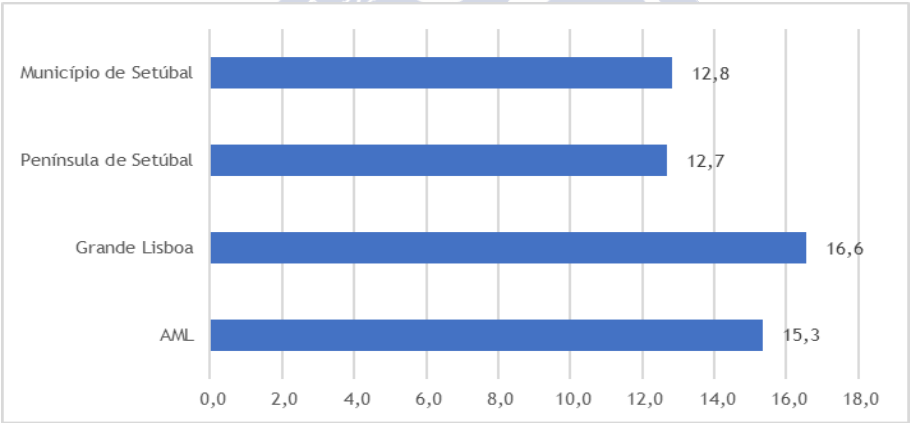
Na Península de Setúbal a maior redução da população sem escolaridade é registada em Alcochete (-33.3%) e o maior aumento da população com o ensino superior ocorre também no mesmo Município. Setúbal apresenta uma redução da população sem escolaridade de -21,7% e um aumento da população com o ensino superior de 12,8%, valores superiores à média da região (Tabela 58, Tabela 59).

Gráfico 157- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade, AML.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 158- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), ensino superior, AML.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Tabela 58- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade e ensino superior, Grande Lisboa.

Município	Sem Nível de Escolaridade	Superior
Amadora	-15,0	12,5
Cascais	-15,0	19,3
Lisboa	-14,8	24,3
Loures	-15,6	12,7
Mafra	-35,1	15,1
Odivelas	-5,0	15,8
Oeiras	-11,0	22,5
Sintra	-16,3	11,2
Vila Franca de Xira	-20,8	12,2

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Tabela 59- Variação (%) da população residente com 15 e mais anos segundo os Censos (1981-2011), sem escolaridade e ensino superior, Península Setúbal.

Município	Sem Nível de Escolaridade	Superior
Alcochete	-33,3	19,5
Almada	-17,4	14,6
Barreiro	-16,7	11,3
Moita	-23,0	8,2
Montijo	-31,6	14,0
Palmela	-32,7	12,9
Seixal	-16,0	12,3
Sesimbra	-32,5	11,9
Setúbal	-21,7	12,8

Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.6.1 Escolaridade por Sexo

Entre 1981 e 2011 a variação por sexo na região da AML apresenta as maiores variações no sexo feminino em todos os níveis de escolaridade (Tabela 60, Gráfico 159). No que se refere à variação por território, as escolaridades mais baixas registam na Península de Setúbal e as maiores reduções ao nível do sexo feminino.

O Município de Setúbal acompanha a dinâmica do território, verificando-se uma redução em termos absolutos de 26,6% da população feminina sem escolaridade. Em relação à variação do ensino secundário, existe uniformidade no aumento das habilitações, registando-se um aumento de 13,6% no sexo feminino e 13,5% no masculino (Gráfico 160).

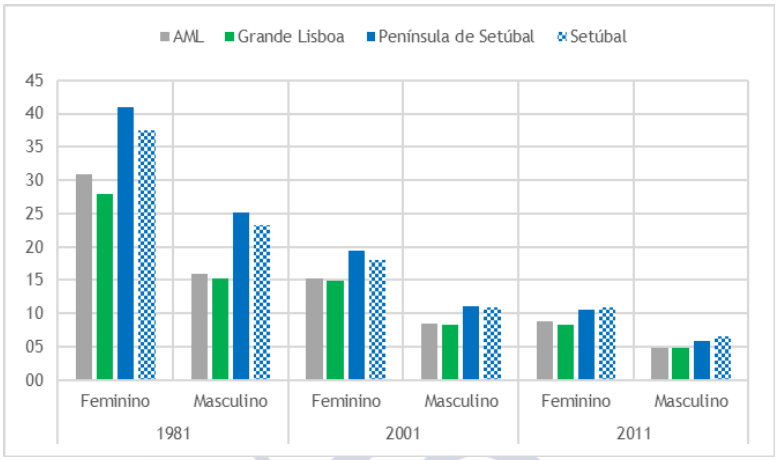
No que se refere ao nível de escolaridade superior, é na região da Grande Lisboa que se obtém o maior crescimento da população do sexo feminino (19,2%). O Município de Setúbal apresenta um aumento entre 1981 e 2011 de 15,5% de mulheres licenciadas (Gráfico 161).

Tabela 60- Variação população residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos por nível de escolaridade segundo os Censos (%). AML, 1981 a 2011.

	Sem nível de escolaridade		Secundário		Superior	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
AML	-22,1	-11,0	13,6	13,5	18,5	11,7
Grande Lisboa	-19,5	-10,5	14,9	14,8	19,2	12,7
Península de Setúbal	-30,5	-19,4	16,3	16,4	15,7	10,2
Município de Setúbal	-26,6	-16,7	15,3	15,2	15,5	9,9

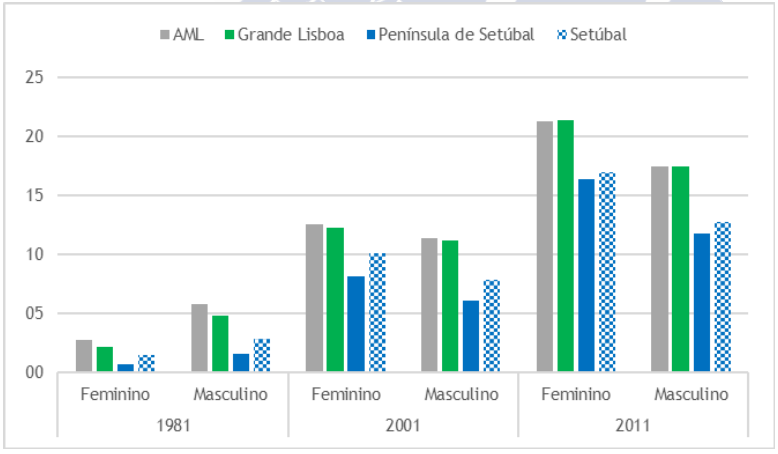
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 159- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos, sem nível de escolaridade segundo os Censos (%), AML. 1981 a 2011.



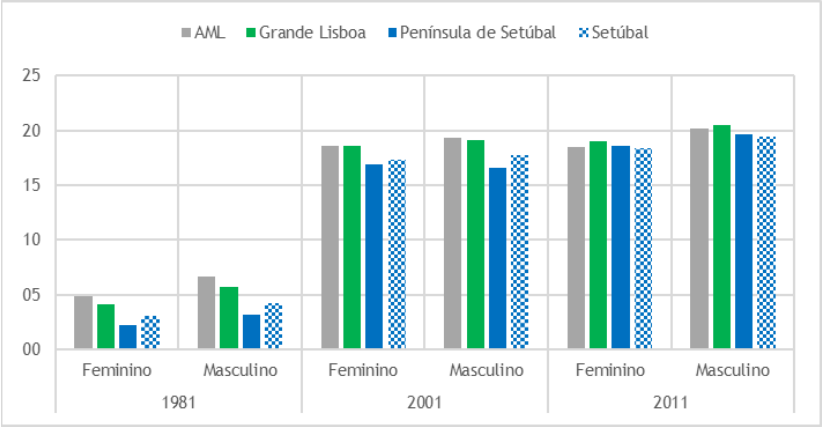
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 160- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos com o ensino secundário segundo os Censos (%), AML 1981 a 2011.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 161- Variação da População residente do sexo feminino e masculino com 15 e mais anos com o ensino superior segundo os Censos (%), AML.1981 a 2011.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

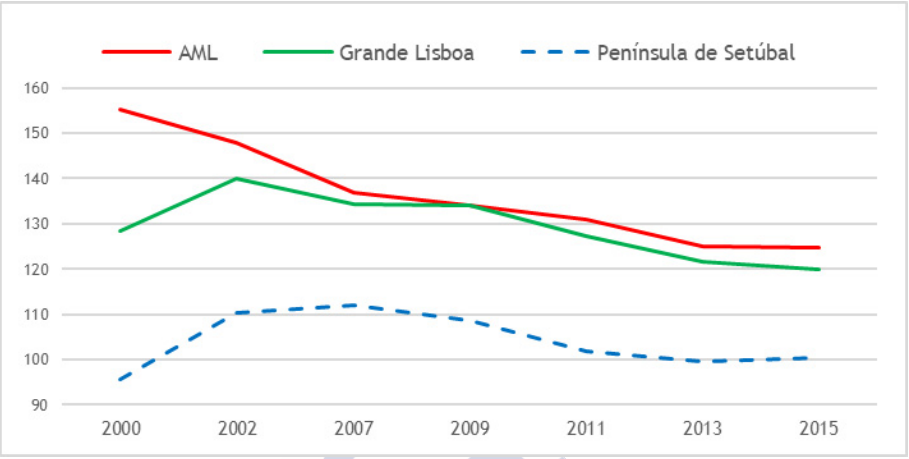
5.7 Condições de Vida

5.7.1 Índice de Poder de Compra

O índice de Poder de Compra Per Capita (IPC) regista uma queda entre 2000 e 2015, apresentando a região da Grande Lisboa os maiores desvios (Gráfico 162). O IPC da região da Grande Lisboa entre 2000 e 2015 evidência uma tendência para a redução, registando-se no Município de Odivelas a maior variação, e Vila Franca de Xira a menor (Gráfico 164). Em 2015 o Município de Lisboa exibe o maior IPC (214,5%) e Odivelas o menor (90,3%).

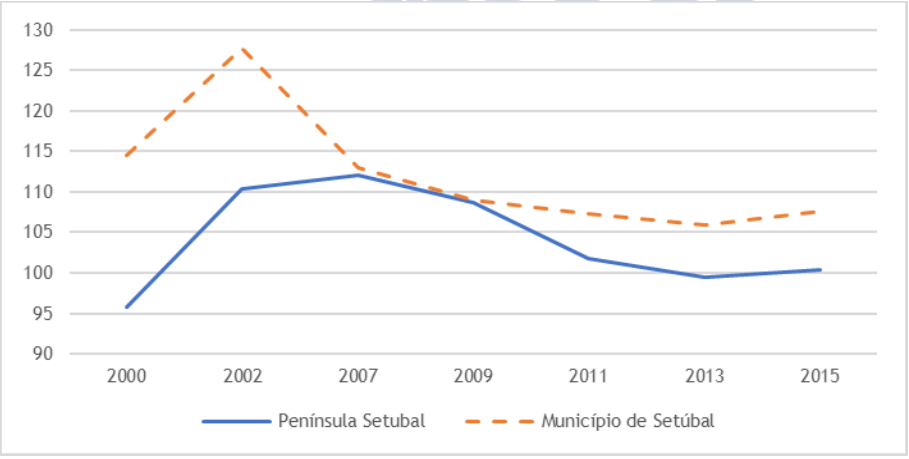
Na Península de Setúbal em termos médios o IPC é o mais baixo da AML. O Município da Moita corresponde ao território com IPC mais baixo, apresentando em 2015 (83,2). Almada destaca-se como o Município com maior IPC da região, apresentando em termos médios 118,4% (Gráfico 165). O Município de Setúbal regista um IPC superior à região da Península de Setúbal, apresentando uma dinâmica oposta entre 2002 e 2007, com redução do IPC, registando um aumento depois de 2013 a 2015 (Gráfico 163).

Gráfico 162- Poder de compra per capita, AML (2000-2015)



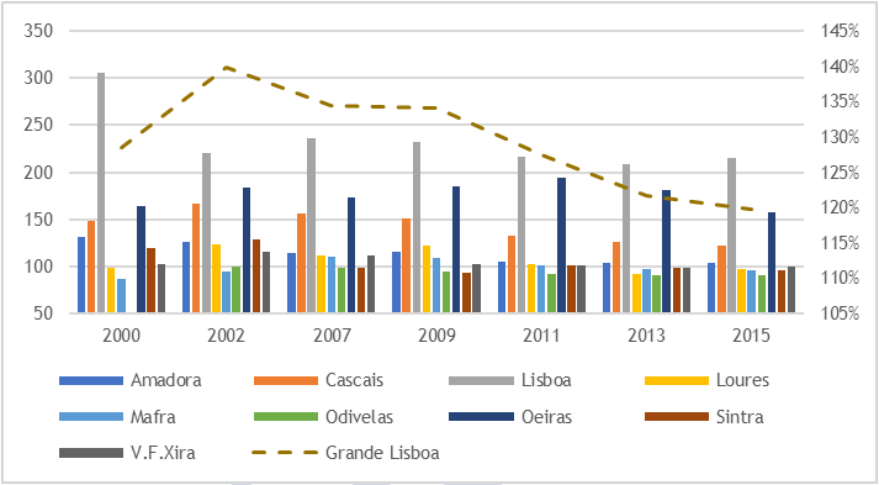
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio.

Gráfico 163- Poder de compra per capita, Município de Setúbal (2000-2015)



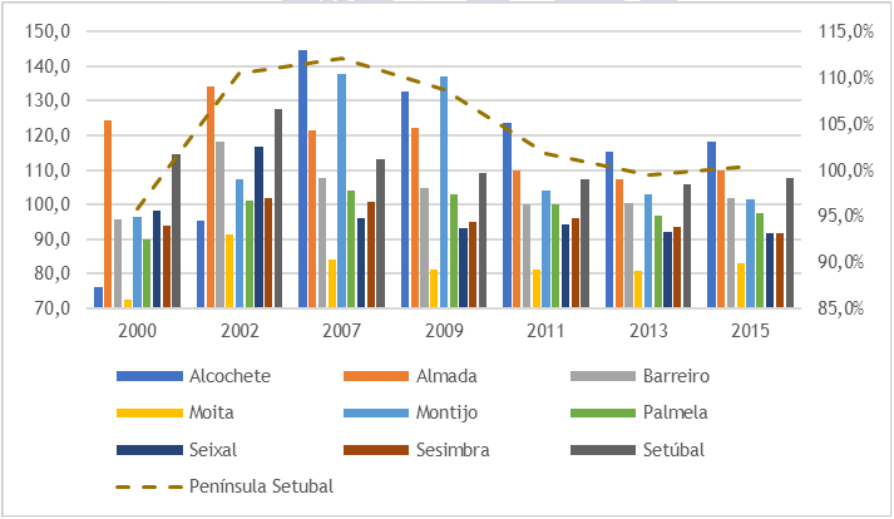
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio.

Gráfico 164- Poder de compra per capita, Grande Lisboa (2000-2015).



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio.

Gráfico 165- Poder de compra per capita, Península de Setúbal (2000-2015)



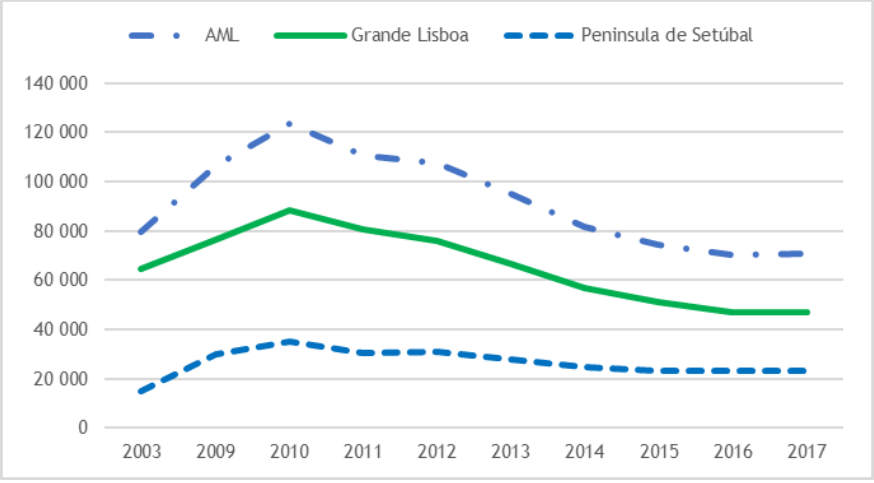
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio.

5.7.2 Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo

O número total de beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e do RSI entre 2003 e 2017 apresenta em 2017 um total de 70.737 pessoas, correspondendo 66,8% à Grande Lisboa e 33,1% à Península de Setúbal (Gráfico 166).

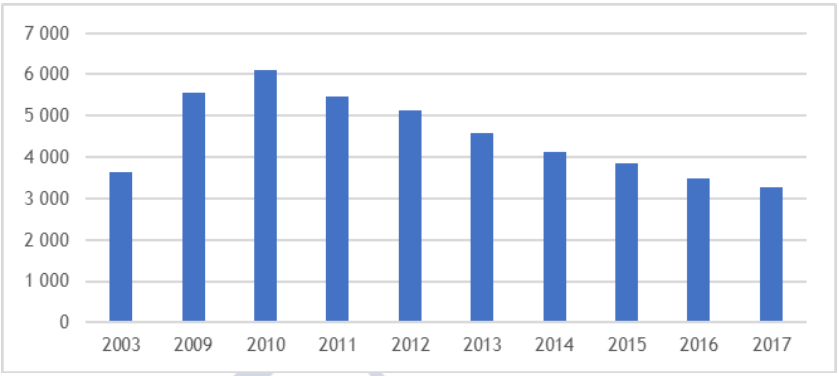
Em termos da distribuição absoluta em % do total de Beneficiários é na Grande Lisboa que se encontra maior número pessoas, destacando-se os concelhos Lisboa, Sinta, Amadora e Cascais. No que se refere à Península de Setúbal, o maior número de beneficiários encontra-se nos Municípios de Setúbal, Almada, Seixal, Moita e Barreiro (Gráfico 167, Tabela 61).

Gráfico 166- Evolução do nº Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo, AML, 2003 a 2017.



Fonte: Elaborado a partir de dados II/Ministério do Trabalho da Solidariedade e da Segurança Social (MTSSS).

Gráfico 167 - Evolução do nº Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo, Município de Setúbal, 2003 a 2017.



Fonte: Elaborado a partir de dados II/MTSSS.

Tabela 61- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social e por Sexo, AML. 2003 a 2017.

	2003	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Amadora	12,4	11,2	10,8	10,8	10,3	9,8	9,2	8,3	7,8	7,2
Cascais	6,6	5,9	6,0	5,7	5,5	5,4	5,4	5,3	5,1	4,9
Lisboa	29,5	23,9	22,9	24,0	23,9	26,1	26,9	27,0	26,9	27,1
Loures	11,8	7,7	7,7	8,0	7,5	7,5	7,3	7,4	7,0	7,1
Mafra	1,1	1,2	1,1	1,0	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1
Odivelas	0,0	4,2	4,3	4,3	4,2	4,0	3,9	4,3	4,5	4,6
Oeiras	4,8	4,0	4,0	3,8	3,5	2,8	2,7	2,7	2,5	2,7
Sintra	11,7	10,4	11,5	11,8	11,7	10,5	9,7	8,9	8,6	8,7
V. F.Xira	3,4	3,3	3,4	3,2	3,1	3,1	3,3	3,6	3,4	3,3
Alcochete	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6
Almada	3,9	6,5	6,4	6,2	6,8	7,2	7,2	7,8	8,6	8,7
Barreiro	2,2	3,8	3,7	3,6	3,8	3,9	4,2	4,2	4,2	4,1
Moita	2,8	4,7	4,5	4,3	4,5	4,5	4,6	4,5	4,7	4,6
Montijo	0,7	1,6	1,8	1,8	2,1	2,2	2,5	2,5	2,6	2,6
Palmela	1,3	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2
Seixal	2,5	3,7	4,1	3,7	4,0	3,9	3,7	4,0	4,6	5,1
Sesimbra	0,4	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,3	1,6	1,6
Setúbal	4,5	5,2	5,0	4,9	4,8	4,8	5,0	5,2	4,9	4,6

Fonte: Elaborado a partir de dados II/MTSSS.

Estabelecendo-se uma relação entre nº total de beneficiários por Município e o total da população residente (Tabela 62), em 2016 os concelhos da Península de Setúbal são os que obtém maior valor, correspondendo à Moita a 5,07%. O Município de Setúbal, detinha em 2016 cerca de 2,97% beneficiários, correspondendo ao quarto concelho com maior de número.

Tabela 62- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social e por Sexo, AML. 2003 a 2017.

% Beneficiários do RMG e do RSI segundo o sexo / Total População residente	Município	Densidade Populacional	População residente, estimativas a 31 de dezembro
5,07	Moita	1 175,1	64 767
3,91	Barreiro	2 094,1	75 978
3,75	Lisboa	5 044,7	504 964
3,58	Almada	2 421,2	169 330
3,23	Montijo	159,0	55 742
3,08	Amadora	7 460,3	178 169
2,97	Setúbal	509,6	116 979
2,38	Loures	1 236,1	207 567
2,18	Sesimbra	259,8	50 972
2,14	Oeiras	3 788,0	82 581
2,00	Alcochete	147,3	19 020
1,96	Seixal	1 727,3	165 123
1,83	Odivelas	5 850,5	174 249
1,70	Cascais	2 162,5	210 889
1,70	Vila F. Xira	442,3	140 844
1,57	Sintra	1 200,5	383 946
1,41	Palmela	137,9	64 146
0,51	Mafra	282,1	156 083

Fonte: Elaborado a partir de dados II/MTSSS.

O sexo feminino em 2017 apresentava o maior número de beneficiários na AML (51,3%). Em termos globais, regista-se na maior parte dos Municípios um número superior de beneficiários do sexo feminino, com exceção dos concelhos de Lisboa, Alcochete e Barreiro. O Município de Setúbal apresentava 50,5 de beneficiários do sexo feminino (Tabela 63).

Tabela 63- Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social % total e por sexo (2017).

	Total	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
AML	70 737	34 460	36 277	48,7	51,3
Grande Lisboa	47 297	23 353	23 944	49,4	50,6
Amadora	5 118	2 388	2 730	46,7	53,3
Cascais	3 487	1 724	1 763	49,4	50,6
Lisboa	19 143	9 875	9 268	51,6	48,4
Loures	5 019	2 487	2 532	49,6	50,4
Mafra	784	382	402	48,7	51,3
Odivelas	3 268	1 585	1 683	48,5	51,5
Oeiras	1 943	924	1 019	47,6	52,4
Sintra	6 175	2 860	3 315	46,3	53,7
Vila F. Xira	2 360	1 128	1 232	47,8	52,2
Península Setúbal	23 440	11 107	12 333	47,4	52,6
Alcochete	398	206	192	51,8	48,2
Almada	6 187	2 916	3 271	47,1	52,9
Barreiro	2 896	1 454	1 442	50,2	49,8
Moita	3 241	1 480	1 761	45,7	54,3
Montijo	1 809	893	916	49,4	50,6
Palmela	868	412	456	47,5	52,5
Seixal	3 595	1 617	1 978	45,0	55,0
Sesimbra	1 166	506	660	43,4	56,6
Setúbal	3 280	1 623	1 657	49,5	50,5

Fonte: Elaborado a partir de dados II/MTSSS.

5.7.3 Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado

Em 2016, Portugal apresentava um total 19,7% de agregados familiares de casais, com crianças dependentes que se encontravam em situação de risco de pobreza após transferências sociais, registando-se em 2013 o valor mais elevado (Tabela 64). Em termos dos agregados com maior índice de pobreza, as famílias com dois adultos e três ou mais crianças dependentes detêm a percentagem mais elevada (41,4%).

Tabela 64- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado, agregados domésticos privados com crianças dependentes, Portugal, 2003 a 2016.

	Agregados domésticos privados com crianças dependentes					
	Total	Um adulto e pelo menos uma criança dependente	Dois adultos e uma criança dependente	Dois adultos e duas crianças dependentes	Dois adultos e três ou mais crianças dependentes	Outros agregados com crianças dependentes
2003	20,6	34,8	12,8	24,0	41,0	17,5
2004	20,0	31,5	14,7	23,9	42,0	14,9
2005	18,1	41,2	12,1	18,6	37,8	15,8
2006	17,7	33,6	12,2	17,0	43,3	16,3
2007	20,4	38,9	16,7	20,6	31,9	18,0
2008	19,9	37,0	13,4	19,4	36,1	20,1
2009	19,1	37,0	12,6	17,1	33,2	20,7
2010	20,1	27,9	15,6	19,8	34,5	19,5
2011	20,5	30,7	16,2	17,0	41,2	22,5
2012	22,2	33,1	16,0	19,9	40,4	23,8
2013	23,0	38,4	15,4	18,0	38,4	28,8
2014	22,2	34,6	13,7	20,4	37,7	26,1
2015	21,0	31,6	15,0	17,0	42,7	24,7
2016	19,7	33,1	12,4	16,9	41,4	23,1

Fonte: Elaborado a partir INE - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

A taxa de risco de pobreza após transferências sociais ao nível dos agregados domésticos privados sem crianças dependentes (Tabela 65), em 2016 registava 16,9% de famílias, apresentando desde 2010 uma tendência crescente. Os agregados com um adulto sem criança corresponden aos que detêm maior índice de pobreza (25,4%).

Tabela 65- Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: total e por composição do agregado doméstico privado, agregados domésticos privados sem crianças dependentes, Portugal, 2003 a 2016.

	Agregados domésticos privados sem crianças dependentes				
	Total	Um adulto	Dois adultos, ambos com menos de 65 anos	Dois adultos, pelo menos um com 65 ou mais anos	Outros agregados sem crianças dependentes
2003	20,0	35,2	16,2	30,0	11,5
2004	18,5	37,1	15,2	28,1	8,7
2005	18,9	34,9	18,3	25,8	9,5
2006	18,7	33,0	17,6	26,4	9,3
2007	16,1	31,0	16,5	21,7	7,4
2008	15,4	28,0	16,4	18,7	8,7
2009	16,5	30,1	16,6	20,3	9,1
2010	15,8	27,5	16,2	19,5	9,1
2011	15,2	24,2	16,6	16,5	10,1
2012	15,0	21,9	17,0	13,4	12,0
2013	15,8	23,1	17,4	13,1	13,1
2014	16,6	25,4	16,8	14,3	13,7
2015	16,8	26,3	16,0	16,4	12,8
2016	16,9	25,4	18,2	15,5	12,5

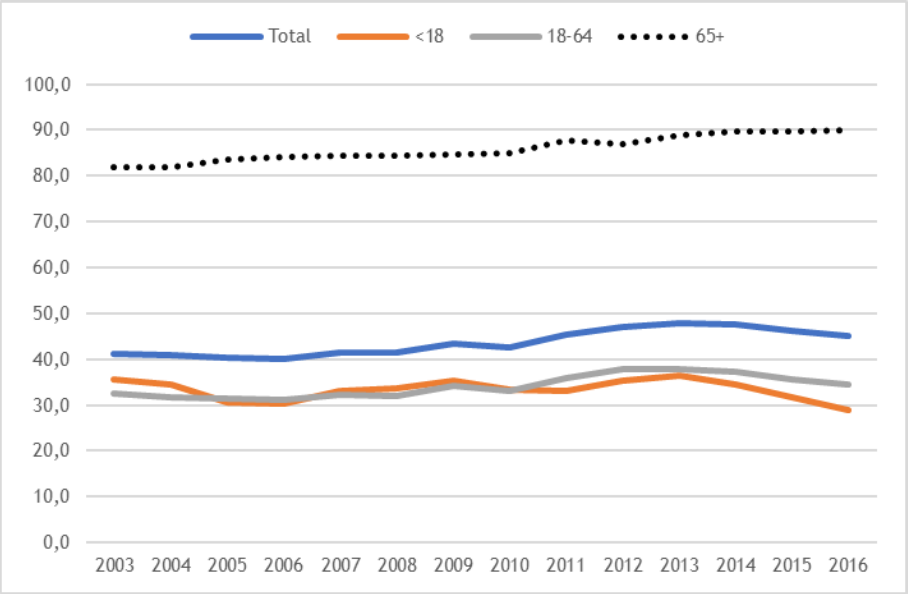
Fonte: Elaborado a partir INE - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

5.7.4 Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes e após transferências sociais

A evolução da taxa de risco de pobreza em Portugal entre 2003 e 2016, antes das transferências sociais (Gráfico 168), situa-se em termos médios 43,6%. O escalão etário 65 e mais anos são o que detêm maior número de pessoas em situação de pobreza (86%).

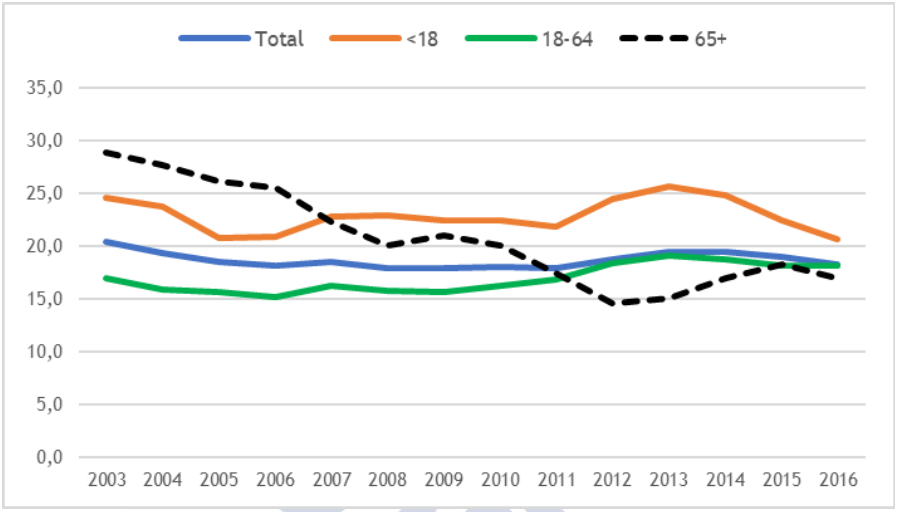
Após as transferências sociais (Gráfico 169, Gráfico 170) em 2016 a taxa de risco de pobreza era de 18,3%, registando-se o valor mais elevado no grupo etário com menos de 18 anos.

Gráfico 168- Evolução da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes transferências sociais, Portugal, 2003 a 2016



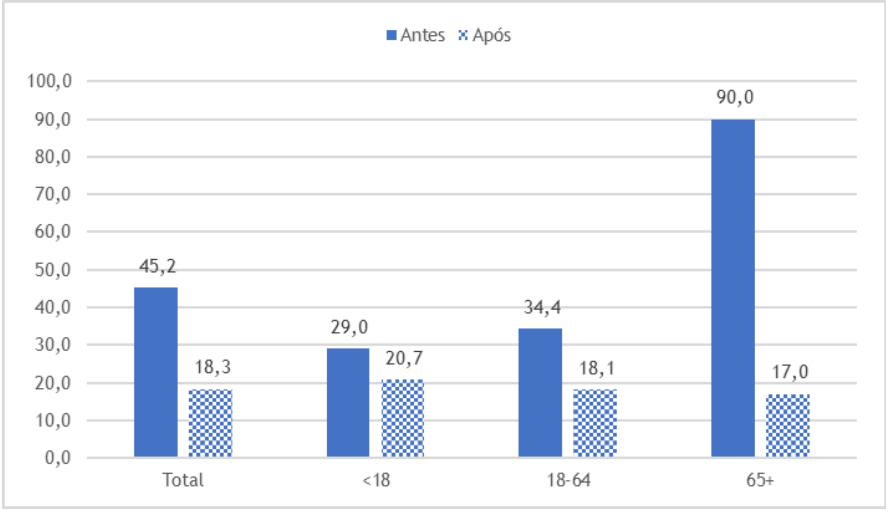
Fonte: Elaborado a partir de INE - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

Gráfico 169- Evolução da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: após transferências sociais, Portugal, 2003 a 2016



Fonte: Elaborado a partir de INE - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

Gráfico 170- Comparação da Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes E depois transferências sociais, Portugal, 2016.



Fonte: Elaborado a partir de INE - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

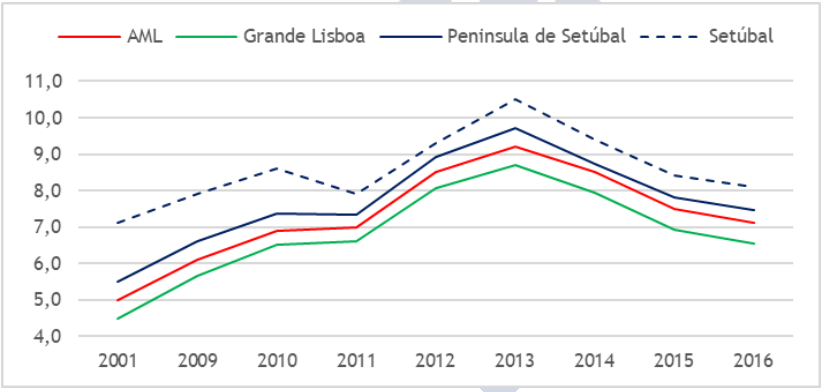
5.8 Mercado Laboral

O desemprego na Área Metropolitana de Lisboa apresenta entre 2001 e 2016 quatro períodos, com distinta dinâmica. Entre 2001 e 2010 regista-se um aumento, entre 2010 e 2011 uma queda, entre 2011 e 2013 um aumento, registando desde 2013 uma tendência para a redução (Gráfico 171).

5.8.1 Desempregados inscritos em percentagem da população residente com 15 a 64 anos

Ao nível das regiões a Península de Setúbal apresenta um índice de desemprego superior à região da Grande Lisboa, registando-se a mesma dinâmica nos diversos anos.

Gráfico 171- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), AML, (2001-2016).



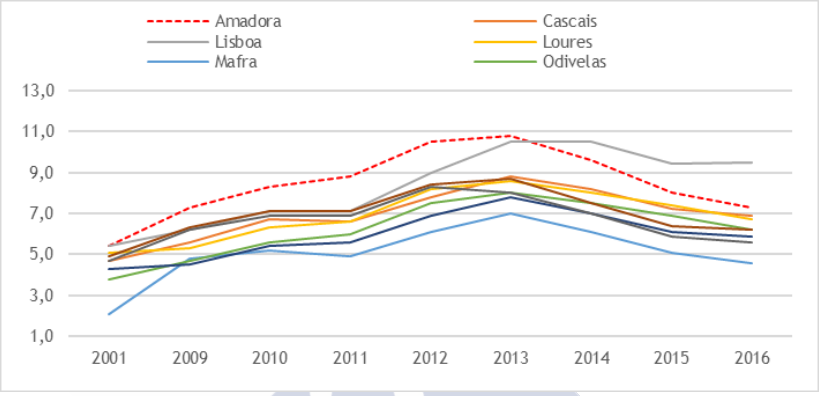
Fonte: Elaborado a partir de dados IEFP/MTSSS.

A evolução do desemprego por regiões, na Grande Lisboa o Município da Amadora regista em termos médios os valores mais elevados e Mafra o mais baixo. Em termos globais todos os Municípios acompanham a dinâmica do desemprego da região (Gráfico 172).

A região da Península de Setúbal apresenta um índice de desemprego superior à região da Grande Lisboa, registando-se a mesma dinâmica nos diversos anos. O Município da Moita corresponde ao

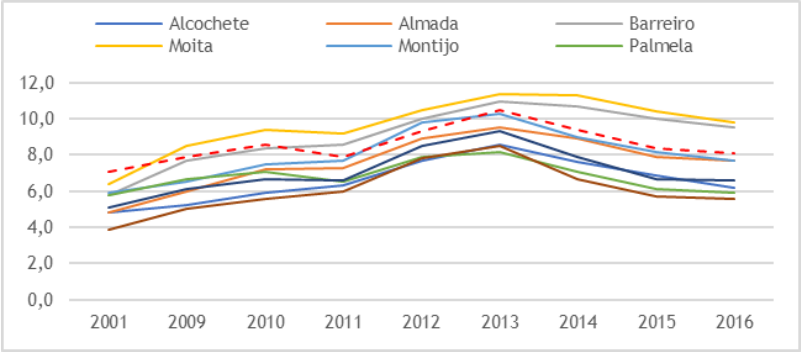
território com maior desemprego e Sesimbra o menor. No Município de Setúbal em termos médios o valor superior à nregião, considerando-se o terceiro território com valores mais elevados (Gráfico 173).

Gráfico 172- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados IEFP/MTSSS.

Gráfico 173- Evolução dos Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%), Península de Setúbal (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de dados IEFP/MTSSS.

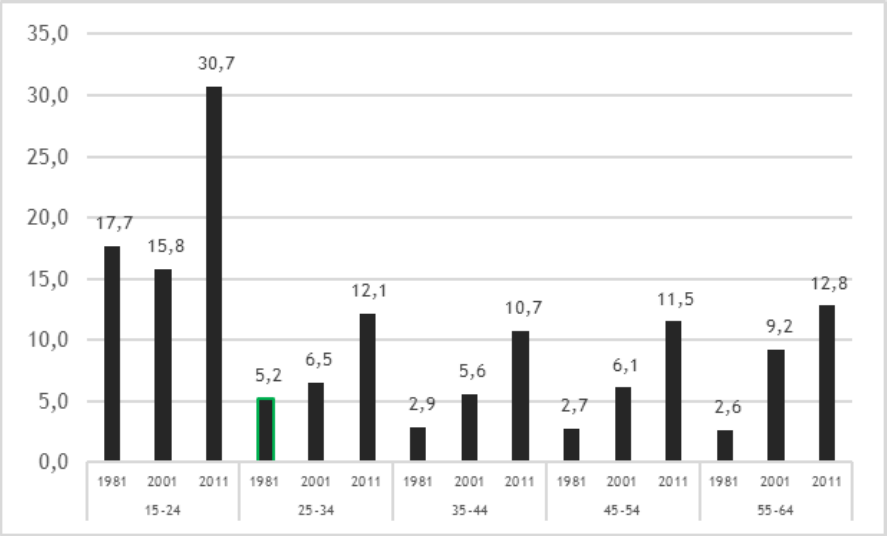
5.8.2 Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por grupo etário

A taxa de desemprego por grupo etário apresenta na AML nos Censos de 1981 e 2011 o maior aumento no escalão 15-24 anos (desemprego jovem), com 13%, seguindo-se o grupo com 55-64 anos com 10,2% de aumento (Gráfico 174).

Ao nível da análise do desemprego por regiões, na Grande Lisboa o escalão etário 15-24 anos regista um aumento de 14,1% e grupo 55-64 anos 9,8% (Gráfico 175). Na região da Península de Setúbal obtêm-se os maiores crescimentos do escalão 55-64 anos (12,5%) e um aumento de 10,5% no grupo 15-24 anos (Gráfico 176).

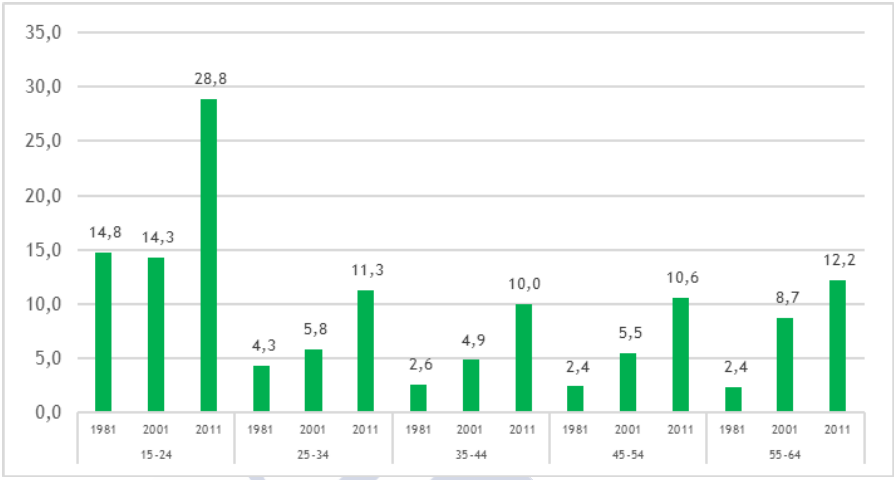
O Município de Setúbal (Gráfico 177) destaca-se como um dos territórios com maior crescimento do desemprego jovem (13,9%) e escalão 55-64 anos (13%).

Gráfico 174- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), AML.



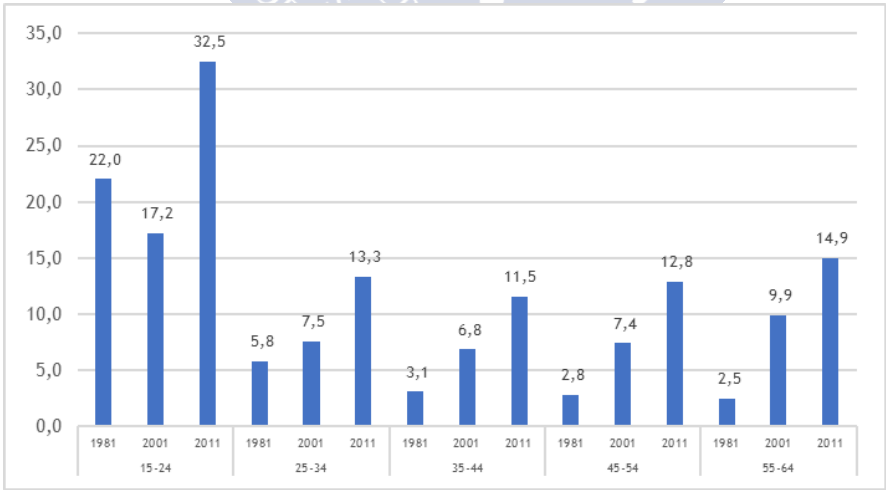
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 175- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Grande Lisboa.



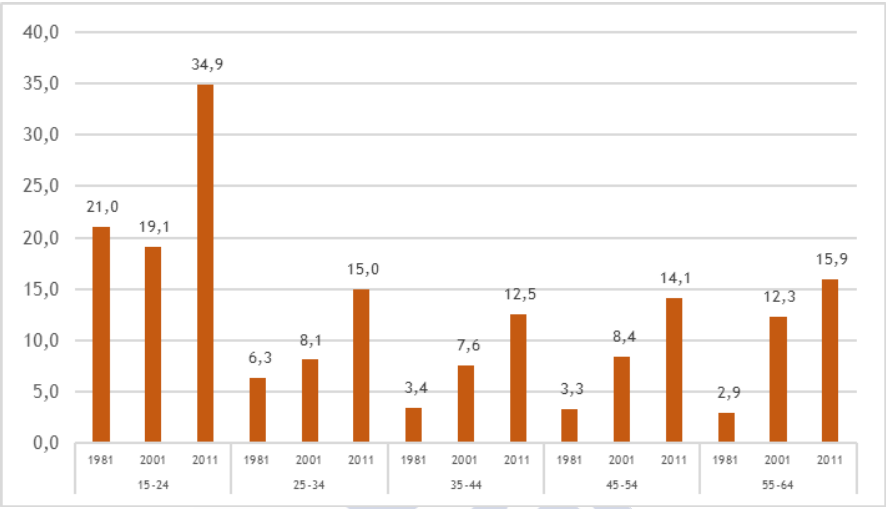
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 176- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Península de Setúbal.



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 177- Taxa de desemprego segundo os Censos por grupo etário (%), Município de Setúbal.



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.8.3 Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo

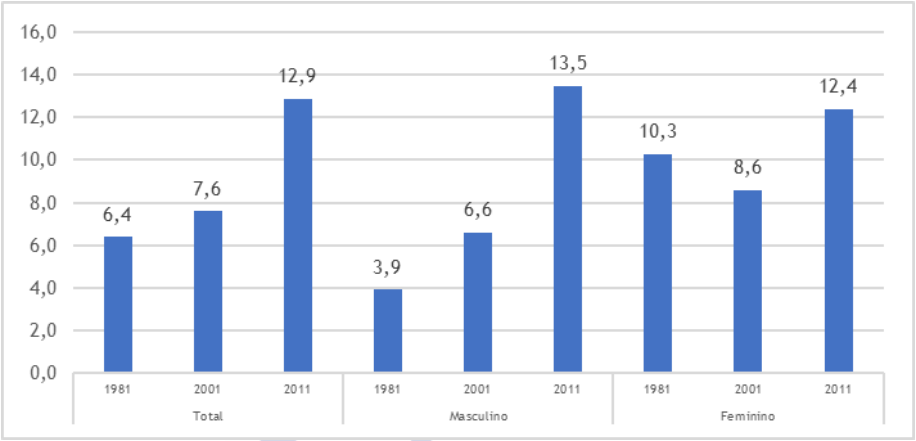
A Área Metropolitana de Lisboa apresenta ao nível dos Censos de 1981, 2001 e 2011 o sexo masculino com a maior taxa de desemprego, com um crescimento de 9,6% e o sexo feminino com um aumento de 2,1% (Gráfico 178).

A dinâmica do desemprego feminino difere do masculino, registando entre 1981 e 2001 uma redução e um aumento entre 1981 e 2011, existindo no masculino um aumento entre censos.

Em termos do desemprego por região, na Grande Lisboa o sexo masculino regista um aumento de 9,4% e o feminino 2,2% (Gráfico 179). A Península de Setúbal detém maiores variações no desemprego por sexo, existindo no masculino um aumento de 10,3% e no feminino uma redução de 2,1%.

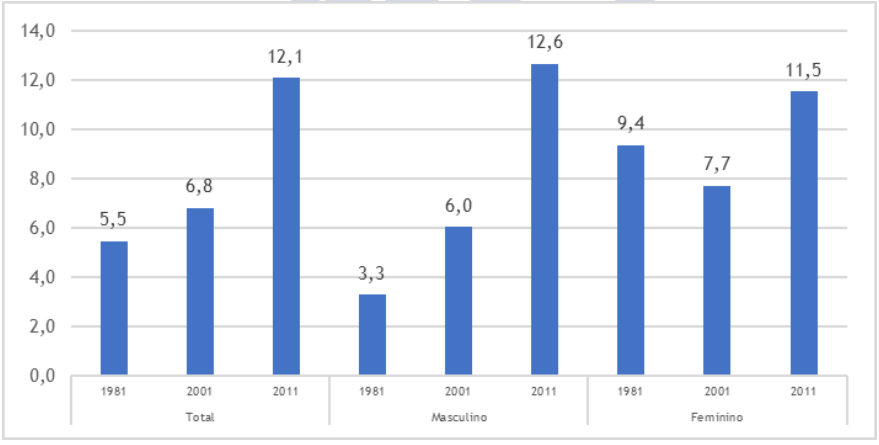
No Município é idêntica a dinâmica na região no que se refere ao aumento do desemprego do sexo masculino (10,7%) e um aumento do desemprego do sexo feminino de 1,2% (Gráfico 180, Gráfico 181).

Gráfico 178 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), AML.



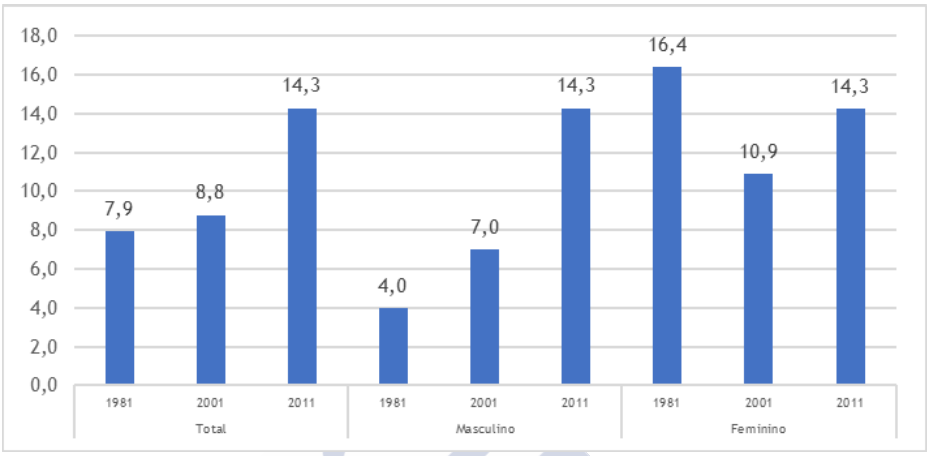
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 179 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Grande Lisboa.



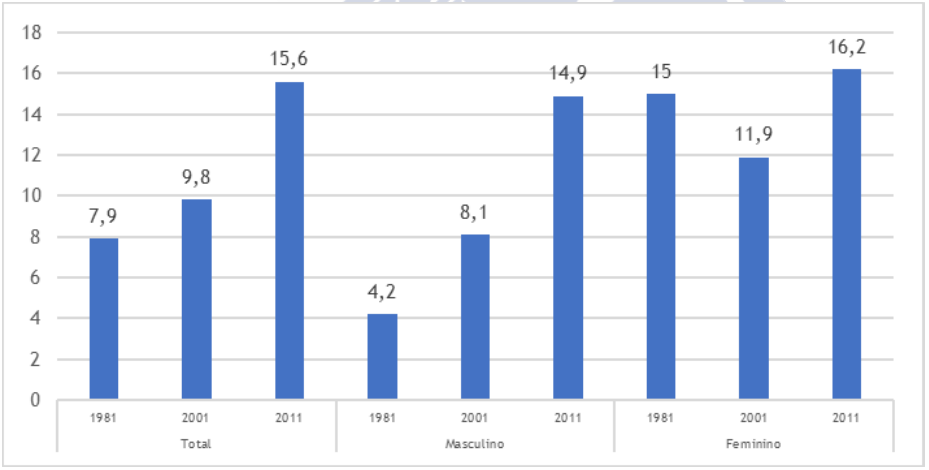
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 180 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Península de Setúbal.



Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 181 - Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%), Município de Setúbal.



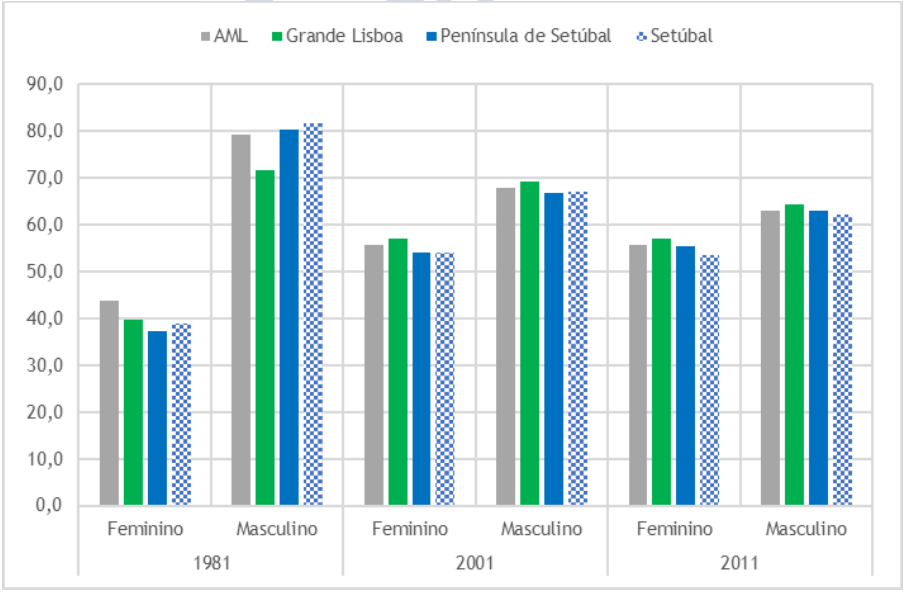
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.8.4 Taxa de atividade: total e por sexo

A taxa de atividade em 2011 apresentava na AML no sexo masculino o valor de 62,9% e 55,5% no feminino, registando-se entre 1981 e 2011 uma tendência de redução no sexo masculino e o aumento no feminino (Gráfico 182).

Ao nível das regiões é na Grande Lisboa que se regista maior taxa de atividade, mantendo-se o valor mais elevado no sexo masculino. O sexo feminino regista uma tendência para o aumento da taxa de atividade. O Município de setúbal à semelhança da região mantém um decréscimo da taxa de atividade do sexo masculino e o aumento no feminino.

Gráfico 182 - Taxa de atividade segundo os Censospor sexo (%), AML.



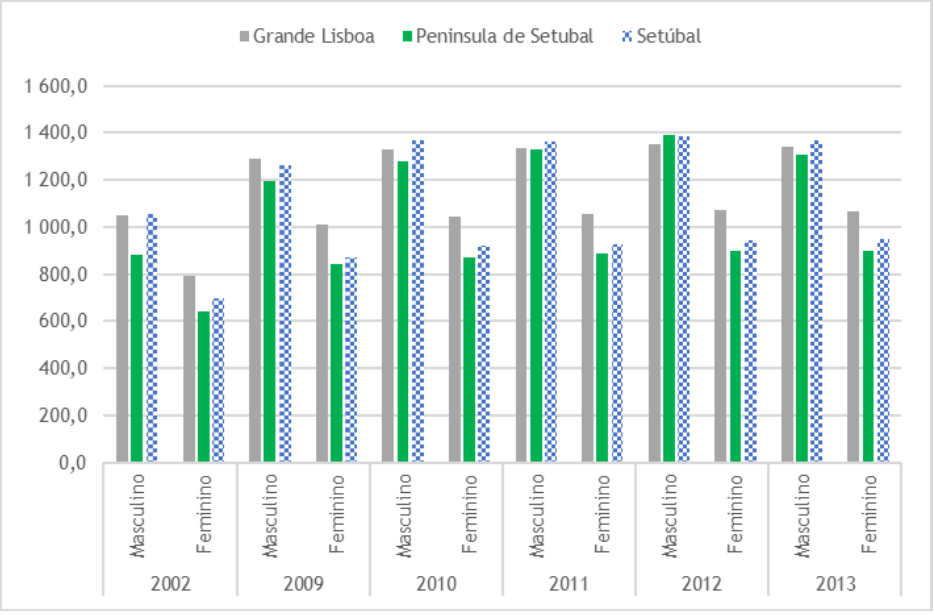
Fonte: Elaborado a partir de dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

5.8.5 Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo

O ganho médio mensal dos trabalhadores por contra de outrem na AML, apresenta em 2013 o sexo masculino com valores mais elevados (1.339€) e o sexo feminino 972€ (Gráfico 183).

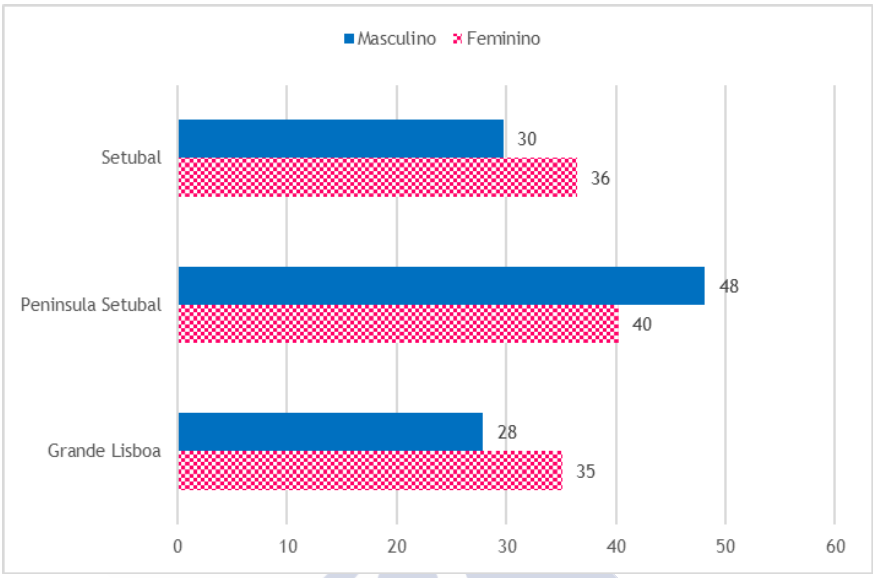
Em termos da evolução do ganho médio mensal, entre 2002 e 2013, o sexo feminino regista maior crescimento (37%) e o masculino 35%. Ao nível das regiões a Península de Setúbal apresenta maior aumento no sexo masculino (48%) e o feminino 40%. Na península de setúbal o sexo feminino é o que regista maior aumento (36%) e o masculino 30% (Gráfico 184).

Gráfico 183 – Evolução do ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrempor sexo. AML, 2002 e 2013.



Fonte: Elaborado a partir de dados: GEP/MTSSS (até 2009) | GEE/MEc (2010 a 2012) | GEP/MSESS, MTSSS (a partir de 2013) - Quadros de Pessoal.

Gráfico 184 – Variação do ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrempor sexo. AML, 2002 e 2013.



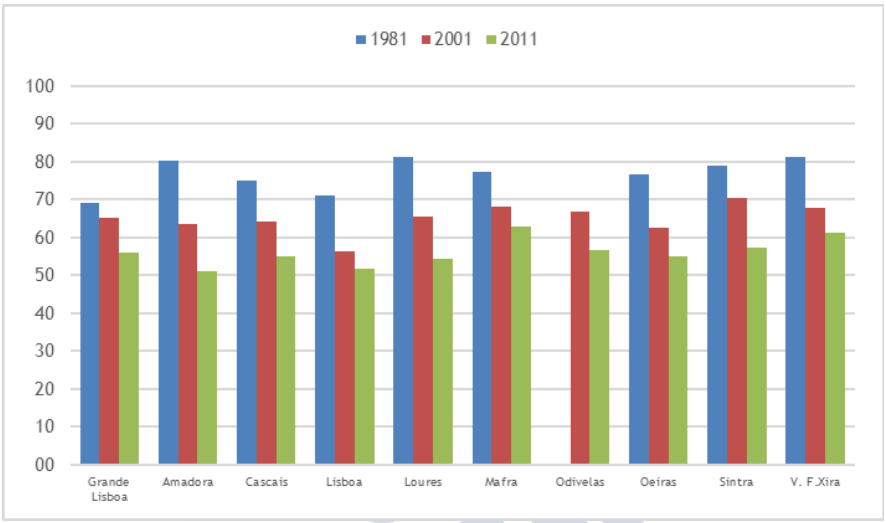
Fonte: Elaborado a partir de dados: GEP/MTSSS (até 2009) | GEE/MEc (2010 a 2012) | GEP/MSESS, MTSSS (a partir de 2013) - Quadros de Pessoal.

5.8.6 Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo

A variação da taxa de emprego por sexo na AML entere 1981 e 2011 apresenta um desvio negativo no sexo masculino de -21,6% e um aumento no sexo feminino de 9,3%. Em termos das regiões a maior queda do emprego masculino ocorre na Península de Setúbal (-23,2%) registando-se na Grande Lisboa um decréscimo de -12,9%. Em relação ao sexo feminino, o maior crescimento ocorre na Peninsula de Setúbal (16,3%).

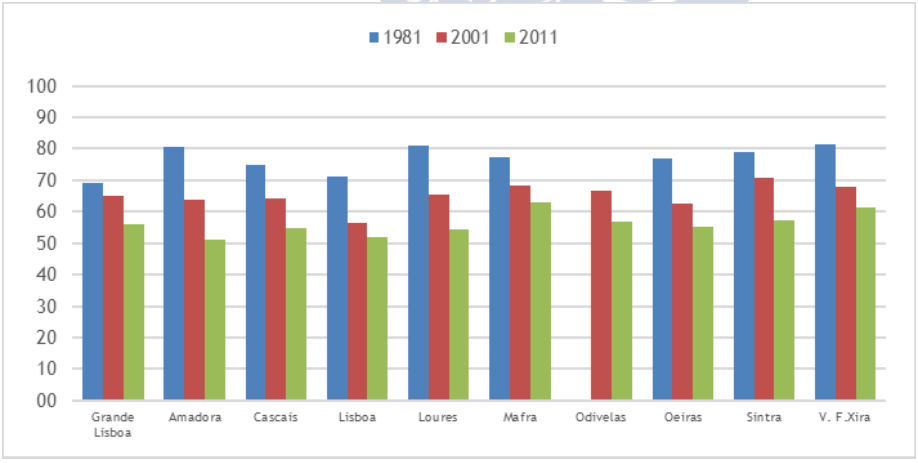
Em termos da análise por Munícipio (Gráfico 185, Gráfico 186, Gráfico 188, Gráfico 187) , na Grande Lisboa o sexo masculino tem maior queda na Amadora (-29,4%), sendo maior o aumento do emprego feminino no Municipio de Mafra (26,8%).Na Península de Setúbal o desemprego masculino tem maior redução no Municipio do Barreiro (-27,1%), registando-se ao nível do sexo feminino o maior aumento no Municipio de Sesimbra (26,9%).

Gráfico 185 – Taxa de emprego segundo os Censos: sexo masculino (%), Grande Lisboa.



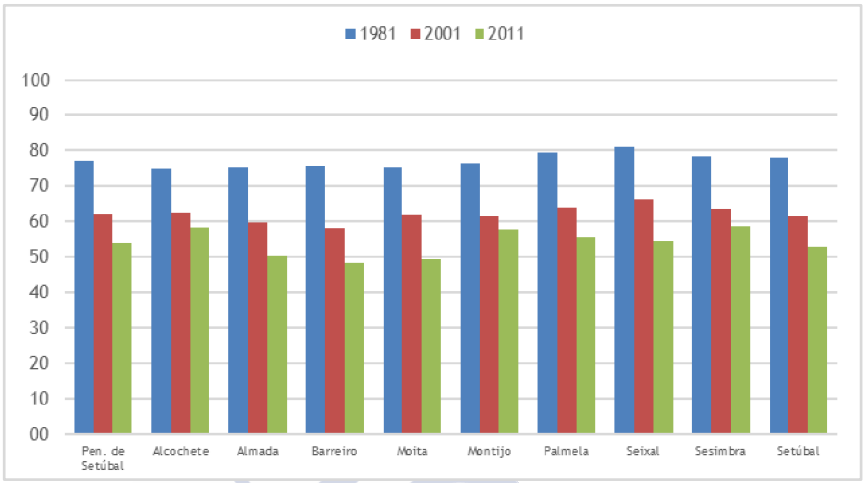
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 186 – Taxa de emprego segundo os Censos: sexo feminino. Grande Lisboa (%) AML.



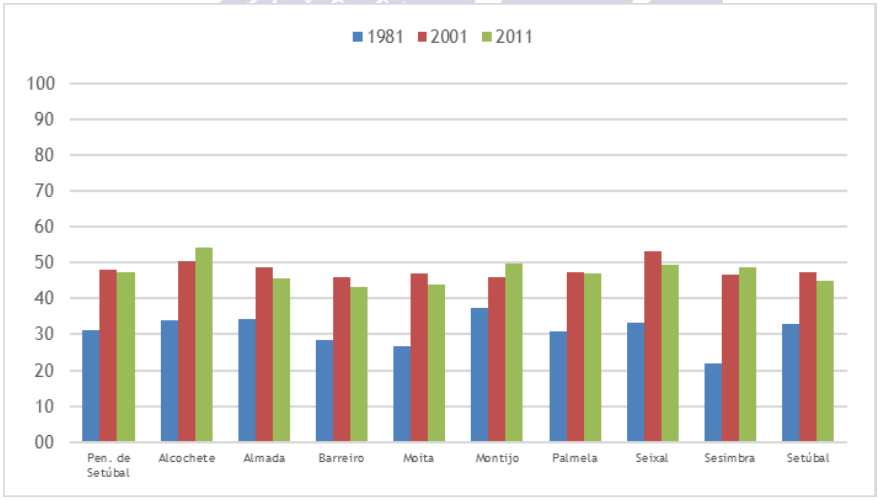
Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 187 – Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo masculino, Península Setúbal (%).



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

Gráfico 188 – Taxa de emprego segundo os Censos: total e por sexo feminino, Península Setúbal (%).



Fonte: Elaborado a partir de Dados: INE - X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Parte II –
Projeções demográficas e o Rácio do Cuidador

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

5.9 Introdução

A elaboração da presente seção corresponde à transcrição das hipóteses formuladas pelo INE, no relatório de 28 de março de 2014, no qual são elaboradas projeções de população residente para o período 2012-2060.

> "*A população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, em qualquer dos cenários de projeção. No cenário central a população diminui de 10,5 milhões de pessoas, em 2012, para 8,6 milhões de pessoas, em 2060. Para além do declínio populacional esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento Demográfico. Assim, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 de pessoas idosas por cada 100 jovens, no cenário central. Nesse mesmo período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passa de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 as pessoas idosas*". INE (2014, p.2).

5.10 Hipóteses de evolução das componentes demográficas

5.10.1 Fecundidade

De acordo com INE (2014, p. 4) é apresentado para Portugal, entre 2012 e 2060, em relação à componente fecundidade três hipóteses, considerando-se que a evolução da fecundidade a nível regional apresenta o pressuposto da convergência, no longo prazo, do comportamento face à fecundidade de cada uma das regiões NUTS II com o de Portugal (Tabela 66, Figura 13).

5.10.2 Mortalidade

Em relação à componente mortalidade foram consideradas duas hipóteses de evolução entre 2012 e 2060: Hipótese central – em que se admite a continuação das tendências recentes da mortalidade, com a esperança de vida à nascença a atingir em 2060, para Portugal, 84,21 anos para homens e 89,88 anos para mulheres; Hipótese otimista – nesta hipótese assume-se, face à hipótese central, um aumento mais

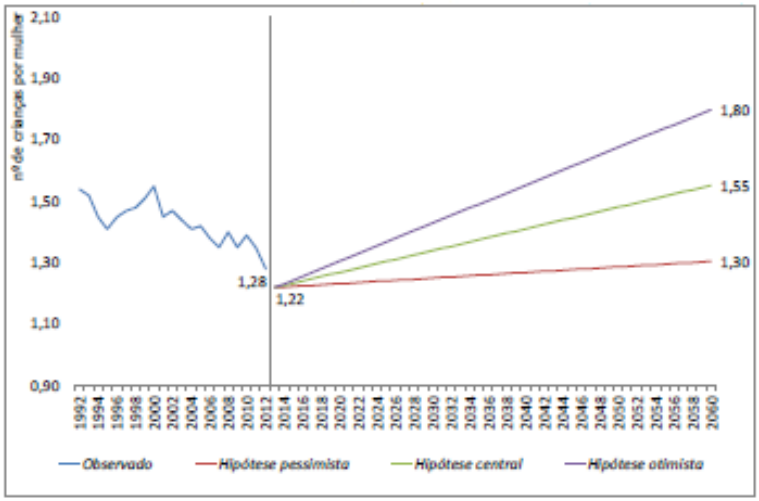
acentuado da esperança de vida à nascença, a atingir em 2060, para Portugal, 86,44 anos para homens e 92,15 anos para mulheres (Figura 14).

Tabela 66 – Projeção Hipóteses da componente fecundidade para Portugal (2012-2060)

Hipótese pessimista	Pressupõe a manutenção do índice sintético de fecundidade (ISF) próximo de 1,30 crianças por mulher (1,28 em 2012).
Hipótese otimista[105]	Pressupõe uma recuperação do ISF, atingindo 1,80 crianças por mulher em 2060.
Hipótese central	Pressupõe uma recuperação moderada dos níveis futuros de fecundidade, com o ISF a atingir em 2060 um valor central entre as duas hipóteses anteriores: 1,55 crianças por mulher.

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2.extraído a 03.06.18

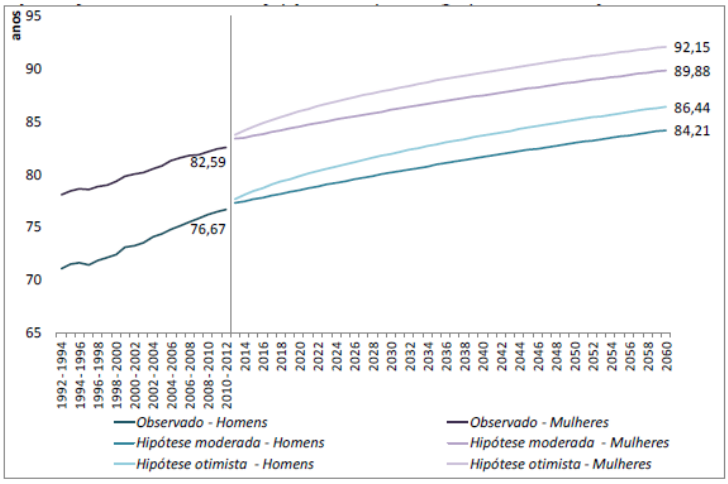
Figura 13 – Índice sintético de fecundidade, Portugal, 1992-2060 (observado e hipóteses).



Fonte: Elaborado a partir de INE (2014).

[105] Esta hipótese tem em consideração os resultados do Inquérito à Fecundidade, realizado pelo INE em 2013 (IFEC2013), segundo os quais a "fecundidade final esperada" (número médio de filhos já tidos e ainda esperados) das mulheres dos 18 aos 49 anos de idade residentes em Portugal apresentava este valor, permitindo sustentar algum otimismo na recuperação do ISF.

Figura 14 – Esperança de vida à nascença, Portugal, 1992-2060 (observado e hipóteses).



Fonte: Elaborado a partir de INE (2014).

5.10.3 Migrações Internacionais

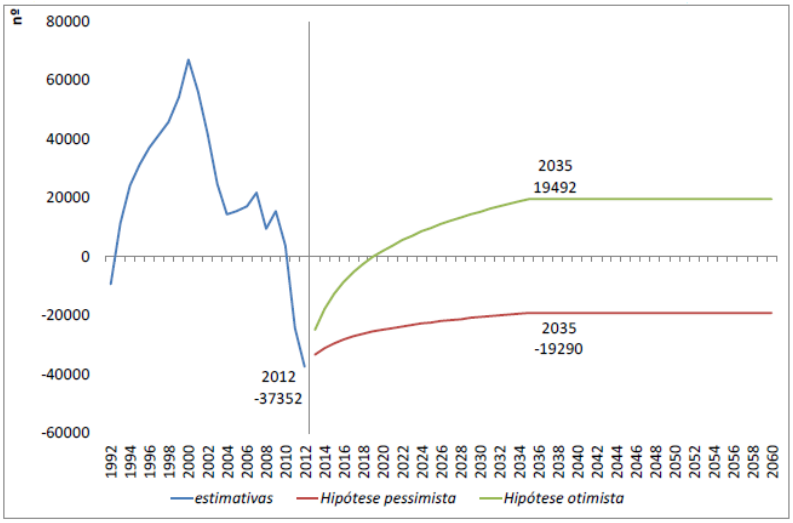
A componente migrações considera três hipóteses para Portugal, entre 2012 e 2060 (Tabela 67, Figura 15).

Tabela 67 – Projeção Hipóteses da componente fecundidade para Portugal (2012-2060).

Hipótese pessimista	É considerada a possibilidade de manutenção dos saldos migratórios internacionais anuais negativos em todo o período de projeção, partindo dos valores estimados para o ano base e a atingir em 2035 a média do triénio 2010-2012, anos em que se torna mais evidente o impacto da recente crise económica no aumento dos fluxos emigratórios, com passagem para saldos migratórios negativos;
Hipótese otimista	É considerada a possibilidade de recuperação dos saldos migratórios internacionais anuais para valores positivos em 2020, partindo dos valores negativos no ano base e a atingir em 2035 a média dos valores estimados entre 1991 e 2012, período mais alargado e em que se registaram diferentes evoluções para estes fluxos;
Hipótese sem migrações	É admitida a ausência de fluxos migratórios internacionais, o que apesar da sua improbabilidade permite avaliar a influência dos fluxos migratórios na dinâmica demográfica.

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2,extraído a 03.06.18

Figura 15 – Saldo migratório, Portugal, 1992-2060 (estimado e hipóteses).



Fonte: Elaborado a partir de INE (2014).

A conjugação de diferentes hipóteses relativas à evolução futura de cada componente demográfica conduziu à definição de quatro cenários de projeção da população (Tabela 68).

Tabela 68 – Cenários de projeção da população, Portugal (2012-2060).

Cenário baixo	Conjuga as hipóteses pessimista para a fecundidade, central para a mortalidade e pessimista para as migrações
Cenário central	Associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade e para a mortalidade e a otimista para as migrações;
Cenário alto	Combina as hipóteses de evolução otimista para a fecundidade, mortalidade e migrações; cenário sem migrações
Cenário sem migrações	Cenário idêntico ao cenário central, mas que contempla a possibilidade de não ocorrência de migrações.

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2,extraído a 03.06.18

5.10.4 Resultados da projeção

O declínio e envelhecimento populacional da Área Metropolitana de Lisboa

De acordo com os cenários de projeções do INE (Tabela 69) a população residente na Área Metropolitana de Lisboa tenderá a diminuir entre 2012 e 2060, em qualquer dos cenários considerados.

As projeções apresentam o declínio populacional sendo expectáveis alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento Demográfico na AML em qualquer dos cenários.

O envelhecimento populacional, que se mantém ao longo de todo o período de projeção, resulta da combinação do decréscimo da população jovem (pessoas com menos de 15 anos de idade) a par do aumento da população idosa (pessoas com 65 ou mais anos de idade): o decréscimo da população jovem é transversal em qualquer dos cenários (Tabela 70); o aumento da população idosa é, também, transversal em qualquer dos cenários selecionados (INE, 2014, p. 7).

Tabela 69- Cenários de projeção da população, segundo as hipóteses de evolução das componentes, Portugal e NUTII, 2012(último ano observado) e 2060 (último ano de projeção).

Lisboa NUTSII	Cenários de projeção	Índice Sintético de Fecundidade		Esperança de vida à nascença				Saldo migratório	
				2010-2012		2060		2012	2060
		2012	2060	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres		
		nº		anos				nº	
Lisboa	Baixo	1,51	1,40	76,50	82,50	83,7	89,6	-8 599	-5 142
	Central		1,66			73,7	89,6		7 670
	Alto		1,86			86,0	91,9		7 670
	Sem Migrações		1,66			83,7	89,6		

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=, extraído a 03.06.18

Tabela 70- Quadro síntese dos principais resultados, Portugal e NUTS II, 2012 (estimativa) e 2060 (projeção)

Cenários de projeção	População total		População 0-14 anos		População 15-64 anos	
	2012	2060	2012	2060	2012	2060
Baixo	2 818 388	1 909 196	448 181	208 023	1 823 009	958 677
Central		2 642 332		350 121		1 449 809
Alto		2 818 302		399 080		1 495 932
Sem Migrações		2 285 386		274 056		1 218 344

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=,extraído a 03.06.18

Tabela 71- Quadro síntese dos principais resultados, Portugal e NUTS II, 2012 (estimativa) e 2060 (projeção)

Cenários de projeção	População 65 e mais anos		Índice de envelhecimento	Índice de sustentabilidade potencial		
	2012	2060	2012	2060	2012	2060
Baixo	547 198	742 496	122	357	333	129
Central		842 402		341		172
Alto		923 290		231		162
Sem Migrações		792 986		289		154

Fonte: Elaborado a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=,exttaído a 03.06.18

Previsão da redução da população residente

De acordo com as previsões do INE (2014, pp. 6-7) no cenário central a AML perderá população até 2060, sendo previsível passar dos 2,8 milhões para 2,6 milhões de residentes, considerando-se que esta tendência de decréscimo populacional é observada em todos os cenários de projeção considerados.

Em relação ao índice de envelhecimento entre 2012 e 2060, prevê-se no cenário central, o aumento de 122 para 341 pessoas idosas por

cada 100 jovens, índice que poderá atingir 357 pessoas idosas por cada 100 jovens no cenário baixo (Tabela 71).

Salienta-se que mesmo nos cenários central e alto, em que se pressupõe a recuperação para saldos migratórios positivos, se verifica que estes não são suficientes para travar o ritmo de envelhecimento Demográfico. No entanto, a conjugação de saldos migratórios positivos e de níveis de fecundidade mais elevados, ainda que associados a uma esperança média de vida mais elevada, tal como preconizado no cenário alto, permitiria a atenuação do ritmo do envelhecimento Demográfico da população.

Diminuição da população jovem

Ao nível da população com menos de 15 anos de idade residente na AML é previsível uma diminuição, no cenário central entre 2012 e 2060, de 448 milhares para 350 milhares (Tabela 70). Esta tendência de decréscimo da população jovem observa-se em todos os cenários de projeção considerados, podendo oscilar, em 2060, entre os 208 milhares no cenário baixo e os 399 milhares no cenário alto.

Aumento da população idosa

Em termos da população com 65 ou mais anos de idade residente na AML, é previsível no cenário central o aumento de 547 milhares para 842 milhares. No cenário alto em 2060 as pessoas idosas poderão atingir os 923 milhares e 742 milhares no cenário baixo.

O acréscimo mais acentuado da população idosa ocorre no cenário alto e resulta de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário. Em qualquer dos cenários, a tendência de aumento da população idosa inverte-se na vizinhança de 2050, quando entrarem nesta faixa etária as gerações nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.

Diminuição e envelhecimento da população em idade ativa

De acordo com as projeções a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) residente na AML diminuirá de 1823 milhares para 1449 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Em 2060, esta população poderá situar-se entre 1 495 milhares no cenário alto e 958 milhares no cenário baixo. A redução mais acentuada da população em idade ativa ocorrerá na faixa etária dos 15 aos 39 anos, contribuindo assim para o envelhecimento Demográfico da própria população em idade ativa.

Diminuição do índice de Sustentabilidade Potencial

Tendo por base a previsão do decréscimo da população em idade ativa a par do aumento da população idosa, o índice de sustentabilidade potencial (i.e., do quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos) poderá diminuir de forma acentuada. Na AML, entre 2012 e 2060, este índice passará de 333 para 172 pessoas em idade ativa por cada 100 pessoas idosas, no cenário central, valor que pode reduzir-se até 129 pessoas em idade ativa por cada 100 pessoas idosas no cenário baixo.

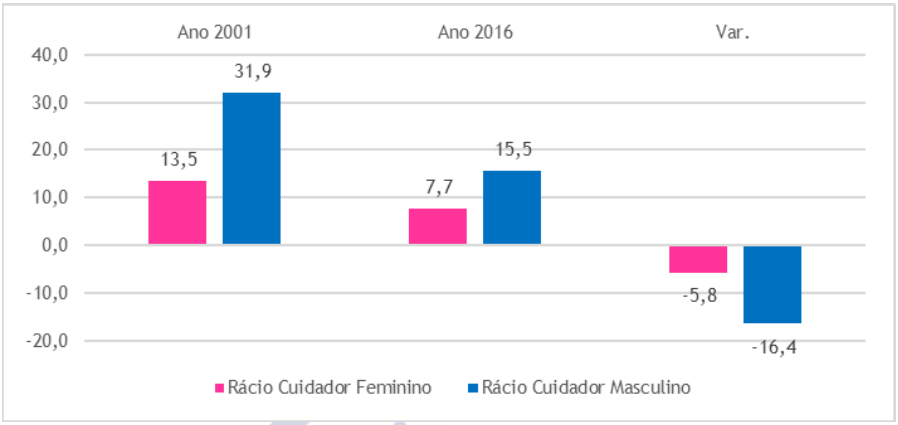
5.11 Rácio cuidador

O rácio de cuidador informais (relação entre a população do escalão etário 45-64 anos por cada pessoa com 80 e mais anos), define o nº potencial de cuidadores na família para apoiar nos cuidados de longa duração, sendo utilizado para fazer uma estimativa da disponibilidade de cuidadores informais nas próximas décadas.

Da análise comparativa entre 2001 e 2016, a Área Metropolitana de Lisboa (Gráfico 189), apresenta uma redução do rácio de cuidador (RCI) informais em ambos os sexos, registando-se maior desvio no sexo masculino (-16,4 indivíduos).

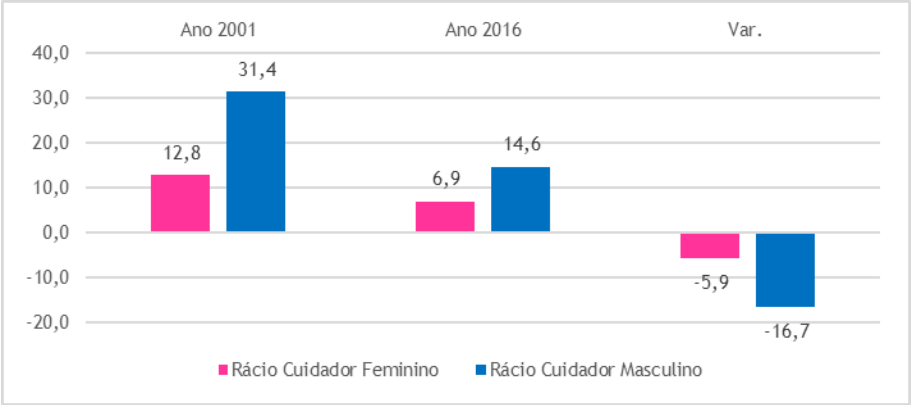
Em termos da evolução do RCI por região, o maior desvio é registado na Grande Lisboa, sexo feminino – 5,8 indivíduos e sexo masculino – 16,7 indivíduos, registando-se neste território os maiores desvios do RCI (Gráfico 190, Gráfico 191).

Gráfico 189 – Evolução do Rácio do Cuidador, AML (2001-2016).



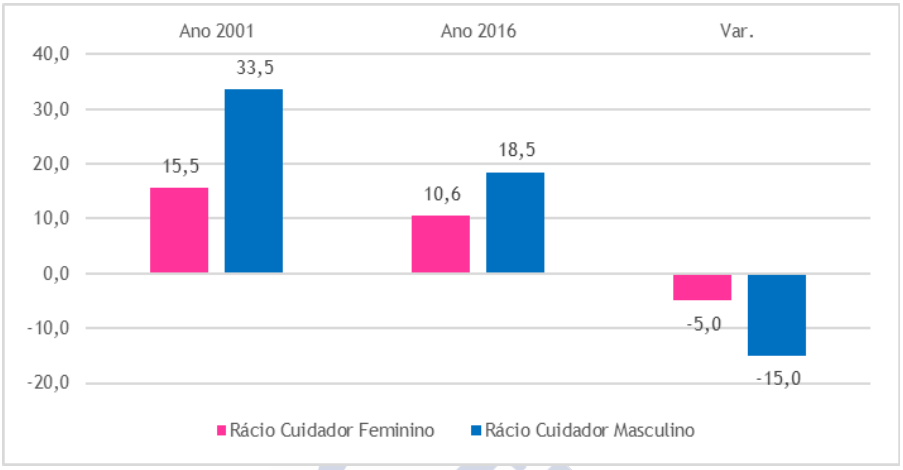
Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Gráfico 190 – Evolução do Rácio do Cuidador, Grande Lisboa (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

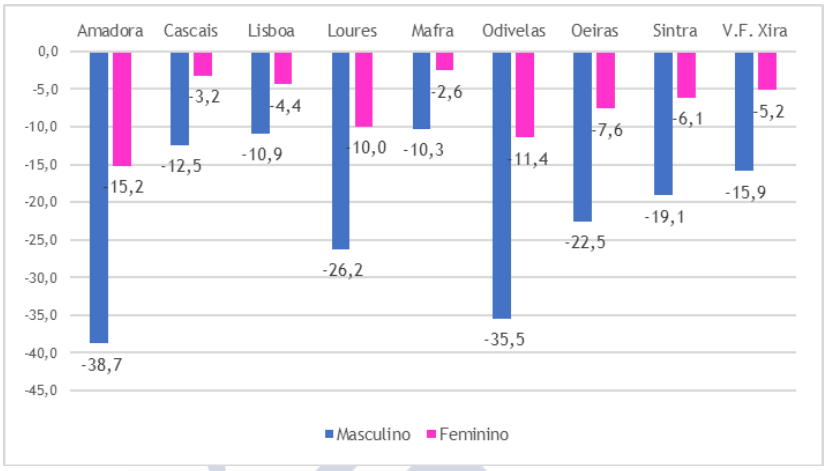
Gráfico 191 – Evolução do Rácio do Cuidador, Peninsula Setúbal (2001-2016).



Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

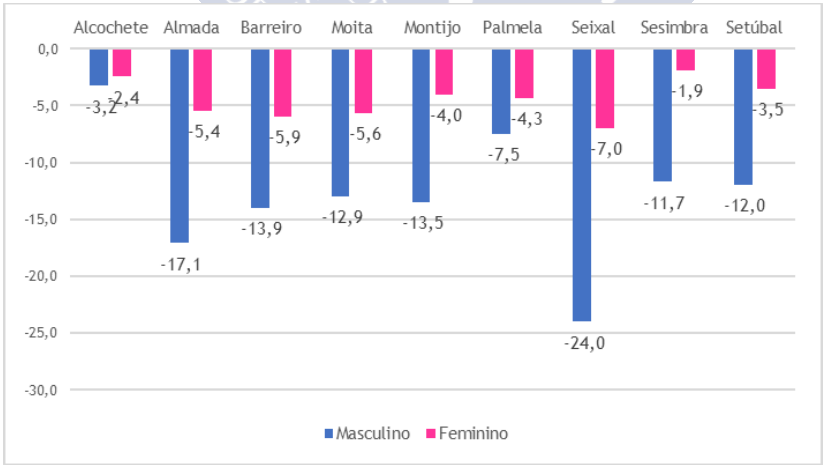
Ao nível evolução do RCI por Município, na Grande Lisboa o maior desvio negativo do sexo masculino e feminino é na Amadora. Mafra corresponde ao Município com menor variação de ambos os sexos (Gráfico 192).Na Península de Setúbal o Município do Seixal corresponde ao território com maior desvio negativo do RCI em ambos os sexos. O Município de Setúbal apresenta um desvio negativo RCI feminino de 3,5 indivíduos e masculino de -12,0 indivíduos (Gráfico 193).

Gráfico 192 – Análise comparativa do Rácio do Cuidador por Sexo, Grande Lisboa (2016).



Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Gráfico 193 – Análise comparativa do Rácio do Cuidador por Sexo, Península de Setúbal (2016).

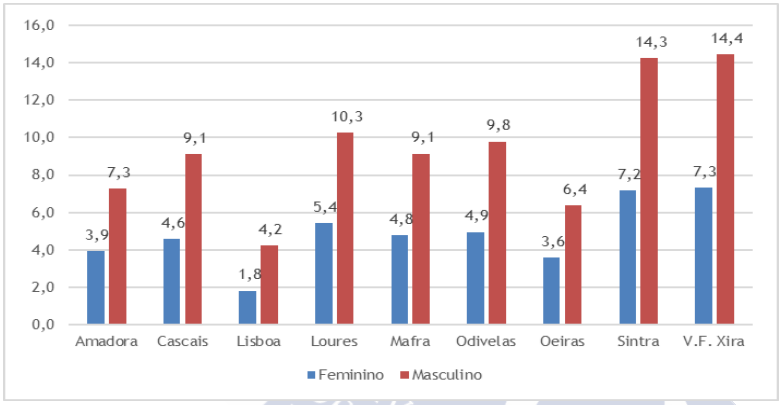


Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

5.12 Projeção do Rácio de Cuidador, ano 2060

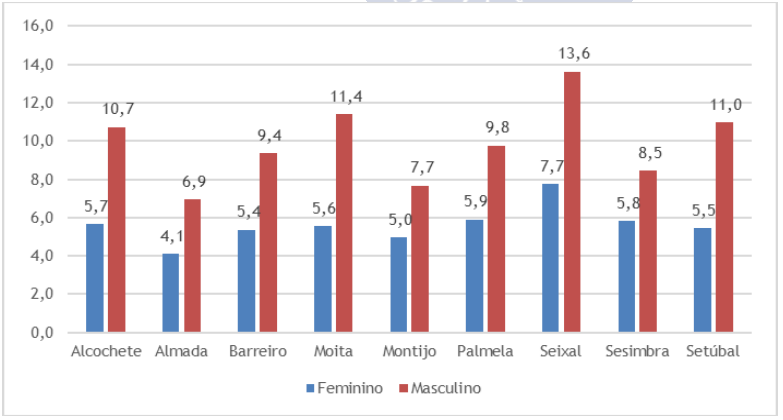
Para efeitos da projeção do Rácio de Cuidador em 2060 utilizou-se como fator de correção aos escalões 45-64 anos e 85 e mais anos, a percentagem variação dos cenários de projeção do INE (2014), correspondendo uma redução de 79,5% no escalão 45-64 anos e um aumento da população com 85 e mais anos de 153,9% (Gráfico 194, Gráfico 195, Gráfico 196, Gráfico 197)

Gráfico 194 – Projeção Rácio do Cuidador, Grande Lisboa (2060).



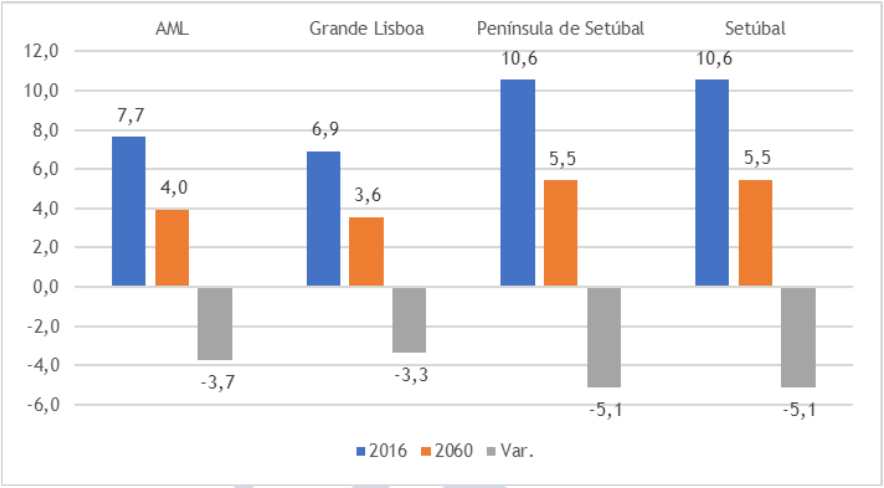
Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Gráfico 195 – Projeção Rácio do Cuidador, Península de Setúbal, 2060.



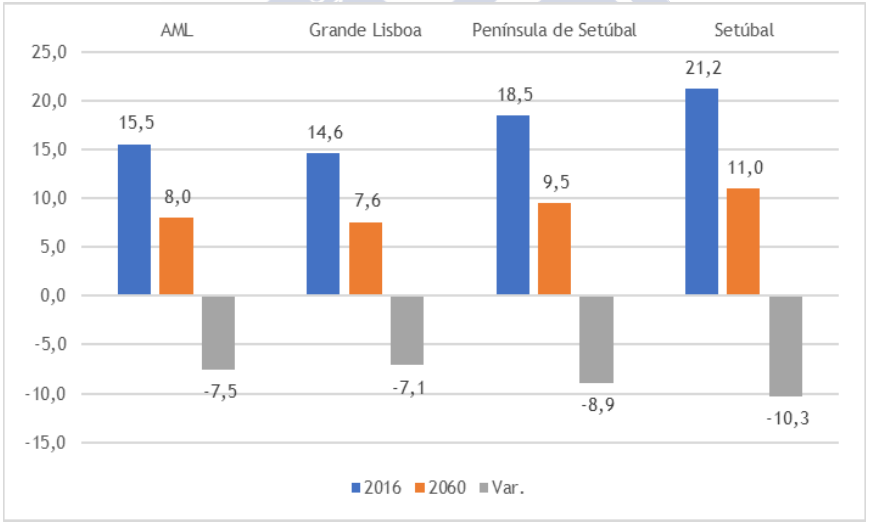
Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Gráfico 196 – Projeção Rácio do Cuidador, sexo feminino (2016-2060).



Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

Gráfico 197 – Projeção Rácio do Cuidador, sexo masculino (2016-2060).



Fonte: Elaborado a partir de População residente do sexo masculino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA