

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Sociologia

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

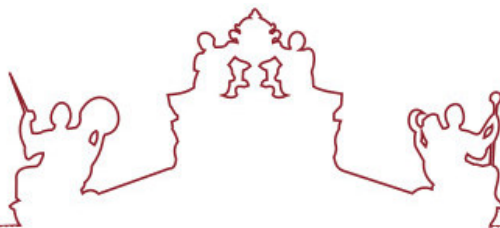
**Envelhecimento demográfico em Portugal: seremos
suficientes para cuidar dos idosos do futuro?**

Mónica Borralho

Orientador(es) | Filipe José Ribeiro

Lídia Patrícia Tomé

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Sociologia

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

**Envelhecimento demográfico em Portugal: seremos
suficientes para cuidar dos idosos do futuro?**

Mónica Borralho

Orientador(es) | Filipe José Ribeiro

Lídia Patrícia Tomé

Évora 2024



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Rosalina Pisco Costa (Universidade de Évora)

Vogais | Lídia Patrícia Tomé (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria Filomena Mendes (Universidade de Évora) (Arguente)

Índice

<i>Índice de Figuras</i>	3
<i>Resumo</i>	6
<i>Abstract</i>	7
<i>Capítulo I: O ENVELHECIMENTO COMO PROBLEMA SOCIOLÓGICO</i>	8
<i>Capítulo II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	13
2.1. As dinâmicas demográficas: os pilares do envelhecimento	15
2.2. Teorização do Envelhecimento	22
2.3. Envelhecimento: o desafio português das próximas gerações.....	24
2.3.1. Estado de Bem-Estar e alterações demográficas.....	25
2.3.2. Cuidadores Formais e Informais	28
<i>Capítulo III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</i>	37
3.1. Projeções Populacionais	38
3.1.1. Projeções por coortes e componentes.....	39
3.1.2. Projeções derivadas	40
3.1.3. Projeções de agregados familiares e famílias.....	41
3.1.4. Medidas de fecundidade, migração e mortalidade	41
3.2. Construção de Cenários	42
3.3. Observações Éticas	45
<i>Capítulo IV: DINÂMICAS DEMOGRÁFICAS EM PORTUGAL</i>	46
4.1. O caso português	46
4.1.1. Crescimento e envelhecimento populacional.....	47

4.1.2.	Divergência ou convergência regional?	50
4.1.3.	Portugal no contexto europeu.....	54
4.2.	População (in)dependente.....	65
4.2.1.	População institucionalizada	65
4.2.2.	Projeções demográficas e (in)sustentabilidade “informal”	72
<i>CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>		79
5.1.	Discussão de resultados	79
5.2.	Conclusões.....	84
<i>Referências bibliográficas</i>		87
Anexo I: Constituição das NUTS I, II e III (2013) Portugal		93

Índice de Tabelas

Tabela 1: Índice Harmonizado dos Preços ao Consumidor nos anos 2021-2024	9
Tabela 2: População Residente em Portugal por Grupos Etários (1961-2021).....	48
Tabela 3: População residente total em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021).....	54
Tabela 4: População 0-14 em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 - 2021)	55
Tabela 5: População 15-64 em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021).....	55
Tabela 6: População 65+ em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021)	56
Tabela 7: Projeções da população do sexo feminino (2021-2041).....	69
Tabela 8: Projeções da população do sexo masculino (2021-2041).....	69
Tabela 9: Dimensão média do agregado familiar consoante o representante.....	71
Tabela 10: População por grupos de idade observado em 2021 e projetado para 2031 e 2041	76

Índice de Figuras

Figura 1: Direções dos cuidados informais	31
Figura 2: População Total em Portugal (1961-2021)	47
Figura 3: Índice de Envelhecimento em Portugal (1961-2021)	49
Figura 4: Rácio de Dependência de Jovens e Rácio de Dependência de Idosos em Portugal (1961-2021)	50
Figura 5: População residente por Local de residência (2021)	51
Figura 6: Saldo Natural e Migratório em Portugal, NUTS II (2011-2021).....	52
Figura 7: Índice de Envelhecimento NUTS II (2021)	53
Figura 8: Rácio de Dependência de Jovens NUTS II (2021)	53
Figura 9: Rácio de Dependência de Idosos NUTS II (2021).....	54
Figura 10: Longevidade, fecundidade e estrutura populacional em Portugal	62
Figura 11: Cenários de longevidade e fecundidade	64
Figura 12: População com 65+ anos	66
Figura 13: População institucionalizada com 65+ anos	67

Figura 14: População institucionalizada com 65+ anos, por local de residência	67
Figura 15: População institucionalizada com 65+ anos	70
Figura 16: População projetada (cenário central).....	73
Figura 17: Idade Média à Fecundidade em Portugal.....	75
Figura 18: População idosa (65+ anos) observada e projetada para Portugal.....	77
Figura 19: Esperança de vida à nascença (e_0) e anos de vida saudável (HLY + 65) esperados aos 65 anos.....	77

Agradecimentos

Eis uma carta aberta a todas as pessoas que contribuíram para que hoje pudesse estar aqui.

Professora Lídia e Professor Filipe, quero agradecer-vos por me terem convidado nesta aventura, quando pensei na dissertação, pensei num tema completamente diferente. No entanto, não podia deixar de aceitar um desafio na área da demografia. Vocês são professores incríveis, o professor que transmite a sua paixão no que faz e a professora que agita o mundo dos alunos por aí fora, principalmente o meu. Obrigada a vocês, por toda a ajuda, paciência e compreensão, mas principalmente por me desafiarem a sair da minha zona de conforto. Foi um orgulho ter realizado este trabalho ao vosso lado.

Ricardo, obrigada por toda a motivação, por teres estado ao meu lado na última fase deste percurso. Quando entrei no ano de 2024, prometi a mim mesma que este seria o ano em que terminaria o meu mestrado e muito se deveu a ti. Obrigada por me fazeres querer ser melhor todos os dias, mais responsável, mais adulta. Puxaste-me e eu levantei-me. Obrigada a ti por estares sempre ao meu lado, todos os dias.

Aos meus irmãos, o meu irmão que esteve lá, do início ao fim de todo o meu percurso académico. E a minha irmãzinha, que mesmo sem saber, dá-me força todos os dias para continuar. Aos meus irmãos porque quero que olhem para mim e vejam um exemplo de persistência, resiliência, empenho e que tenham orgulho. Porque ser irmã mais velha tem certamente os seus desafios.

Mãe, obrigada, por toda a ajuda no meu último ano. Nem sempre tivemos na mesma página, mas não posso deixar de reconhecer a tua mudança e em como isso teve um impacto bastante positivo este ano na minha pessoa.

A todos os meus amigos, que me deram apoio emocional e me motivaram a continuar.

Quando penso no mestrado, no meu curso, é a estas pessoas que agradeço o meu sucesso e com quem quero partilhar esta vitória. Que esta dissertação seja para sempre a prova viva do que eu consigo alcançar.

Resumo

Envelhecimento demográfico em Portugal: seremos suficientes para cuidar dos idosos do futuro?

Temos assistido a um aumento da longevidade e isto resulta num envelhecimento acentuado nos países desenvolvidos e Portugal não é exceção.

O objetivo principal deste trabalho é avaliar o impacto da não renovação gerações no número de cuidadores informais e formais em Portugal baseado em projeções populacionais. A verdade é que se tem verificado que a estrutura populacional tem tido uma evolução sempre no mesmo caminho, isto é, mortalidade e natalidade baixa, logo, menos indivíduos na população jovem e ativa e mais indivíduos com idades acima dos 65 (aumento da esperança de vida) resultando assim, desde os últimos anos, num envelhecimento populacional que se prevê manter durante os próximos 20. Aliado a este envelhecimento, prevê-se também um aumento no número de pessoas que não se encontrarão institucionalizadas, logo é importante estimar o número de potenciais cuidadores informais.

Este estudo irá, assim, alertar para a necessidade de desenvolvimento de soluções que previnam um agravamento desta situação através da quantificação resultante da criação de um cenário demográfico evolutivo que sustente as mesmas.

Palavras-Chave

Cuidadores; envelhecimento; projeções populacionais; sustentabilidade demográfica

Abstract

Demographic aging in Portugal: will we be enough to care for the elderly of the future?

We have seen an increase in longevity, and this results in accentuated aging in developed countries and Portugal is no exception. Aging is an inevitable situation, impossible to control its pace and even its occurrence. This scenario will not change, and this will influence market dynamics, such as the availability of human resources such as formal and informal caregivers for the elderly.

The main objective of this work is to evaluate the impact of non-renewal generations on the number of informal and formal caregivers in Portugal based on population projections. The truth is that it has been verified that the population structure has always evolved along the same path, that is, low mortality and birth rates, therefore, fewer individuals in the young and active population and more individuals aged over 65 (increasing life expectancy) thus resulting, since the last years, in population aging that will remain a reality for the next 20, 40, 60 years.

This study will thus highlight the need to develop solutions to prevent a worsening of this situation by providing quantification based on the creation of an evolving demographic scenario to support them.

Key-Words: Caregivers; aging; population projections; demographic sustainability.

Capítulo I: O ENVELHECIMENTO COMO PROBLEMA SOCIOLÓGICO

O tema do presente trabalho baseia-se no envelhecimento demográfico e no impacto que tem no número de cuidadores formais e informais em Portugal. Isto porque, com o aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, do número de pessoas com idades mais avançadas e com a sobrecarga dos serviços de saúde, tem-se sentido a necessidade de recorrer muitas vezes aos cuidados informais uma vez que os cuidados formais muitas vezes se revelam insuficientes ou demasiado dispendiosos.

Rosa (2012) afirma que o envelhecimento ainda que seja um problema demográfico é também um problema social pois é na sociedade e na forma como percebemos os problemas, como utilizamos os nossos recursos humanos que vamos encontrar a solução pois um único tema afeta todas as dimensões do quotidiano de cada um.

“O mundo que nos espera, certamente com muito mais pessoas idosas, conseguirá ser produtivo, e feliz, se o pensarmos de novo, e com todos os intervenientes envolvidos, que são os indivíduos enquanto tal, independentemente do seu sexo, idade ou nacionalidade. O que apenas depende da capacidade de os homens, face ao envelhecimento demográfico, criarem uma sociedade mais inteligente”

Rosa (2012, pp.83-84)

Ao estudarmos a população no sentido lato do conceito, permite uma melhor compreensão dos fenómenos a serem estudados, é o caso da influência dos papéis sociais e analisar a razão pela qual existem mais mulheres do que homens enquanto cuidadores informais (Tur-Sinai *et al.*, 2020). Ao longo do trabalho é estabelecida uma ponte de ligação entre as diferentes áreas da sociologia e da demografia, ciências que surgem como complementares relativamente ao problema em análise. Considerando, de forma mais focada, a área da sociologia da saúde, esta destaca-se na análise da qualidade de vida, as conseqüências físicas e mentais dos cuidadores informais e formais, as dinâmicas das profissões e, até mesmo, as desigualdades sociais na área da saúde. Já a sociologia económica traz contributos para a investigação, na medida em que Portugal é conhecido como um país com medidas natalistas, de forma a aumentar os níveis de natalidade exatamente por estarmos num país envelhecido (Cunha, 2013), tendo sido solicitado pelo partido político PSD a elaboração de um relatório de medidas de políticas públicas para

aumentar os índices de fecundidade (Wall e Correia, 2014) cujos resultados iremos ver no capítulo 1.3.

Ainda assim, estes apoios do Estado não são por si só suficientes para fazer com que as pessoas tenham mais filhos. Atualmente, mesmo que um indivíduo receba o salário mínimo (760€ em 2023 para 820€ em 2024) e se sinta totalmente estável para ter um filho, o custo de vida está elevado, principalmente desde que a guerra entre a Ucrânia e Rússia serviu de justificação para o aumento exponencial dos preços de vários bens e serviços. A plataforma EUROSTAT dá-nos os valores em relação ao Índice dos Preços ao Consumidor (IPC). O IPC mede o preço médio dos bens e serviços e o peso nos consumidores. O Índice Harmonizado dos Preços ao Consumidor (HIPC) mede o mesmo com a diferença de que inclui os não residentes. Podemos verificar que a inflação tem tido a tendência para aumentar, especialmente no ano em que se iniciou a guerra Ucrânia-Rússia e mais ainda no ano seguinte.

Tabela 1: Índice Harmonizado dos Preços ao Consumidor nos anos 2021-2024

MÊS/ANO	JAN/21	FEV/22	MAR/22	FEV/23	JAN/24	FEV/24
HIPC	0,2	4,4	5,5	8,6	2,5	2,3

Fonte: Elaboração própria, EUROSTAT, 2024.

Posto isto, a presente dissertação vai ser constituída por um primeiro capítulo intitulado de “enquadramento teórico” em que faremos uma análise sobre os vários fenómenos demográficos: migrações, mortalidade e fecundidade. Adicionalmente, discute-se ainda a sua contribuição para o envelhecimento.

Em primeiro lugar, Bandeira *et al.* (2014) definem o envelhecimento demográfico como uma balança em que as gerações mais velhas pesam mais do que as gerações mais jovens, sendo que estas últimas trazem consigo também uma diminuição como iremos ver no capítulo I. Ora, o envelhecimento na base da pirâmide em conjunto com o envelhecimento no topo resultará então num envelhecimento generalizado do país. Por outro lado, uma maior esperança de vida poderá trazer consigo mais oportunidades para alterarmos comportamentos, adiar objetivos/fases da vida, por exemplo, mais investimentos na educação, adiamento da compra de casa, menos filhos (Bandeira *et al.*, 2014).

Esta mudança demográfica implica que as organizações necessitem desenvolver estratégias que vão ao encontro das necessidades e desejos dos cidadãos e os fatores demográficos têm influenciado inclusive a própria gestão dos recursos humanos. Pfeffer's (1985) define a demografia da organização tendo por base o tempo de serviço como algo que influencia a performance, a adaptação, o poder, entre outros. Uma das preocupações dos recursos humanos é motivar os empregados de forma a mantê-los na organização (Newstrom, 2007) e a propósito desta motivação vêm Graves e Powell (1995) falar do estereótipo em relação à idade: empregados mais velhos têm menos motivação para trabalhar do que os empregados mais novos, tal como têm menos capacidade de se adaptarem ao novo conhecimento que vai sendo produzido (Fritzsche, DeRouin e Salas, 2009). Rosa (1993) afirma que o envelhecimento demográfico tem sido um cenário a nível mundial e Portugal não é exceção. Portugal tem sofrido uma redução do grupo de pessoas com menos de 20 anos e um aumento do grupo de pessoas com mais de 25 anos, e um aumento ainda maior do grupo de pessoas com mais de 65 anos (Sousa, 2009). Novamente, face a este panorama, estamos perante a impossibilidade de repor as gerações o que traz consequências, nomeadamente a nível de cuidados destas pessoas (Barreto, 2017; Nossa, 2014) e a nível de recursos humanos, pois obriga a que as pessoas tenham de trabalhar até mais tarde, ainda que possam ter alguma debilidade (Cave, Bubola e Sang-Hun, 2021).

Com a pandemia COVID-19, decretada pela OMS em março de 2020, foi possível não só vermos a importância dos cuidados informais como também alertar para a necessidade em apoiar as pessoas que identificávamos como estando “na linha da frente” (Tur-Sinai *et al.*, 2020), e ainda confrontarmo-nos com a decadência dos sistemas de saúde (Cordeiro, 2020). Assim sendo, nutriu-se a necessidade de estudar o envelhecimento demográfico pois para além de uma componente demográfica, tem também uma componente social que pode ser enquadrada no âmbito da sociologia. O envelhecimento explica-se também por uma componente social na medida em que as causas são, em boa parte, sociais, ou seja, a melhoria das condições de higiene, melhorias na alimentação, novos tipos de conjugalidade, o crescimento urbano (Bandeira *et al.*, 2014) e, em simultâneo, a pobreza. Cave, Bubola e Sang-Hun (2021) dão os exemplos de vários países como a Itália, China, Coreia do Sul e Alemanha, sendo que apesar das suas diferenças geográficas, políticas e sociais, todos têm algo em comum: a estagnação da população. Em todos eles, há maternidades a fechar, regiões sem população, dificuldade em

preencher as vagas na universidade, creches transformam-se em lares, professores tornam-se cuidadores.

Com a grande pressão na saúde das pessoas de idades mais avançadas, estimar o número de cuidadores informais em sociedades envelhecidas é importante para a criação de medidas e políticas públicas que permitam responder às necessidades quer dos cuidadores quer dos idosos. (Tur-Sinai, *et al.* 2020). Segundo Bandeira *et al.* (2014), as famílias, além de terem menos filhos, vivem frequentemente longe e sem condições de ter os idosos na sua própria casa e isto explica uma parte do porquê de as pessoas institucionalizadas estarem a aumentar.

Segundo um estudo de Tur-Sinai *et al.*, 2020, as pessoas que cuidam sem uma remuneração associada, os chamados cuidadores informais, constituem um grupo significativamente maior do que aquelas que cuidam em termos profissionais com uma remuneração. Assim, é necessário também nos preocuparmos com os cuidadores informais, principalmente porque 13% destes têm acima dos 50 anos em Portugal, sendo que há mais mulheres (entre 11.49% a 16.81%) que homens (entre 10.79% a 11.75%) (Tur-Sinai *et al.*, 2020). Isto é preocupante, na medida em que, se as tendências se mantiverem, teremos pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas, quer formal quer informalmente. Assim sendo, seremos suficientes para cuidar dos idosos no futuro?

Este projeto tem como principal objetivo avaliar o impacto sociodemográfico da não renovação de gerações no número de cuidadores formais e informais em Portugal. De forma a conseguirmos responder a isto, é necessário proceder a uma caracterização demográfica da população portuguesa em termos de idade, sexo e NUTS II de residência, numa perspetiva longitudinal, elaborar cenários de projeção demográfica referentes à evolução dos padrões de mortalidade e fecundidade, para os próximos 50 anos, ou seja, até 2071. Pretendemos ainda projetar, para o mesmo intervalo, a dimensão média dos agregados familiares e do número de idosos institucionalizados, caracterizar os cuidadores (formais e informais) enquanto recurso humano, avaliar, com recurso à elaboração de projeções derivadas, a eventual correspondência entre o número de vagas em instituições de acolhimento e as necessidades futura, analisar o futuro da sustentabilidade demográfica em Portugal e, por fim, potenciar, se possível, a reflexão sobre a necessidade social e demográfica da redefinição dos ciclos de vida.

De seguida teremos um capítulo alusivo ao enquadramento teórico e outro referente aos procedimentos metodológicos. Teremos também o capítulo dos resultados seguindo

um capítulo relativo à discussão dos resultados. Por fim, apresentamos o último capítulo com alguns pontos chave da investigação.

Capítulo II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo encontramos uma contextualização histórica do envelhecimento e dos fatores que contribuem para o mesmo, nomeadamente a mortalidade, fecundidade e fluxos migratórios. De seguida, teremos a aplicação destes fenómenos demográficos no contexto português.

Como referido anteriormente, ainda que a investigação presente tenha uma abordagem mais acentuadamente demográfica, é fulcral fazer-se uma pequena contextualização no âmbito da sociologia. Para isso, importa definir o objeto de estudo da demografia e da sociologia e compreender como se relacionam. Ora, por um lado, temos a demografia que surgiu como ciência no século XVIII quando Archille Guillard se interessou pelos problemas na população enquanto objeto que define então como “(...) a história natural e social da espécie humana; em sentido restrito, abrange o conhecimento matemático das populações, dos seus movimentos gerais, do seu estado físico, intelectual e moral.”. No século XX, os problemas simples na população deram lugar a temáticas mais segmentadas como a mortalidade, natalidade e as projeções demográficas, mas nunca dissociadas (Nazareth, 1993).

Áreas como a Medicina, Política, Economia, História e Sociologia vieram alargar o campo de atuação da demografia (Nazareth, 1993). A sociologia, enquanto ciência, segundo Bauman (2010) foca-se nas ações dos indivíduos no presente, ao contrário de, por exemplo, História, que tem por base as ações dos indivíduos no passado, ou a Política que se refere a ações de poder. A sociologia foca-se ainda nas consequências das ações para os próprios atores e tem por base o indivíduo inserido no meio (Bauman, 2010). Com isto conseguimos perceber o porquê de a demografia e a sociologia neste trabalho complementarem-se. Ora, com a demografia vamos então estudar os fenómenos da natalidade, mortalidade e movimentos migratórios, e com a sociologia vamos compreender a razão desses fenómenos e as consequências, por exemplo, porque as mulheres têm cada vez menos filhos? Que impacto essa decisão tem nas famílias e no país? Ou, porque temos taxas cada vez mais baixas de mortalidade? Quais as vantagens e desvantagens? Em suma, a demografia contribui para a construção do mundo como o conhecemos, é esta a área que está na base da criação de políticas públicas, que vai impactar na saúde, na educação, na economia, entre outras. De seguida, vamos também aprender onde surgiu o envelhecimento enquanto interesse científico.

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena no ano de 1982 foi a primeira manifestação da preocupação sobre os riscos relativos ao bem-estar da humanidade (Barreto, 2017), e ao longo dos anos têm surgido várias teorias para poder explicar e demonstrar as razões e o modo como o envelhecimento ocorre e se experiencia. Segundo Hoffmann e Nachtmann (2010), a velhice é uma etapa da vida dos indivíduos que pode durar até 40 anos do ciclo de vida. Em termos sociológicos, é necessário termos em conta que a percepção em torno dos idosos mudou. Em tempos, os idosos eram idolatrados, protegidos, como que um arquivo vivo onde os mais novos iam buscar conhecimento para conseguirem chegar a uma idade tão avançada, ao contrário do que acontece agora que são principalmente desvalorizados (Barreto, 2017).

Ao encontro disto, temos Robert Butler (1975 *in* Nossa, 2014) que nos traz o conceito de idadeísmo que se refere à discriminação sentida por parte dos mais velhos que são vistos como inválidos para o trabalho, incapazes de lidar com a mudança, levando a uma marginalidade social (Rosa, 1993). Se houvesse um reconhecimento da utilidade social destas pessoas ao realizarem atividades de interesse público, levaria a uma redução da quantidade de idosos a dependerem financeiramente destes sistemas de apoio. Segundo Erickson (1978 *in* Barreto, 2017) a velhice é um dos estádios da sua teorização da vida humana. Esta velhice é caracterizada pela integridade do eu e o desespero, atribuir significado à vida que levou, aceitação de si mesmo. A maior ou menor satisfação que a pessoa idosa sente, está relacionado com a forma como a pessoa olha para a vida que teve, se atingiu os objetivos ou não (Hoffmann e Nachtman, 2010).

Para concluir, olhar para o envelhecimento como um fenómeno que é caracterizado pelo desgaste da pessoa e inutilidade da mesma nesta sociedade, é olhar para o envelhecimento de forma reducionista e errada uma vez que esquece a interação dos idosos com o meio que os envolve (Leitão, 2010). O envelhecimento devia ser uma oportunidade para as pessoas atingirem uma boa saúde, uma qualidade de vida na idade idosa, no entanto, tem sido um pouco desafiante visto que a sociedade e as respostas que o Governo dá parecem não acompanhar tal evolução e crescimento (Nunes, 2017).

2.1. As dinâmicas demográficas: os pilares do envelhecimento

Qualquer que seja o fenómeno demográfico em observação na demografia, a população é sempre o objeto de estudo, sendo por definição, um conjunto de pessoas que se encontra num determinado tempo e região (Shryock e Siegel, 1976).

A análise dos níveis de mortalidade pode realizar-se, de forma bastante simples, relacionando o total de óbitos num certo período com a população média, resultando num indicador denominado taxa bruta de mortalidade. Todavia, caso se pretenda aprofundar um pouco mais o nosso estudo, podemos olhar para um outro indicador denominado por taxa de mortalidade infantil, que permite avaliar o nível de desenvolvimento de cada país, e é calculado pelo total de óbitos com menos de 1 ano em relação ao total de nados vivos. Cada território tem o seu grau de desenvolvimento, e por isso, o comportamento da mortalidade não se verifica de igual modo em todo o lado, pois é influenciada pela educação, higiene, medicina, economia e até os próprios comportamentos da sociedade (Cutler, Deaton e Lleras-Muney, 2006).

De acordo com Wrigley e Schofield (1981 *in* Cutler, Deaton e Lleras-Muney (2006), no século XVIII, a esperança de vida à nascença no Reino Unido era de 37 anos. Passado um século, a mortalidade começa a diminuir nos anos em que se enfrenta a era da industrialização. No início do século XX, a esperança de vida no Reino Unido já era aproximadamente 50 anos, já em Portugal, de acordo com os dados no PORDATA, a esperança de vida era de 35,6 anos (35,1 anos para os homens e 39,6 anos para as mulheres), muito baixa em comparação com o Reino Unido e até mesmo a comparar com a maioria dos países desenvolvidos tiveram uma evolução semelhante ao que se verificou até então no Reino Unido.

Cutler, Deaton e Lleras-Muney (2006) no seu estudo comparativo entre países ricos e países pobres, dividem a diminuição da mortalidade em duas fases. A primeira fase entre o século XVIII e XIX e uma segunda fase entre XIX e XX. No que se traduz então estas fases?

1ª fase (XVIII - XIX)

Neste período, registou-se uma melhoria significativa na alimentação resultando assim numa expectativa de maior resistência a viroses e recuperação mais rápida. McKeown

foi o primeiro autor a defender esta premissa, ainda que muitos investigadores discordem. Doblhammer e Vaupel (2001 *in* Cutler, Deaton e Lleras-Muney, 2006) vão ainda mais longe ao associar os meses de nascimento com a longevidade bem como à alimentação (fruta e vegetais sazonais).

2ª fase (XIX - XX)

Nesta fase, Cutler, Deaton e Lleras-Muney (2006) dá destaque à saúde pública na medida em que surge a água filtrada, sistemas de esgotos, campanhas de vacinação, e a um nível mais individual, com a implementação de hábitos de higiene pessoal e de modos de conservação de alimentos mais eficientes. A partir dos anos 30, a vacinação surge como indicador da saúde pública e como o primeiro passo na evolução médica. Nos países considerados ricos, a raiva, tétano ou febre amarela como causas de mortalidade tornaram-se raras devido à vacinação. Os tratamentos médicos também evoluíram e, por isso, as taxas de mortalidade terem baixado, já que se desenvolveu novas formas de combater as doenças através de antibióticos, penicilina e outros, melhorias na saúde infantil e campanhas contra o tabaco.

A urbanização é um outro fator levantado pelos autores uma vez que era nas cidades com mais população que as doenças se propagavam mais exatamente pelo número de pessoas numa dada zona.

Também a educação e os rendimentos de cada indivíduo surgem como fator no envelhecimento. Pessoas que recebam consideravelmente salários mais elevados, têm mais facilidade, por exemplo, em aderir aos serviços do setor privado e estudar mais tempo. No entanto, existe alguma discordância na relação entre rendimentos e envelhecimento, uma vez que nem todos os países com uma economia em ascensão fornecem boas condições nos sistemas de saúde ou pelo facto de que países que enfrentam uma recessão económica não têm essa capacidade.

Também a classe social parece estar relacionada com o envelhecimento. Macintyre (2017 *in* Cutler, Deaton e Lleras-Muney, 2006) refere que os indivíduos de classe baixa apresentam taxas de mortalidade mais elevadas do que os trabalhadores qualificados, com capacidade económica para investir quer na educação quer na saúde.

Como temos visto até agora, um dos pontos em que grande parte dos autores se foca é a saúde. Uma boa saúde é um dos critérios mais importantes para envelhecer de forma ativa e independente que vai resultar, inevitavelmente em melhor qualidade de vida (Hoffmann e Nachtman, 2010), no entanto não é o que se verifica em Portugal. Segundo Moreira (2020), a esperança de vida aos 65 anos, ainda que esteja dentro dos parâmetros da Europa, o expectável é que seja mais anos sem qualidade de vida (correspondendo a 15,1 anos para as mulheres e 10,4 anos para os homens a viver com incapacidades). Ainda de acordo com esta autora, os idosos do futuro vão ser mais escolarizados do que aqueles que estão atualmente nesse ciclo de vida o que vai ter influência na perceção do seu estado de saúde. Isto acontece porque os jovens têm uma maior noção do impacto que terá a longo prazo se adotarem estilos de vida saudável.

Alinhado à questão da saúde temos a relação entre o trabalho e saúde, ou seja, ao deixar o trabalho (idade da reforma) há uma redução de stress, logo autores como Hernaes *et al.* (2013) acreditam que isso resulta num aumento da longevidade logo, por este prisma, quanto mais cedo as pessoas aderirem à reforma, mais a esperança de vida aumenta. Não obstante, os mesmos autores acreditam que o facto de não se estar inserido no mundo do trabalho pode levar uma perda de laços, atividade física, e perda de determinados hábitos.

De acordo com o estudo de Hernaes *et al.* (2013), há uma efetivamente uma relação entre a idade de reforma e a mortalidade para idades a partir dos 67. O envelhecimento da população leva a um aumento de doenças, logo o sistema nacional de saúde, a nível mundial, não terá outra opção senão adotar soluções que respondam às necessidades da sociedade (Cheng *et al.*, 2020). Por exemplo, Moran *et al.* (in Cheng *et al.*, 2020) concluiu nas suas projeções que a ocorrência de doenças cardiovasculares iria aumentar mais de 50% até 2023 na China devido ao aumento e envelhecimento populacional.

Em suma, as taxas de mortalidade variam consoante o tempo e o espaço em que são estudadas e são influenciadas por diversos fatores socioeconómicos. O panorama a que assistimos atualmente é de baixas taxas de mortalidade que tem o seu lado positivo (mais longevidade) e o seu lado negativo (mais pessoas em idades frágeis que poderão sobrecarregar várias instituições sociais como a família e a economia).

Por outro lado, e em simultâneo com o desenvolvimento dos padrões de mortalidade, registam-se também diminuições constantes da taxa de fecundidade. A fecundidade caracteriza-se pelo número médio de filhos por mulher em idade fértil ou, por outras palavras e de forma mais redundante, refere-se ao comportamento dos nascimentos. As diminuições constantes da taxa de fecundidade afetam tanto a economia, como o

equilíbrio populacional, o crescimento sustentável e o estado de bem-estar. A fecundidade é um processo que foi fortemente influenciado por vários fatores nomeadamente: a) características adquiridas no nascimento (idade, sexo, condição social), b) presença das mulheres na educação, no mercado de trabalho e o tempo que demora cada etapa na vida de cada um (Tomé, 2015).

Na segunda metade do século XX, a queda na fecundidade foi uma questão demográfica em todo o Ocidente que tem vindo a pôr em causa a renovação das gerações¹ potenciado pela contraceção moderna, e pelo adiamento da maternidade que iremos falar mais adiante (Cunha, 2013; Tomé, 2015). Este declínio, e até mesmo a decisão de adiar o processo de maternidade, alertou a sociedade para a necessidade de estudar a evolução da fecundidade (Sobotka, 2004 *in* Tomé, 2015). Todo este novo paradigma resultou no que se veio a conhecer como Segunda Transição Demográfica (Sobotka, 2008; Feijka *et al.*, 2008 *in* Cunha, 2013).

Neyer e Andersson (2004 *in* Tomé, 2015) associam a diminuição da fecundidade com o adiamento da gravidez e do casamento, definido como efeito de *tempo*. Cunha (2012 *in* Cunha, 2013) num estudo realizado para Portugal, defende que o adiantamento da fecundidade não está na decisão de ter o primeiro filho, mas sim o segundo filho, ou seja, o efeito do *quantum*. No estudo levado a cabo por esta autora, em que analisou três gerações, concluiu que a geração de 1950-1955 acabou por ter um comportamento reprodutivo mais consciente com a entrada dos métodos contraceptivos. Já a geração seguinte que foi estudada dos anos 70-75, foi a geração que adiou logo desde início o nascimento do primeiro filho e a decisão do segundo filho baseia-se conforme a qualidade de vida dos casais.

No curso dos anos, sentiu-se a necessidade de criar políticas públicas que revertissem as baixas taxas de fecundidade, nomeadamente em Portugal, denominadas como medidas natalistas. McDonald (2002-2003 *in* Cunha, 2013) e Wall e Correia (2014) mencionaram várias medidas que se podem categorizar em três grandes pontos: medidas de incentivo financeiro (abonos, redução da percentagem de descontos, serviços e bens mais baratos ou gratuitos, por exemplo, refeições na escola, ajuda nos manuais e materiais escolares, transportes, entre outros), medidas para conciliar a vida familiar e profissional (licenças

¹ Entende-se por renovação de gerações, o valor do Índice Sintético de Fecundidade necessário para substituir as gerações mais velhas, ou seja, um casal deveria ter, pelo menos, 2,1 filhos. De forma simplificada, cada filho substituiria um pai e uma mãe.

parentais, horário flexível) e medidas promotoras à valorização da criança e parentalidade (igualdade de género no cuidado dos filhos). No entanto, alguns autores como McDonalds, 2002-2003, Thévenon, 2012 ou Wall, 2012, admitem também que tais medidas podem não ser suficientes se a mentalidade cultural não for no mesmo sentido e dão o exemplo dos países em que as mulheres têm uma forte presença no mercado de trabalho e valorização da mulher pelo trabalho. Segundo Arpino *et al.* (2018 *in* Machu, Arends, Veldman e Bultmann, 2022), cerca de 40,8% das mulheres não se encontram no trabalho a comparar com uma percentagem bem menor de homens que não se encontram no mercado de trabalho (2,1%). Sendo uma questão mais de género e não tanto de natalidade, a fecundidade é uma questão que deve ser analisada com base nas questões de género. Lin, Fee e Wu (2012 *in* Patterson e Margolis, 2019), defendem que as mulheres são quem cuida de várias gerações e são as que recebem menos reforços positivos desses cuidados o que resulta numa desvantagem em relação aos homens, ainda que em anos mais tardios os homens possam cuidar tanto de outros como as mulheres (Kahn, McGill, and Bianchi 2011; OECD 2011 *in* Patterson e Margolis, 2019).

Wall (*in* Cunha, 2013) acredita que as medidas implementadas antes e após a revolução portuguesa trouxe consigo novas estruturas familiares, novos papéis de género e até uma nova relação entre o Estado e a família.

Aquando do estudo sobre a fecundidade em Portugal levado a cabo por Cunha (2013) é necessário ter em mente alguns conceitos, nomeadamente:

- Fecundidade realizada (número de filhos biológicos no momento);
- Fecundidade final esperada (número de filhos biológicos no momento mais aqueles que esperam vir a ter);
- Fecundidade desejada (número de filhos desejado ao longo da vida);
- Fecundidade desejada aos 20 anos (número de filhos biológicos que se deseja aos 20 anos – é um indicador aplicado apenas às pessoas com, pelo menos, 25 anos);
- Fecundidade intencional no curto prazo (número de filhos biológicos desejado nos 3 anos seguintes);
- Ideal de filhos numa família (número de filhos biológicos ou não).

A idade e a situação conjugal são dois fatores que influenciam a fecundidade, isto porque quem não tem uma relação com outra pessoa deseja um número baixo de filhos já

quem tem uma relação, por norma, deseja mais filhos. Também o nível de escolaridade influencia na medida em que as mulheres menos qualificadas esperam ter mais filhos do que aquelas com mais qualificações. Numa visão contrária, são os homens com mais níveis de escolaridade que querem mais número de filhos. O rendimento, as condições perante o trabalho e o grau de urbanização (mais filhos em zonas menos povoadas) também influenciam (Cunha, 2013).

Alguns indicadores que podem ser facilitadores ou um entrave à fecundidade variam entre a realização pessoal e a influência de amigos ou diminuir as hipóteses de solidão na velhice, sendo que a realização pessoal é uma razão mais para as mulheres do que para os homens e a pressão do parceiro ser uma razão mais para os homens do que para as mulheres. Outros, identificados por Cunha (2013) são os custos financeiros, o tempo próprio, os problemas de saúde, a responsabilidade ou falta de espaço na habitação. Próximo deste estudo realizado em Portugal, temos Cave, Bubola e Sang-Hun (2021) que afirmam que as mulheres têm poucos filhos por opção, pois atualmente a prioridade é dar uma vida com qualidade a um ao invés de ter mais filhos e os recursos não chegarem.

Tarefas como preparação das refeições diárias, limpar a casa, lavar e cuidar da roupa são atividades maioritariamente levadas a cabo pelas mulheres e quando se tem filhos pequenos, tarefas como vestir, levar e buscar as crianças à escola, ficar em casa quando estão doentes, é também atribuído à mulher. Esta sobrecarga doméstica pode influenciar também a decisão de ter filhos (Cunha, 2013).

Para recapitular, os padrões de fecundidade são manipulados não só por fatores pessoais, mas também sociais, económicos e políticos. Se não existe estabilidade no trabalho, se há baixos rendimentos, incapacidade de adquirir uma casa, entre outros, as pessoas acabam por adiar certos objetivos pessoais como ter filhos, como iremos ver mais à frente. Ainda que o governo tenha adotado determinadas medidas natalistas como os abonos, assistências à família, ajudas ao longo do ensino obrigatório, entre outros, não estão reunidas outras condições para que se possa reverter a situação em que vivemos hoje.

Adicionalmente, e não menos importante, o envelhecimento populacional é também afetado pelos movimentos migratórios de uma dada região ou país, sendo até, muitas vezes apontada a imigração como uma das soluções para reverter esta situação em países desenvolvidos como Portugal. Enquanto a redução da fecundidade está intimamente associada à sobrevivência da população, a forma como se envelhece difere de território para território devido à sua própria organização demográfica e espacial. É neste ponto que

entra a importância da migração interna e externa para a contribuição das dinâmicas populacionais (Ghio, Goujon e Natale, 2022). Segundo estes autores, entre 2015 e 2019, 22,9 milhões de indivíduos entraram na idade ativa dentro da Europa e 26,6 milhões indivíduos em idade de reforma, o que poderá contribuir para enfraquecer o desenvolvimento económico e estagnar os mercados de trabalho. O fenómeno migratório é em grande parte a explicação da composição das áreas urbanas por indivíduos em idade ativa (Ghio, Goujon e Natale, 2022). Neste sentido temos Rogers *et al* (2007) que refere um padrão consistente na migração relacionada com a idade ainda que não tenha ainda surgido um modelo que nos permita identificar uma idade específica mais propensa à migração devido à falta de dados. Segundo Ribeiro (2011), há determinadas variáveis sociodemográficas que influenciam os níveis de migração nomeadamente a idade (mais visível em idade adulta), o sexo (mulheres) e educação (pessoas mais qualificadas). Durante a idade ativa, a principal razão das pessoas emigrarem ou imigrarem é puramente económica, já na idade da reforma, a razão é o clima (Carrilho e Patrício, 2002 *in* Ribeiro, 2011).

Também dentro do próprio país, como se verificou anteriormente, as pessoas saem do interior do país para o litoral para tentar obter o nível de desenvolvimento que só o litoral pode oferecer como a melhor qualidade de vida, mais oportunidades de emprego, não obstante, Nyberg-Sorensen *et al.* (2002 *in* Ribeiro, 2011) nem sempre é assim pois a escolha do destino depende muito dos objetivos e das necessidades do imigrante, como foi referido anteriormente, que na idade da reforma o que importa é o clima e não tanto a oportunidade de emprego, ou até mesmo as mulheres que perdem o peso atribuído ao seu papel social e escolhe emigrar para crescer a nível profissional, é o caso de Lisboa e Vale do Tejo que são regiões com maiores níveis de atratividade ou, uma outra opção baseada nas regiões próximas geograficamente.

As teorias que existem relativamente às migrações surgiram maioritariamente para explicar as migrações internacionais e não tanto as migrações internas, ainda assim, com as ferramentas certas podem ser usadas num contexto interno. De acordo com Peixoto (2004 *in* Ribeiro, 2011) temos teorias micro ou macrosociológicas. As primeiras referem-se só e apenas ao indivíduo e à sua decisão. As teorias macrosociológicas adotaram o modelo *Push-Pull*, em que *pull* implica as zonas de destino e *push* as regiões a evitar, normalmente as regiões de origem. Esta decisão tem por base a recompensa futura da mudança e investimento. Desta forma, a sociologia menciona o Ciclo de Vida e a Trajetória da Mobilidade social em que no primeiro caso a decisão de migrar é

influenciada pela fase da vida em que se encontra e no segundo caso, tal como o nome indica, o que influencia a decisão é a existência de diversas posições sociais. Nas teorias macrossociológicas, refere-se a uma perspetiva mais alargada como o espaço, o próprio território e as instituições (Ribeiro, 2011).

No estudo levado a cabo por Ribeiro (2011) foi possível distinguir três fases da migração: crianças até aos 9 anos (a taxa de migração nestas idades acompanha a dos jovens pois estes se tiverem filhos não é só um grupo que sai do país), indivíduos entre 20 e 34 anos (corresponde à fase da vida em que as pessoas procuram melhores condições de vida e melhores condições laborais após a conclusão do ensino.) e pessoas com idades superiores aos 70 anos (como vimos anteriormente, quando os indivíduos chegam à fase da reforma, escolhem voltar as suas origens).

Em termos estatísticos, por volta de 2020, cerca de 2 milhões de pessoas saíram de Portugal e entraram apenas 1 milhão de pessoas, ainda assim, continua a ser o dobro o número de pessoas que vão residir noutros países (INE, 2023). Azevedo *et al.* (2014) defendem que quando criamos medidas políticas para a natalidade, temos de ter em consideração a integração dos imigrantes garantido igualmente os cuidados à sua família, um bom acolhimento no país e reconhecendo os imigrantes vão suprimir as falhas de mão-de-obra deixadas pelos indivíduos qualificados que optam por emigrar.

2.2. Teorização do Envelhecimento

Neste ponto apresenta-se um levantamento das teorias que estudam e justificam o envelhecimento. A teorização destes padrões demográficos surgiu com o modelo de transição demográfica que começou como uma classificação das populações pelas diversas combinações de fecundidade e mortalidade. A primeira formulação é de Warren Thompson (1929 *in* Kirk, 1996) e detalha três grupos com diferentes ritmos de crescimento populacional baseados na mortalidade e natalidade. Landry também definiu três grupos que são semelhantes aos de Thompson: primitivo, intermediário e contemporâneo. Para Landry, a mortalidade moderna diminuiu bastante devido às vacinas, a uma melhor higiene, diagnósticos precoces, redução da fome, diminuição da mortalidade infantil. Já o fenómeno da fecundidade era mais difícil de explicar. Apesar da explicação direta dos métodos contraceptivos, e desta temática já ter sido inicialmente abordada na secção 1.1.2., para Landry há também fatores psicológicos e morais a começar pelo custo de ter filhos, a limitação do tempo para os pais relaxarem e fazerem outras atividades, e os problemas das mulheres na experiência da gravidez e nos cuidados

posteriores. Podemos perceber que para Landry uma das causas da diminuição da natalidade reside então no que Kirk (1996) denomina de individualismo.

A Teoria da Transição Demográfica foi trazida ao mundo científico por Notestein (1945 *in* Nossa, 2014), que desconhecia o trabalho de Landry e Thompson. Esta teoria caracteriza, como foi possível ver anteriormente, as alterações nos ritmos de natalidade e mortalidade existentes na Europa. Tal como esta teoria indica, e Portugal não é exceção, o envelhecimento verifica-se em todo o país (Rosa, 1993). Há diversos fatores económicos e sociais impulsionadores. Dentro dos sociais destacam-se os níveis de fecundidade (níveis baixos), de mortalidade (níveis baixos de mortalidade infantil e/ou mortalidade em idades mais avançadas) e os processos migratórios (Nossa, 2014; Rosa, 1993; Leitão, 2010). Lundberg (2011 *in* Nossa, 2014), fala-nos da segunda transição demográfica e refere-se à evolução do trabalho e principalmente à qualificação da mulher.

Barreto (2017) fala-nos das teorias do envelhecimento biológico referindo-se aos danos a nível de tecidos e células que resultam de diversos fatores, tais como: má alimentação, stress, poluição, entre outras (teorias estocásticas), e engloba também a teoria da programação em que o envelhecimento das células é inevitável ainda que este autor a critique pois os comportamentos vão influenciar o comportamento da própria evolução da morte das células, ou seja, pessoas mais cuidadosas com as crianças e jovens estão na verdade a garantir que as mesmas cheguem à idade adulta mais fortes. Quando começamos a falar de satisfação e qualidade de vida nas idades mais avançadas, deixamos de ter a biologia como explicação porque a biologia não criou um plano biológico para a vida depois dos 50 anos de acordo com as teorias anteriormente mencionadas. Rosa (2012) traz ao debate a distinção entre envelhecimento individual que é o conceito mais direto que conhecemos e está relacionado com a idade, com o tempo, como algo inevitável, aquilo a que Requejo, Osorio e Pinto (2007 *in* Leitão, 2010) chama de envelhecimento biológico, e o envelhecimento coletivo está relacionado com o envelhecimento demográfico e tem por base escalas de idades padrão: idades jovens (até aos 14 anos), ativa (15-64 anos) e idosa (65 e mais anos). Leitão (2010) fala-nos do envelhecimento psicológico caracterizado por uma desocupação no tempo em que vive. Hoffmann e Nachtmann (2010) propõem ainda duas etapas no desenvolvimento demográfico na população mais idosa devido a sua complexidade, ou seja, podemos dividir a velhice entre terceira idade (60-65 anos) e a quarta idade que caracteriza o grupo de pessoas com mais de 80 anos que sofre já de alguma morbilidade e dependência.

Existe ainda o conceito de envelhecimento societal. Este tipo de envelhecimento é representado pela depressão e estado de negação com a sua evolução uma vez que o envelhecimento é visto como uma fragilidade e um problema, tais como menos produção, despesas adicionais na saúde, entre outras questões (Rosa, 2012). O envelhecimento está então pautado por uma divergência de mentalidades, atitudes, dos papéis na sociedade (Leitão, 2010). Na perspetiva sociológica, temos o grupo de idosos subdivididos entre aqueles que contribuem para a economia de forma informal (através do consumismo) e que têm ainda capacidade física e mental e aqueles que têm uma autonomia reduzida, dependentes, ou seja, biologicamente envelhecidas. Do ponto de vista económico, o envelhecimento traz consigo a perda de oportunidades de emprego, poder de compra, no entanto ganha vantagens em termos de pensões, sendo estas pensões causadores de sentimentos de injustiça, vantagens fiscais, serviços gratuitos (Leitão, 2010) como é o caso dos transportes públicos que vemos a acontecer na metrópole de Lisboa. O facto de haver uma escolarização e qualificação mais frágil faz com que as remunerações no mundo do trabalho sejam muito baixas e por isso baixar as prestações sociais tanto no seu valor como na abrangência que tem. Para além disto, podemos ver um adiantamento da entrada dos jovens no trabalho, logo existe um percurso de contribuição para o sistema social mais curto (Leitão, 2010).

Basten (*in* Cave, Bubola e Sang-Hun, 2021) denomina de mecanismo cíclico o seguinte padrão: menos nascimentos resulta em menor número de nascimentos do sexo feminino, logo as últimas gerações terão menos filhos que os pais e avós.

2.3. Envelhecimento: o desafio português das próximas gerações

Nesta secção temos uma análise mais cuidada de como se encontra a demografia do nosso país e os efeitos das nossas políticas de saúde pública que leva a um aumento da esperança de vida e todas as consequências inerentes. Exemplo destas consequências é a exigência da sociedade se moldar às novas necessidades como as medicinas de acompanhamento em idades mais avançadas (cuidados paliativos) e o reconhecimento da sociedade dos cuidadores informais e a sua evolução a par do crescimento demográfico e a possível escassez dos mesmos.

2.3.1. Estado de Bem-Estar e alterações demográficas

Um conceito importante a ter em conta é o Estado de Bem-Estar que surgiu na segunda guerra mundial e aliado a sindicatos (Offe, 1990 *in* Leitão, 2010). O pilar do Estado de Bem-Estar é a diminuição das desigualdades na saúde, educação, segurança social e justiça de forma a garantir a sobrevivência dos indivíduos com dignidade e por isso o trabalho é fundamental nas sociedades que se regem por este princípio. Os indivíduos que em idade ativa trabalham e fazem as suas contribuições ao Estado, permitem a sustentabilidade destes objetivos. Consequência destes princípios está então o envelhecimento da população e o Estado de Bem-Estar é colocado em questão. Para se compreender os efeitos do envelhecimento da nossa sociedade é necessário ter em mente três grandes dimensões: o mercado de trabalho, o sistema de proteção social e a organização das temporalidades no ciclo de vida (Leitão, 2010).

Olhemos para a economia. É a população ativa, através das suas contribuições para o estado, que mantém os pilares da sociedade em pé: reformas, educação, saúde. O sistema da segurança social, baseado na relação de ativos e inativos, tem sofrido alguns problemas com o envelhecimento (Mendes e Candeias, 2000). Se há pouca gente a sustentar e muita gente a ser sustentada não será de admirar que iremos enfrentar uma crise a todos os níveis. Quem irá contribuir para a bolsa das reformas que 6 milhões irão precisar? No entanto, não é apenas a questão da quantidade de pessoas que existem atualmente, não se pode esquecer que grande parte dos jovens atualmente procuram emigrar à procura de melhores condições, melhores salários, como vimos anteriormente. Formamos os nossos jovens para o futuro, mas certamente não será o futuro do nosso país, é o estrangeiro que aproveita os nossos recursos. A nível político, é igualmente fundamental criar medidas políticas públicas para primeiro incentivar ao rejuvenescimento da população para garantir o sustento social, depois é necessário garantirmos a permanência dos jovens.

Com o aparecimento do Serviço Nacional de Saúde para toda a população de forma gratuita, o estado da saúde tem vindo a melhorar resultando no aumento da esperança média de vida (INE, 2015 *in* Nunes, 2017). Esta longevidade provoca melhoria na educação, emprego e saúde (Quaresma e Ribeirinho, 2016 *cit in* Nunes, 2017), provoca também alterações na forma como experienciamos o viver e o envelhecer nas novas sociedades.

O cuidado é uma necessidade básica do ser humano e um pilar fundamental dos direitos e bem-estar das pessoas, cuidar e ser cuidado. Não obstante é visto como um fardo para os recursos, principalmente humanos. (Calderón-Jaramillo e Zueras, 2023).

Segundo o INE, no ano de 2015, em Portugal mais de 20% da população tinha mais de 65 anos sendo que a população jovem sofreu uma queda. Conforme vimos anterior, a saúde naturalmente é um dos aspetos a ter em consideração quando falamos em envelhecer. Quando se chega aos 65 anos, as pessoas podem esperar viver ainda mais 20 anos, sendo que a maior parte do tempo é a lidar com doenças e condições socioeconómicas precárias (Nunes e Nunes, 2016 *in* Nunes, 2017), podendo traduzir-se em aproximadamente 6 anos a viver de forma saudável (APAV, 2020) e 14 anos a viver com algumas necessidades que devem ser respondidas. O que será então um envelhecimento saudável? De acordo com Jacob-Filho (2009 *in* Nunes, 2017), envelhecer de forma saudável é sofrer menos doenças crónicas, agudas, menos comportamentos de risco e para isso é necessário adquirir uma alimentação adequada, atividades físicas e, tão importante como os restantes fatores, uma participação social para que este grupo de indivíduos se sinta uma parte importante na sociedade. A reinserção social dos idosos em atividades produtivas é uma causa e não uma consequência do aumento da vitalidade (Santiago e Lovisoló, 1997 *in* Nunes, 2017). Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2015), 76% dos pacientes que se encontravam internados tinham mais de 70 anos e 45% eram acamados estando nesta condição mais de 50% do tempo. Conseguimos perceber aqui que o nível de dependência é enorme a partir dos 70 anos. Posto isto, identificar as necessidades é essencial para adotar respostas e medidas de política pública no futuro.

Como vimos anteriormente, qualquer fenómeno demográfico tem o seu ritmo consoante o país ou, até mesmo, consoante a região. No que toca à fecundidade, enquanto nos anos 70, o Norte tinha taxas de fecundidade mais elevadas (regiões com maior atividade agrícola e a mão-de-obra familiar e infantil), e o Sul mais baixas, o mesmo não se verificou nos anos 90 pois temos um norte com baixas taxas de fecundidade. Esta descida geral deveu-se a determinadas mudanças socioeconómicas como a separação da Igreja e Estado, a maior valorização da criança e até da mulher (Cunha, 2013).

A fecundidade no nosso país tem sentido um declínio acentuado nas últimas décadas, tendo havido três marcos nomeadamente em 1982 em que o Índice Sintético de

Fecundidade² (ISF) se encontrava abaixo dos 2,1 filhos, em 1994, abaixo de 1,5 filhos e 2012 que tinha um valor menor que 1,3 filhos. Este comportamento está a dificultar a substituição das gerações (Cunha, 2013). Atualmente, sendo que, 49,9% das pessoas no mercado de trabalho são mulheres, estas aumentam a idade em que têm o seu primeiro filho (Barreto, 2014) uma vez que, para muitas, pode não ser uma prioridade focando-se nas suas carreiras. Ainda no que se refere à fecundidade, a dimensão média dos agregados familiares em 2021 era de 2,5 pessoas, ora independentemente da estrutura familiar que se tenha (monoparental, unifamiliar, etc.), sendo que cada pessoa tem dois pais, a não renovação das gerações consegue verificar-se desde muito cedo remontando para os anos 60 em que a média era de 3,7. Para fazer face a este problema, conforme foi mencionado anteriormente, foi elaborado um relatório final da comissão para a política da natalidade em Portugal no ano de 2014. Com base nas projeções do INE para o ano de 2060, concluiu-se que a realidade que o país enfrenta atualmente é pior que o cenário mais baixo nessas projeções, colocando em causa a sustentabilidade da segurança social e do Estado Social. Isto é um problema político porque a fecundidade desejada é de 2,31 filhos, ou seja, é um valor superior ao valor necessário para a renovação de gerações. Ora, porque as mulheres não têm filhos? Porque os incentivos não são, em primeiro lugar, suficientes, em segundo lugar, não são constantes, isto é, temos medidas implementadas que à medida que os anos passam vão tendo critérios mais restritivos, logo, abrange menos pessoas, depois medidas que são criadas num determinado ano são abolidas alguns anos depois. Este panorama não traz estabilidade e segurança à população por parte do governo. É também um problema organizacional visto que as empresas penalizam as mulheres que têm ou planeiam ter filhos pois as empresas não compreendem que *“É pelo conhecimento e perceção das mais-valias de uma política amiga das famílias, das crianças e da natalidade, que as empresas podem melhorar na persecução dos seus objetivos e dos seus trabalhadores”* (Azevedo et al. (2014), pp. 59). Podemos criar esta ponte e harmonização entre trabalho e família com pequenas medidas sugeridas neste relatório como estágios de verão para os filhos, vencimento a 100% diminuindo a carga horária, permissão de teletrabalho nos dias em que os filhos não têm escola, entre outras.

2 O ISF traduz no número médio de filhos por mulher em idade fértil, ou seja, por mulher com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. É o um indicador que se calcula através da soma das taxas de fecundidade por idades entre os 15 e 49 anos num determinado período, por exemplo, num determinado ano civil (INE, 2023; Bandeira et al, 2014)

Ainda que a longevidade tenha mantido a tendência de aumentar, o covid-19 teve um grande impacto a ponto de fazer a esperança média de vida diminuir 4,8 meses para os homens e 3,6 meses para as mulheres num intervalo de 3 anos (2019-2021), tal como a esperança de vida aos 65 anos passou para 19,30 anos representando atualmente uma redução de 0,05% (INE, 2023). A Índia sendo um dos países com mais população (1.380.004.385 pessoas em 2020) está em risco de sofrer com o envelhecimento e a não renovação de gerações (Cave, Bubola e Sang-Hun, 202), o que poderemos esperar então para Portugal que tinha uma dimensão de 10.196.709 pessoas no mesmo período?

2.3.2. Cuidadores Formais e Informais

Ao olharmos para a saúde, verifica-se a diminuição de indivíduos a prestar cuidados, a garantir que os idosos sejam tratados com a qualidade que se esperaria, quer em hospitais e instituições quer fora delas. Não obstante, é de notar que nem todos os que têm 65 ou mais anos necessitam efetivamente de cuidados³. Ainda assim, dos 70% de pessoas que morreram por doenças (desde hepatites, a DST, entre outras), 50% incide sobre o número de pessoas acima dos 65 anos. O número de enfermeiros ronda os 80 mil indivíduos (Portugal e ilhas) para cerca 58 mil médicos e que se espera que atendam às necessidades de 10 milhões de pessoas (INE, 2023). Também o isolamento social é uma das consequências desta evolução demográfica (Rosa, 2012) e que cada vez mais tem impacto na saúde mental dos que sofrem, tal como dos que prestam cuidados, até porque a permanência da resposta à dependência na velhice encontra-se no seio familiar ou instituições como lares (Karsch, 2003).

Ainda de acordo com os dados disponibilizados pelo INE (2023), houve cerca de 13 milhões de consultas, deste modo, percebemos que há claramente uma sobrecarga dos sistemas nacionais de saúde e que apenas os profissionais de saúde e as próprias instituições hospitalares ou unidades residenciais (lares por exemplo) não são suficiente para ajudarmos todas as pessoas que podem ou poderão precisar de ajuda. E é necessário estar preparado para o caso de muitos precisarem de cuidados. Segundo Pot, Rabheru e Chew (2023), atualmente, o maior desafio é exatamente este: providenciar boa qualidade nos cuidados prestados a longo prazo, combater desde logo o estigmatismo em relação à

³ É fundamental compreender que quando se fala em cuidados, segundo vários autores como, por exemplo, Pot, Rabheru e Chew (2023), os cuidados podem ir de atividades como dar banho, transporte a atividades de lazer como contactar a família, proporcionar companhia.

idade o que, muitas vezes, resulta em conflitos entre gerações. Para amenizar mais os efeitos do envelhecimento, a nova comissão Lancet sobre este tema, definiu-se como vários objetivos fornecer mais serviços e profissionais de cuidado, intermediários para as necessidades das pessoas mais velhas de forma a elencar todo um ecossistema incluindo os próprios idosos dando-lhes um propósito ao invés de os discriminar (Barreto, 2017; Pot, Rabheru e Chew, 2023).

Alguns estudos mostram que os cuidados aos idosos são prestados, em muitos casos, por familiares, numa base informal (Nossa, 2014). Calderón-Jaramillo e Zuera (2023) exploraram o facto de que a prestação de cuidados caracterizado por um modelo mais centrado na família que, ao depender da disponibilidade e existência de uma rede informal, resulta num maior número de desafios. Assim, a ideia de cuidadores informais de idosos surge com o aumento das despesas na saúde e o envelhecimento pois é necessário responder às necessidades e eventuais constrangimentos que surjam (Exel, Graaf e Brouwer, 2008).

Antes de aprofundarmos a base dos cuidadores informais é necessário distinguir entre cuidadores formais e informais para que consigamos entender o peso que o envelhecimento tem sobre estas atividades. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2020), cuidadores formais são profissionais com habilitações técnicas que exercem as funções de cuidado como contrapartida de uma remuneração e que exigem um certo nível de responsabilidade. Já o cuidador informal é aquele que presta cuidados porque implica uma relação familiar, de amizade ou de vizinhança com o beneficiário. Para a APAV, o conceito de informal desresponsabiliza o prestador, como se não fosse necessário qualquer tipo de regra, conhecimento/formação acerca da atividade que estão a desempenhar. Apropriando do conceito norte americano de *family caregiver* para o contexto português (cuidador familiar) implica que independentemente da existência, ou não, de um grau familiar, desde que tenha uma ligação pessoal significativa, esta pode prestar cuidados primários ou secundários.

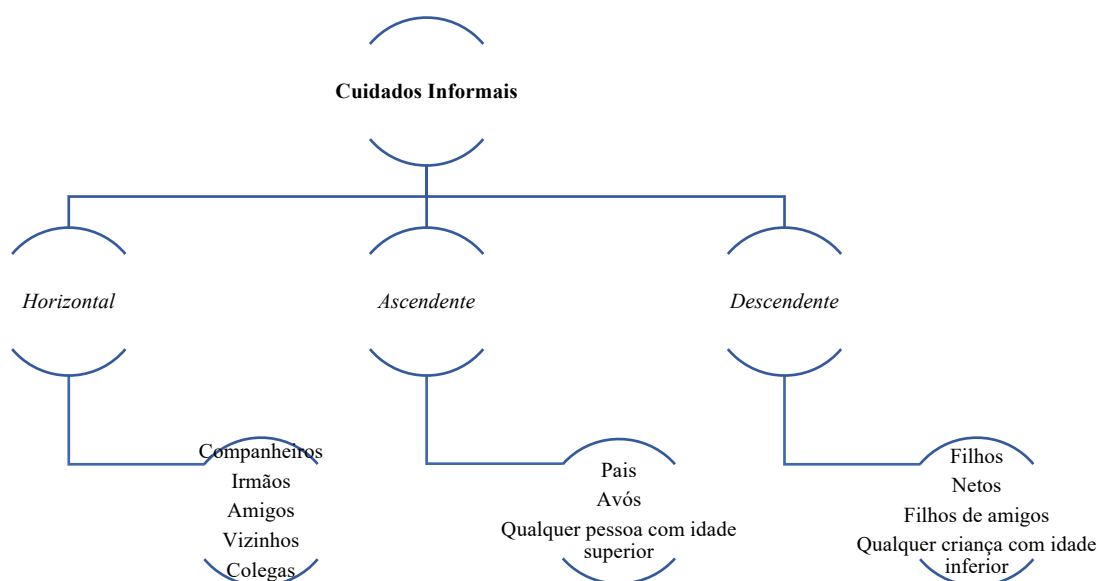
No que toca ao conceito de cuidados informais, Tur-Sinai *et al* (2020) levanta algumas definições oficiais trazidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Nações Unidas e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Por um lado, a OMS define os cuidados informais de uma forma básica, como uma atividade não remunerada. Por outro lado, as Nações Unidas falam então de um cuidado não profissional prestado por escolha ou necessidade a partir de familiares, amigos, vizinhos ou outro tipo de relações (Tur-Sinai *et al*, 2020; Baum e Page, 1991). Já a OCDE

caracteriza como uma rede de pessoas que cuidam de amigos ou familiares de forma voluntária e enquanto atividade não declarada pois podem receber um salário ou compensação ainda que não esteja formalizada através de um contrato (Tur-Sinai *et al.*, 2020).

As características essenciais que podem caracterizar um cuidador informal é alguém que cuida, no mínimo semanalmente, de alguém, podendo ou não essa pessoa padecer de uma doença crónica, é uma atividade voluntária sem contrato e pagamento e ainda fora do âmbito profissional (Tur-Sinai *et al.*, 2020), sendo que já na década de 90, não havia estabilidade propriamente dita ou possibilidade de reforma (Karsch, 2003).

A Lei nº100/2019 do estatuto de cuidador informal em Portugal faz a divergência entre cuidador primário (alguém que é responsável pelos cuidados diretos da pessoa) e secundário (cuidados de forma regular, ou não, e sem responsabilidades principais). A APAV (2020) transforma esta lei noutros dois conceitos: cuidador informal principal e cuidador informal não principal, em que a maior diferença é a questão do agregado familiar já que esta variável influencia a frequência da prestação de cuidados e a possibilidade de receber alguma remuneração. O primeiro será então um cônjuge, parente até ao 4º grau que presta um cuidado permanente sem qualquer tipo de remuneração. Já o segundo é aquele que acompanha de forma regular uma vez que não vive na mesma casa e podem auferir de remuneração por parte da pessoa cuidada (APAV, 2000). No entanto, não podemos esquecer que os cuidados informais são fundamentais para complementar o sistema de saúde (Exel, Graaf e Brouwer, 2008), uma vez que, como iremos ver mais a frente, mais de 50% da população precisa de cuidados informais e o número de pessoas disponíveis para tal tem vindo a diminuir devido à evolução demográfica, ou, segundo Carretero *et al.* (2008) a importância para o idoso de permanecer na sua casa (o conhecido), o elevado custo de recorrer a cuidados formais, ou pelas próprias questões culturais que se percebe a família como a base da vida. E foi assim que, em 2010, o estado transferiu grande parte da sua responsabilidade para as famílias apoiarem as pessoas que necessitam (Wall e Correia, 2014) deixando as famílias a mercê de si próprias.

Figura 1: Direções dos cuidados informais



Fonte: Elaboração própria com base em Patterson e Morgalis (2019), pp. 4

Ainda de acordo com Patterson e Margolis (2019), o suporte emocional é uma vertente que é muitas vezes esquecida nos estudos sobre cuidados informais, no entanto, cada vez mais vemos que a saúde mental tem um grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Este suporte emocional não está condicionado apenas ao círculo familiar, estendendo-se, por exemplo, para os amigos, por isso ser importante ter em consideração este estudo.

Segundo Machu, Arends, Veldman e Bultmann (2022), os indivíduos que estão inseridos no mercado de trabalho a tempo inteiro e não têm a carga de cuidar informalmente de outrem, têm mais saúde do que aqueles que presta cuidados e não trabalha, isto porque de acordo com Wiles, 2003; Brouwer, 2005 e Jones e Vetter, 1984 (*in* Exel, Graaf e Brouwer, 2008), logo é importante haver uma conciliação entre a vida pessoal e profissional (Araújo e Soeiro, 2021). Mais se acrescenta que a própria prestação de cuidados acaba por ser uma sobrecarga extra, tornando-se um risco para a morte quando se trata de cuidadores informais mais velhos (Hirst, 2005, Holmes e dEB, 2003 e Montgomery, 1985 *in* Exel, Graaf e Brouwer, 2008), principalmente pela ausência de uma perspectiva do fim destes cuidados (Carretero *et al*, 2008). Não obstante, alguns autores defendem que esta dinâmica de cuidados pode trazer vantagens como a proximidade emocional (Rossi e Rossi, 1990 *in* Patterson e Margolis, 2019).

Em seguida vamos então compreender como é que os cuidadores formais e informais se relacionam com a questão do envelhecimento.

Ora, sendo que o envelhecimento é caracterizado por um aumento da esperança de vida, menos mortalidade infantil, baixa fecundidade, o aparecimento de novas formas de família com a disseminação do divórcio (Cunha, 2013; Cave, Bubola e Sang-Hun, 2021), por exemplo, temos 20% das mulheres enquanto mães solteiras e 12% dos homens enquanto pais solteiros (Aisenbrey e Easang, 2017 *in* Machu, Arends, Veldman e Bultmann, 2022). Ao analisarmos então através da perspectiva da família, vemos também algumas questões a ser levantadas: quais as novas estruturas familiares existentes? Unipessoal, famílias monoparentais, famílias homossexuais, famílias tradicionais, famílias recompostas. Há novas construções familiares que têm vindo a moldar as nossas sociedades e com isso a ter impacto na forma como decidimos construir as nossas trajetórias e as nossas decisões: ter filhos ou não ter, casar ou não casar, cuidar ou não cuidar.

Apesar destas modificações, por um lado, o cuidar tem estado sempre no cerne das questões familiares quer na infância quer nas pessoas mais idosas quer também para com as pessoas com deficiências (Carvalho, 2009; Cunha, 2013). Por outro lado, a nova conceção de conjugalidade pode trazer problemas ao nível de outras redes de apoio, que é o caso dos cuidadores informais. Isto porque com as novas construções familiares, o cuidado prestado à criança irá refletir no cuidado a atribuir aos pais (Tur-Sinai *et al.*, 2020; Nossa, 2014), ou seja, tal como os pais colocam os filhos na creche por necessidade, também os filhos acabam por colocar os pais em lares, casas de repouso, entre outros, por necessidade. Ou ainda outro cenário que é os cuidados que acontecem no seu inverso, isto é, os avós que cuidam dos netos, assim sendo, quando os avós acabam por adoecer, quem cuida do idoso é a criança/adolescente (Karsch, 2003). As famílias tradicionais veem-se com dificuldades para assegurar os cuidados das pessoas idosas da sua família (Leitão, 2010), visto que, de acordo com Saraceno 1997 *in* Leitão, 2010), a estrutura familiar tem vindo a mudar. As dinâmicas familiares do mundo atual divergem em relação às dinâmicas familiares da Roma Antiga ou da Idade Média. Agora temos mulheres que trabalham, a educação e cuidado dos filhos já não é exclusivamente em casa, partilhando agora este processo com as escolas (Leitão, 2010).

Acrescentando a isto, temos Baum e Page (1991) que defende que famílias multigeracionais têm a oportunidade de ter vários membros para ajudar a família pois acabam por assumir uma certa responsabilidade devido ao título que os une (Hill, 1971 *in* Baum e Page, 1991). Chanfreau e Goisis (2022) faz uma comparação entre famílias que têm apenas um filho e famílias que têm mais do que um filho. Enquanto, por um lado,

famílias numerosas podem dividir os cuidados a ter com os pais, por exemplo, rotatividade de dias, por outro lado, este trabalho e pressão recai numa única pessoa quando se tem apenas um filho, resultando até numa saúde mental mais precária para estes cuidadores informais (Tolkacheva *et al.* 2011, Heger 2017 *in* Chanfreau e Goisis, 2022).

Deste modo, se estamos perante baixas taxas de fecundidade⁴ a um nível que se torna difícil a reposição das gerações, resultando até numa “verticalização” das estruturas familiares (Karsch, 2003) e teremos também alguma precaridade nos cuidadores informais, até mesmo a nível de apoios (Barreto, 2017; Nossa, 2014), levando a uma maior despesa pública com cuidadores formais, que não são suficientes, na medida em que teremos 1 cuidador formal para 100 idosos (Cordeiro, 2020).

O número de pessoas disponíveis para esses cuidados tem sido cada vez menos, como iremos ver de seguida, e ainda assim dos poucos recursos informais disponíveis, mais de 50% são mulheres (INE, 2023; Tur-Sinai *et al.*, 2020; Carvalho, 2009; Karsch, 2003). Ora isto aqui levanta uma questão em relação ao género como já vimos anteriormente. Atualmente, ao contrário do que se verificava na década de 80, as mulheres, mais do que os homens, não cuidam apenas dos filhos e simultaneamente dos pais; é recorrente ver pessoas a ajudar amigos, netos, avós, vizinhos.

Segundo Patterson e Margolis (2019), as mudanças que se verificam na demografia podem transformar as discrepâncias de género existentes, uma vez que a diminuição na taxa de mortalidade nas idades mais avançadas nos homens pode fazer com que também os homens tenham de prestar cuidados (Glauber, 2017). Os padrões de género dentro do que é a prestação de cuidados varia consoante a idade e o tipo de cuidado ao longo do ciclo de vida. Além disso, este fenómeno de cuidados informais tem a tendência para diminuir à medida que se avança na idade (Patterson e Margolis, 2019).

A população em 1900 rondava os 1.6 mil milhões de pessoas tendo um aumento exponencial para 6 mil milhões 100 anos depois e que podemos justificar com o aumento da longevidade e diminuição da mortalidade infantil como já se teve oportunidade de ver anteriormente (Cave, Bubola e Sang-Hun, 2021).

⁴ Sendo que, a prestação de cuidados ao longo da vida atinge o seu pico no grupo de idades 30-34 para 81,4% das mulheres (Patterson e Margolis, 2019), será de esperar então que a capacidade de uma mulher para ter filhos será menor. Esta percentagem diminui após os 40 e volta a aumentar aos 60-64 anos para as mulheres. A desigualdade na prestação de cuidados entre homens e mulheres corresponde exatamente às idades em que estas inicialmente tinham filhos, sendo que atualmente têm aos 35 anos.

Em 2019, o INE levou a cabo o Inquérito Nacional de Saúde e concluiu que da população residente com 15 anos ou mais, 1.059.012 dos 10 milhões prestava cuidados informais semanalmente. Comparando com 2014, nota-se uma diminuição nesse número. Isto inevitavelmente relaciona-se com a decisão de ter filhos. Devido ao acesso à educação e contraceção e claro, não desprezando o facto de que a saúde mental tem o seu papel como a ansiedade e o stress, a decisão de ter filhos é manipulada (Cave, Bubola e Sang-Hun, 2021). Se algumas das mulheres já têm esta sobrecarga com gerações antecedentes, a responsabilidade ao ter um filho acaba por ser adiada ou nunca ser tida em conta, pois é mais uma (INE, 2023). Não obstante, esta realidade não apenas do “hoje”, nos anos 80, surgiu o termo “geração sanduíche” na medida em que a geração *Baby Boomers* cuidava quer da geração ascendente, quer a geração descendente (Pierret, 2006 *in* Patterson e Margolis, 2019), sendo esta a representação mais tradicional de cuidados multigeracionais.

Cuidar de alguém exige um leque de tarefas e de recursos como, por exemplo, cuidado pessoal, financiamento e suporte emocional. Ou seja, atividades como dar banho, emprestar dinheiro, ouvir o outro, são tudo tarefas que podemos incluir enquanto cuidadores (Patterson e Margolis, 2019). Segundo o estudo destas autoras, é perceptível que são as mulheres quem mais cuidam nas três dimensões grande parte da sua vida. Sendo que a diferença entre homens e mulheres é mais visível quando falamos de suporte emocional, sendo até este tipo de cuidado que é mais frequente, estando em segundo lugar o cuidado pessoal e, por fim, as ajudas financeiras. Longacre, *et al.* (2017) concluiu no seu estudo que os cuidadores eram maioritariamente mulheres (80,1%) e que, no seu total, 52,9% trabalhavam fora de casa. A restante percentagem do total, afirma que teve de deixar o seu trabalho devido à necessidade de prestar cuidados, principalmente se forem mulheres. Não será coincidência que os cuidadores, especialmente mulheres jovens e adultas, têm sentido um aumento de stress, principalmente se a pessoa precisar de cuidado muitas horas (Moynihan, 1986 *in* Baum e Page, 1991; Longacre *et al.*, 2017). Este aumento de stress devido à pressão que é cuidar de alguém sozinho (Stone, Cafferata e Sangl, 1987 *in* Baum e Page, 1991) e, muitas das mulheres, ainda trabalharem fora de casa (Callahan *et al.*, 1980 *in* Baum e Page, 1991), está ainda ligada a uma deterioração dos laços entre irmãos que vivam na mesma localidade pois não há grande colaboração entre os dois aquando surge a necessidade de cuidar dos pais (Brody *et al.*, 1983).

Não se tem notado mudanças significativas ao compararmos o papel de mãe do hoje com o da sociedade industrial uma vez que o papel da mãe era ficar em casa e cuidar da família, sendo o casamento o caminho ideal para garantir esse cuidado (Carvalho, 2009).

Em suma, a prestação de cuidados verifica-se em dois pontos críticos da vida de um indivíduo: a idade jovem adulta, e é precisamente nestas idades que os indivíduos tentam entrar no mercado de trabalho e desenvolver mais capital humano e a idade próxima da reforma, que tendo mais responsabilidades a este nível pode fazer com que se adie ainda mais a sua reforma prejudicando assim até a sua situação financeira e a capacidade de envelhecer de forma saudável.

De acordo com um estudo de Grundy e Henretta (2006 *in* Patterson e Margolis, 2019), na Europa, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população com 50+ anos prestam cuidados quer às gerações antecedentes quer às gerações descendentes. Outro estudo de Voorpostel e Van Der Lippe, 2007 *in* Patterson e Margolis, 2019), nos Países-Baixos, 21,2% dos adultos, prestavam cuidados a irmãos. Este tipo de cuidados entre pessoas da mesma geração não tem sido alvo de muitos estudos, mas que não deixam de ter a sua importância.

O aumento da esperança de vida resulta num maior tempo despendido a prestar cuidados à família (Bengtson, 2001 *in* Patterson e Margolis, 2019). Segundo os dados disponibilizados pelo INE, em 2001, 61.096 do total de indivíduos com mais de 65 anos encontrava-se institucionalizados. 10 anos mais tarde, houve um aumento no número de idosos com 84.894 sendo que 84.647 estavam institucionalizados. Em 2021, 108.335 pessoas com mais de 65 anos institucionalizados para um total de 2.424.122 idosos, ou seja, mais de 50% não recebe cuidados formais recaindo esta função para familiares. Segundo o Diário da República, a capacidade máxima para estruturas residenciais varia entre 60 e 120 vagas, consoante o tipo de alojamento. Isto irá resultar então numa insuficiência de apoio aos idosos e sobrecarga para os cuidadores informais.

Num estudo sobre os cuidadores informais levado a cabo por Exel, Graaf e Brouwer (2008), baseado numa análise em outros dois estudos, os 249 participantes tinham uma média de idades de 59 anos, do sexo feminino, desempregadas e com boa saúde. Os beneficiários destes cuidados tinham as seguintes características socioeconómicas: 50% do sexo feminino, más condições de saúde e com uma média de idades de 68 anos.

Em 2017, a OCDE concluiu que cerca de 13,5% da população com 50+ anos cuida de uma pessoa idosa, das quais 7,2% com uma regularidade diária e 6,3% com uma regularidade semanal. Ora, segundo Karsch (2003), os cuidadores têm igualmente condições físicas debilitadoras, ou que caminham para tal, inclusive a capacidade

funcional. Isto confirmou-se com o estudo levado a cabo que obteve os seguintes resultados: 40,7% dos indivíduos sofriam de dores lombares, 37,3% sofriam de artrite e reumatismos, e uma proporção menor sofria de problemas cardíacos ou diabetes (10,2% e 5,1% respetivamente).

Como vimos anteriormente, 52,9% das mulheres cuidadores informais pertenciam também ao mercado de trabalho. Isto pode resultar em algumas consequências como a sobrecarga física e emocional (*burnout*) ainda para mais quando muitos dos cuidadores informais, e até mesmo formais, sofrem de uma falta de apoio enorme, falta de conhecimento sobre doenças que o idoso pode sofrer, falta de sensibilidade, poucas condições (de trabalho no caso dos formais e em casa no caso dos informais), falta de capacidade económica, baixo reconhecimento, falta de conciliação com a vida pessoal, profissional e prestação de cuidados (APAV, 2020).

Uma vez que o custo de substituir um cuidador informal por um cuidador formal é elevado quando falamos apenas de prestar cuidados a idosos, no entanto, como vimos anteriormente, um indivíduo pode prestar cuidados a vários membros da família em simultâneo sendo este custo superior (Patterson e Margolis, 2019). É necessário criar estratégias para responder a estas dificuldades, os cuidadores em Portugal, e no resto do mundo, devem também ser cuidados a nível físico e mental principalmente porque os cuidados às pessoas idosas ainda estão aquém daquilo que devia ser o reconhecimento dos cuidados prestados em rede familiar (Torres *et al.*, 2004 *in* Carvalho, 2009).

Capítulo III: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em primeiro lugar, é importante mencionar que o que vai ditar a escolha da metodologia não é tanto uma preferência nossa, mas sim as questões, os objetivos, o tipo de resposta que o investigador pretende obter (Augusto, 2014). O tipo de metodologia a adotar nesta investigação será uma metodologia quantitativa e eminentemente demográfica. A metodologia quantitativa é vista como uma forma de estudar a realidade objetivamente, confiável, válida e isenta de valores pois há um afastamento entre o investigador e o objeto de estudo (Augusto, 2014).

Esta investigação não terá uma amostra pois como a fonte do trabalho serão dados secundários, ou seja, a informação não irá ser provocada, e devido à natureza da mesma, faz todo o sentido trabalhar com a população no seu todo, como irá ser explicado no próximo ponto. Assim, a população corresponderá a todos os indivíduos residentes em Portugal ao longo de diversos anos. Inicialmente procedemos à elaboração do enquadramento teórico com base em pesquisa bibliográfica. Esta pesquisa bibliográfica foi feita com várias palavras-chaves como “envelhecimento”, “cuidadores informais”, “ageing”, “informal caregiving”, “caregiving for older age”, “mortality”, “fertility”, “migrations”, migração”. A pesquisa na língua inglesa facilita o acesso a artigos internacionais o que é fundamental para a pesquisa ainda que o foco seja o contexto nacional.

De seguida, recolhemos os dados do recenseamento de 2021 na plataforma do INE. Há vantagem de serem dados recentes, e por esse facto, as projeções serão com base na situação mais atual em que vivemos. O mesmo não se poderia dizer se tivéssemos de trabalhar com os dados do recenseamento de 2011 em que já poderia haver alguma discrepância com o que estaríamos a experienciar agora. A análise de dados secundários refere-se, como o nome menciona, a dados já existentes que respondam a uma pergunta diferente da pesquisa original (Tripathy, 2013). Ainda segundo esta autora, sendo dados secundários, deve-se ter em conta alguns critérios como a pertinência, o período de recolha e o propósito. Os indicadores a ter em conta serão então a esperança de vida, as taxas de fecundidade, taxas de mortalidade e migrações em Portugal.

Quando se investiga o envelhecimento é fundamental ter em atenção as alterações na esperança de vida aos 65 anos e depois mais tarde aos 80 anos isto porque com 65 anos pode se esperar viver ainda mais 20 anos nas mulheres e 17 anos nos homens. Por isso,

foi essencial fazer uma pequena contextualização do território português dos vários anos censitários (1961, 1970, 1981, 1991, 2001, 2011 e 2021) em que foi calculado o índice de envelhecimento, rácios de dependência, taxa de fecundidade geral por grupos etários, índice sintético de fecundidade e, por fim, as Tábuas Abreviadas de Mortalidade. As tábuas são um instrumento estatístico que surgiu no século XVII calculado para um ano completo com o objetivo de analisar e compreender a evolução da mortalidade e longevidade de uma população. As mudanças que ocorrem nos óbitos podem mudar o nível de esperança de vida, foi o caso da pandemia em 2020⁵. A taxa abreviada reporta-se a análise em grupo de idades quinquenais (Carrilho e Patrício, 2004) e foi desta forma que calculamos os vários indicadores da população relacionados com a mortalidade e a esperança de vida.

3.1. Projeções Populacionais

Há uma distinção importante a fazer antes de avançarmos com o tema das projeções, isto porque projeções são diferentes de previsões. Enquanto projeções são hipóteses sem um grau de probabilidade associado, as previsões são tendências prováveis e plausíveis de acontecer (Bandeira *et al.* 2014). Assim sendo, as projeções surgem como tentativa de antecipar as necessidades futuras e o desenvolvimento da população que estamos a estudar (Mendes e Tomé, 2014) e até mesmo as consequências provenientes das dinâmicas (Mendes e Candeias, 2000).

As projeções são cenários hipotéticos, hipóteses evolutivas, ou seja, uma construção do futuro a partir de várias formas de pensar o problema. São cenários “what if”, por exemplo, se houver baixa mortalidade e em simultâneo uma fecundidade alta, qual será o resultado? É isto que procuramos compreender (Bandeira *et al.* 2014) As projeções são, segundo Carl Haub (1987, pp. 7 e 17 *cit in* Bandeira *et al.* 2014), modelos, e não previsões, do que irá ocorrer e a sua qualidade está na validade interna (Preston *et al.*, 2001, pp.118 *cit in* Bandeira *et al.* 2014). Quanto mais profunda for a análise demográfica anterior, mais as projeções serão coesas, uma vez que o que está na base destas projeções é a continuação das tendências do passado e presente, num futuro próximo, sendo que as mesmas estão sempre sujeitas a avaliações e reavaliações (Mendes e Candeias, 2000).

⁵ Com a pandemia a esperança de vida baixou 3,6 meses nas mulheres e 4,8 meses nos homens (INE, 2023).

Desta forma, irão aplicar-se técnicas demográficas para o cálculo de indicadores resumo e avaliação do ritmo de crescimento populacional, elaborar-se projeções por coortes e componentes, projeções “derivadas” e, por fim, se assim se justificar, aplicar-se outras estatísticas metodologicamente adequadas aos dados em análise.

Para atingir este objetivo, o software estatístico utilizado é essencialmente o Microsoft Excel, apoiado pela utilização da biblioteca “Demography” do software estatístico R para a extrapolação dos padrões de mortalidade aplicando o método de Lee-Carter (1992), que é o método mais utilizado neste tipo de abordagens e que garante a fiabilidade necessária.

3.1.1. Projeções por coortes e componentes

As projeções por coortes e componentes é um modelo aplicado a nível mundial sem grandes controvérsias e tem por base a distribuição da população por idades resultando na submissão da população a vários segmentos como a mortalidade, fecundidade e saldos migratórios totais (Mendes e Tomé, 2014). Este tipo de método é desenvolvido em três pontos:

- a) Divisão da população por sexo e faixa etária de acordo com as probabilidades de sobrevivência (mortalidade);
- b) Número de nascimentos anuais com o modelo de fecundidade determinado;
- c) Análise da migração líquida por sexo e idade.

Não obstante, os saldos migratórios podem retirar-se da equação quando pretendemos basear a análise apenas com o movimento natural das populações que é o caso da mortalidade e natalidade, ou então quando o número de imigrações é igual ao número de emigrações. Geralmente o ponto de partida das projeções é a data do último recenseamento (Mendes e Candeias, 2000), no caso desta investigação será os resultados dos censos de 2021.

No que toca à fecundidade, fator que mais influencia a dimensão da população, é utilizado o ISF. Para estudar o nível de mortalidade, utiliza-se a esperança de vida à nascença (e_0) e um dos instrumentos mais conhecidos é as tábuas de mortalidade (Coale e Demeny, 1996 e Coale e Guo, 1989 *in* Mendes e Candeias, 2000). Apesar de haver uma tendência global, os níveis de mortalidade infantil e as probabilidades de sobrevivência divergem consoante a região que se estuda. Em termos da projeção dos fluxos

migratórios, com a grande falta de dados torna-se difícil prever o futuro deste fenómeno. É neste sentido que Bandeira *et al.* (2014) afirma que para este tipo de projeções deve-se ter um aprofundamento dos comportamentos mencionados anteriormente.

A estimação do número de sobreviventes segundo a idade e o sexo é o primeiro passo na elaboração de projeções de população. No tempo $t+l$ com idade x , é dada por:

$${}_1N_x(t+1) = {}_1N_{x-1}(t) \times \frac{{}_1L_x}{{}_1L_{x-1}} \quad (1)$$

${}_1N_x(t)$ corresponde à população de partida; ${}_1L_x$ o número de anos vividos pela população entre as idades x e $x+l$. Estes indicadores são retirados de uma tábua de mortalidade.

Para o último grupo de idades, combina-se a informação correspondente:

$${}_{\infty}N_x(t+1) = \left({}_1N_{x-1}(t) \times \frac{{}_1L_x}{{}_1L_{x-1}} \right) + \left({}_{\infty}N_x(t) \times \frac{T_{x+1}}{T_x} \right) \quad (2)$$

Sendo que T_x é o número de anos vividos pela população a partir da idade x .

Por outro lado, é ainda necessário estimar os nascimentos durante o período em análise, utilizando para tal as taxas de fecundidade específicas por idade:

$$B[t, t+1] = \sum_{x=\alpha}^{\beta-1} \frac{1}{2} \times {}_1F_x \times \left({}_1N_x^F(t) + {}_1N_{x-1}^F(t) \times \frac{{}_1L_x}{{}_1L_{x-1}} \right) \quad (3)$$

em que α e β correspondem aos limites inferior e superior da idade das mulheres em idade fértil.

3.1.2. Projeções derivadas

Louis Henry (1973 *in* Bandeira *et al.*, 2014) define projeções derivadas como projeções a partir das perspetivas por sexo e idade sendo a fonte principal. Abrangem indicadores como a frequência escolar, população ativa, agregados familiares, entre outros. Para usarmos este método, necessitamos de primeiramente fazer uma análise aprofundada do passado para se perceber a proporção a observar (ano no futuro, indivíduos, determinado sexo e idade). De seguida multiplicamos o total dos indivíduos pertencente ao sexo e idade pela proporção escolhida. As migrações, por exemplo, podem ser consideradas projeções derivadas. Quando olhamos para a tendência do envelhecimento populacional português é importante olhar também para a forma como evoluiu, por exemplo, a proporção de reformados ao longo dos anos, o estado civil, nível de instrução ou a população idosa institucionalizada. Henry (1973 *in* Bandeira *et al.*) sugere ainda uma análise de outras populações com o mesmo tipo de desenvolvimento

que o país a estudar pois podem encontrar-se em diferentes patamares de evolução demográfica o que poderá ajudar na criação de medidas políticas e como guia na operacionalização das hipóteses.

A abordagem aqui adotada foi a de identificar, através do recenseamento geral da população de 2021, qual a população institucionalizada por grupos de idade, e a sua proporção manteve-se idêntica para os valores extrapolados. Esta abordagem permite realizar uma aproximação aos valores que se podem esperar caso nada se altere até 2041.

3.1.3. Projeções de agregados familiares

Para falar de projeções de agregados familiares é fulcral expor a diferença entre habitação e agregados familiares. Por um lado, a habitação é considerada uma unidade residencial privada (por exemplo, propriedade do agregado familiar) ou não privada (é o caso dos lares de idosos e hospitais e aqui podemos falar de população institucionalizada). A projeção de agregados familiares refere-se à população residente num determinado local e surge a partir de projeções populacionais precedentes. A metodologia que mais encontramos aqui é o método do representante da família. Aqui calcula-se o número de agregados familiares baseando-se normalmente no cenário central das projeções populacionais e nas estatísticas existentes sobre a proporção de representantes de família que existe em cada grupo de idades (Bandeira *et al.*, 2014).

A projeção dimensão dos agregados familiares assenta na abordagem metodológica aplicada à estimação da população institucionalizada, baseando-se também no recenseamento geral da população em 2021 para conseguir estimar a sua dimensão para os valores extrapolados, ou seja, em termos proporcionais, manteve-se o observado neste recenseamento, mas que agora, como “novos” valores, resultam em estimativas diferentes.

3.1.4. Medidas de fecundidade, migração e mortalidade

A análise da fecundidade é feita através do Índice Sintético de Fecundidade. O ISF baseia-se no número médio de nascimentos por mulher em idade fértil (Cunha, 2013). Depois temos a fecundidade realizada que serve para analisar os comportamentos passados e presentes (Rosa e Mendes, 2013). A análise por coortes é essencial para estudar este fenómeno (Tomé, 2015).

No que toca às migrações, para analisar este fenómeno dentro de uma determinada região compara-se a zona de origem e a zona em que se está atualmente; alguns estudos usam um intervalo de 5 anos. Na ausência de dados como já foi referido anteriormente, os investigadores optam por utilizar o método de estimação residual (Rogers *et al*, 2007). Os estudos destes autores usaram um método norte-americano para regiões como o México e a Indonésia uma vez que são países com poucos dados. Neste método é tido em conta a população infantil (0-4 anos) que vive numa determinada região de origem, nos últimos censos realizados e que tenha nascido noutra território, para prever as propensões de migração infantil e, conseqüentemente, inferir as taxas de migração para as restantes idades. Outro método que podemos usar nas projeções das migrações a par com o anterior é o Saldo Migratório Líquido.

3.2. Construção de Cenários

Os cenários remetem para várias perspetivas acerca da evolução dos fenómenos e podem ser designados por a) Cenário baixo, b) Cenário central, e c) Cenário alto. Sendo que o cenário central corresponderá à evolução considerada mais plausível por parte do investigador, enquanto o cenário baixo corresponderá a uma possibilidade negativa e o cenário alto a uma perspetiva bastante positiva, ou seja, além das expetativas.

As projeções baseiam-se na combinação de diversos cenários para cada fenómeno, por exemplo: cenário baixo/central/alto de mortalidade alinhado com um cenário baixo/central/alto de fecundidade, o que resultará, por exemplo, em pelo menos 9 cenários.

Na fecundidade, o cenário baixo poderá implicar que o ISF vai continuar a diminuir nos próximos anos. O cenário central é quando se espera que não sofra alterações, mantendo-se constante e estável. O cenário alto é aquele que indica que no futuro, o ISF aumente. Na mortalidade, o cenário baixo é o que apresenta uma evolução lenta, ou seja, os valores mais baixos da esperança de vida à nascença e o cenário alto aquele que tem uma evolução rápida, ou seja, os valores mais altos para o mesmo indicador. Para a migração, os autores Bandeira *et al.* (2014) falam em apenas dois cenários para o contexto português, um cenário menos pessimista (saldo migratório líquido negativo de 10.000) e um segundo cenário (40.000 o saldo migratório líquido). Após uma contextualização do contexto português e de Portugal no domínio internacional será possível então criar os cenários de forma mais precisa e antecipar assim as necessidades de Portugal nos próximos anos.

Como vimos, a análise do envelhecimento populacional pode desencadear um total de 9 cenários conjugando a evolução as dinâmicas de mortalidade e fecundidade:

- Cenário baixo de mortalidade + fecundidade central;
- Cenário baixo de mortalidade + fecundidade alta;
- Cenário alto de mortalidade + fecundidade baixa;
- Cenário alto de mortalidade + fecundidade central;
- Cenário alto de mortalidade + fecundidade alta;
- Cenário central de mortalidade + fecundidade baixa;
- Cenário central de mortalidade + fecundidade central;
- Cenário central de mortalidade + fecundidade alta;

Quando nos referimos a um cenário de fecundidade central, admite-se que a tendência de evolução do ISF se mantém até 2041, atingindo os 1,84 filhos por mulher; enquanto num cenário baixo se assume que pode aumentar, mas ficando-se pelos 1,53 filhos por mulher no final da série; e por último, num cenário alto, assumimos uma evolução muito positiva da fecundidade, admitindo atingir um valor de 2,27 filhos por mulher, superior ao necessário para a renovação de gerações (2,1).

No caso correspondente aos comportamentos de mortalidade, a extrapolação desta componente para as mulheres, estima que em 2041, estas possam atingir os 87,4 anos de esperança de vida à nascença, sendo os intervalos de confiança obtidos a 95% (84,7; 89,5), os cenários baixo e alto correspondentes. Já nos homens, a tendência sugere que, sem interrupções, estes atinjam os 82,2 anos de esperança de vida a nascença em 2041, com um intervalo de confiança de 95% a variar entre os 79,8 e 84,1 anos, correspondendo mais uma vez aos cenários baixo e alto de mortalidade.

Importa referir que estes 9 cenários não contemplam o movimento migratório da população, pois devido à volatilidade dos movimentos migratórios, altamente associados a conjunturas de difícil previsão, estes foram deixados de parte, pois, a projeção do movimento natural da população permitirá sustentar este trabalho e dar uma ideia mais global do que se pretende demonstrar de momento, o que não inclui as disparidades regionais nem o impacto dos movimentos migratórios. Dentro de cada um dos cenários podemos esperar um aumento constante da esperança de vida, o que vai variar é o seu aumento menos ou mais acentuado. Assim sendo, podemos esperar que a esperança de

vida continue a aumentar, no entanto a população irá diminuir uma vez que será o resultado de baixas taxas de fecundidade.

Em primeiro lugar, e uma vez que estamos a utilizar grupos de idades singulares, para podermos projetar os dados para mortalidade, inicialmente temos de submeter a população inicial à sua probabilidade de sobreviver durante o próximo ano para estimar a população que chegará viva ao 1 de janeiro do ano civil seguinte. Perspetiva que segue a sua representação “gráfica” através do Diagrama de Lexis. Uma vez que cada ano civil tem a sua própria probabilidade de sobrevivência, teremos de contemplar cada uma delas por cada idade uma vez que à medida que um indivíduo envelhece a probabilidade é menor. De seguida, utilizamos então o método Lee-Carter (1992) pois é a metodologia mais utilizada mundialmente para calcular, extrapolar e assim chegar aos valores plausíveis futuros. Ainda que possa não ser a melhor ferramenta metodológica, é, tal como referido anteriormente, o mais utilizado nos estudos para prever os padrões de mortalidade com diferentes modificações metodológicas.

No que toca à natalidade, o que iremos ter em conta é a curva da fecundidade composta pelas taxas de fecundidade geral por idades, sendo o ISF o resultado do somatório das mesmas, ou seja, a soma de todos os valores que iremos ver na curva de fecundidade têm de resultar no ISF do ano referente à análise. Aqui optou-se por seguir uma abordagem determinística, e algo otimista, pois parte-se dos anos após a mais recente recuperação de fecundidade observada (excluindo a pandemia COVID-19). Os cenários dali decorrentes podem ser considerados extremamente otimistas, mas essa foi a intenção pois pretende-se provar que mesmo perante otimismo, o rejuvenescimento da população não terá um impacto instantâneo.

Note-se que as projeções efetuadas são até ao ano 2041 uma vez que para anos mais avançados os valores sofrem um grande afastamento atingido valores pouco realistas devido à inclusão da componente probabilista na sua construção. Com o número de pessoas a precisar de cuidados informais como foi possível ver na revisão da literatura, a nossa análise vai incidir apenas sobre estes. Não esquecer que, como referido nos procedimentos metodológicos, as projeções são previsões com base no que acontece atualmente, isto é, estes resultados podem alterar-se ao longo dos próximos anos consoante as dinâmicas e a realidade que existe. Desse modo, é importante frisar que falamos em potenciais cuidadores informais e potenciais dependentes.

3.3. Observações Éticas

Como os dados utilizados correspondem a dados secundários, já recolhidos, validados e disponibilizados por outrem, as questões éticas já terão sido colmatadas aquando do levantamento dos dados. Aqui o maior desafio centra-se em encontrar dados suficientes secundários para responder às minhas questões, uma vez que não vou provocar informação, tal como foi mencionado anteriormente. Ora, como Tripathy (2013) refere, se o investigador não tiver acesso aos códigos que foram utilizados na investigação original e não consiga então identificar as várias respostas, não é necessária uma análise intensiva do conselho de ética cujo papel é confirmar o anonimato e confidencialidade dos dados. A autora acrescenta ainda que se os dados estiverem disponíveis na internet, fóruns públicos, livros, já se pressupõe que foi dada a autorização para o uso dos mesmos.

Em termos de desafios, este tipo de metodologia permite-nos refletir sobre o futuro e o comportamento do agora, e por isso, encontra-se aqui a possibilidade de criar medidas de políticas para evitar consequências negativas através da monitorização de números (Mendes e Candeias, 2000). As escolhas em termos das variáveis a utilizar para analisar a proporção de indivíduos são facilmente manipuladas pelas medidas políticas, por exemplo, o nível de escolaridade mínimo obrigatório a aumentar, e são este tipo de medidas que depois acabam por espelhar a evolução das dinâmicas populacionais e mudanças sociais futuras (Mendes e Candeias, 2000; Bandeira *et al.*, 2014).

Capítulo IV: DINÂMICAS DEMOGRÁFICAS EM PORTUGAL

4.1. O caso português

Neste capítulo abordaremos a evolução demográfica ao longo das últimas décadas. Inicialmente iremos falar dos vários rácios de dependência e do índice de envelhecimento de modo que seja possível não só compreendermos a estrutura demográfica como também deduzirmos que impacto pode ter na sustentabilidade dos sistemas sociais e económicos. De seguida, teremos a distribuição da população residente pelos diferentes grupos etários de modo a analisarmos as tendências de crescimento e declínio em Portugal e, noutro momento, as similaridades ou disparidades entre as várias regiões internas e em relação ao contexto europeu. Por último, concluiremos este capítulo com uma evolução observada e estimada dos fenómenos demográficos em análise.

Uma análise detalhada e aprofundada das dinâmicas demográficas em Portugal permitirá, não só entender a sua dimensão, mas principalmente a sua composição. Com isto, pretende-se então compreender como se irá distribuir a população nos diversos grupos de idade e ainda como as instituições sociais (economia, família, saúde coletiva, política, ensino, trabalho) se organizam uma vez que o envelhecimento da população terá implicações em todas elas, inclusive sendo que o aumento do tempo de vida saudável é um dos objetivos das Nações Unidas para a agenda 2030 (Pot, Rabheru e Chew, 2023).

A idade de reforma difere de país para país, por exemplo, em países como a China, a Rússia, a Indonésia, as medidas políticas permitem a reforma aos 50 anos. Contudo, isto traz-nos um problema porque se os indivíduos que compõem a população ativa é cada vez menos não só devido às baixas taxas de natalidade, mas também porque as pessoas reformam-se mais cedo. Esta realidade não é transversal a todos os países ou a todos os indivíduos uma vez que surge a necessidade de responder às responsabilidades financeiras, ou manter um determinado estilo de vida. Inclusive, nos anos em que o mundo atravessou uma pandemia (COVID-19), muitas pessoas tiveram de sair da reforma e voltar a entrar no mercado de trabalho. A população mundial, em 2023, já alcançou os 8 bilhões, no entanto neste momento estamos perante um abrandamento. Para compreender melhor o quadro mundial, no Japão, a população idosa representa cerca de 28% do total, seguindo-se a Itália com 23%, o mesmo que Portugal que, como vimos anteriormente, a população com 65 ou mais anos representa 23,4% da população total.

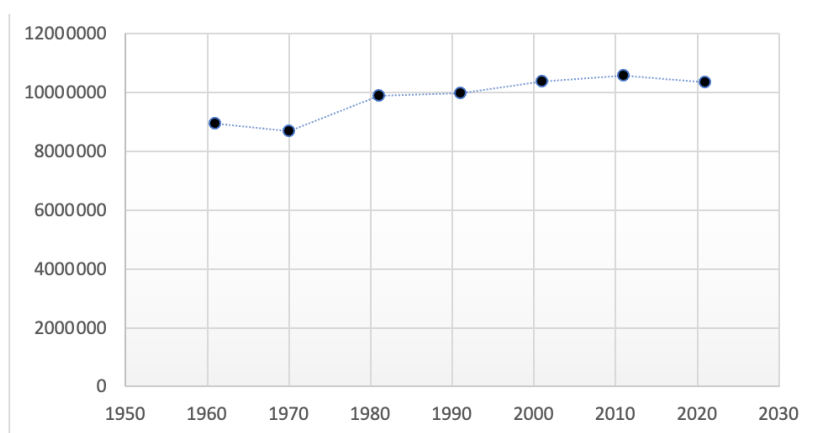
Isto vai levar a que o número de pessoas na reforma aumente e é fulcral entender e criar mecanismos para sustentar economicamente a população (Diaz, 2023).

4.1.1. Crescimento e envelhecimento populacional

Tendo em conta que as dinâmicas sociais são fortemente influenciadas pelas dinâmicas demográficas de um determinado país/região, importa proceder a uma contextualização da evolução demográfica em Portugal para que se tenha uma ideia clara e objetiva sobre os comportamentos demográficos do futuro. Neste sentido, optou-se por elaborar uma descrição detalhada relativamente à evolução da população portuguesa entre os recenseamentos gerais da população de 1960 a 2021.

Analisando a figura 2, conseguimos perceber que o número de indivíduos residentes em Portugal tem vindo a aumentar, passando de 8.929.315 em 1961 para 10.343.066 em 2021, sendo que no período inter-censitário mais recente (2011-2021) se observou um declínio de aproximadamente 200 mil indivíduos.

Figura 2: População Total em Portugal (1961-2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

Na tabela 2, com informação acerca da população residente em Portugal de acordo com os grupos funcionais (jovens 0-14; ativos 15-64; e idosos 65+), podemos verificar que, no seu total, a população portuguesa aumentou nestes 60 anos cerca de 1,4 milhões de habitantes (1 413 751). Ainda assim, entre os recenseamentos de 2011 e 2021 verificou-se um declínio de 219 112 habitantes, o primeiro desde a década de 1960. Ainda assim, este declínio recente perspetiva-se bastante diferente na medida em que não se espera uma recuperação populacional futura.

Tabela 2: População Residente em Portugal por Grupos Etários (1961-2021)

ANOS/IDADES	0-14	15-64	65 +	TOTAL
1961	2 600 133	5 615 441	713 741	8 929 315
1970	2 492 892	5 368 566	818 972	8 680 430
1981	2 493 763	6 244 924	1 132 638	9 871 325
1991	1 959 671	6 628 021	1 372 543	9 960 235
2001	1 656 602	7 006 022	1 693 493	10 356 117
2011	1 572 329	6 979 785	2 010 064	10 562 178
2021	1 331 188	6 588 239	2 423 639	10 343 066

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

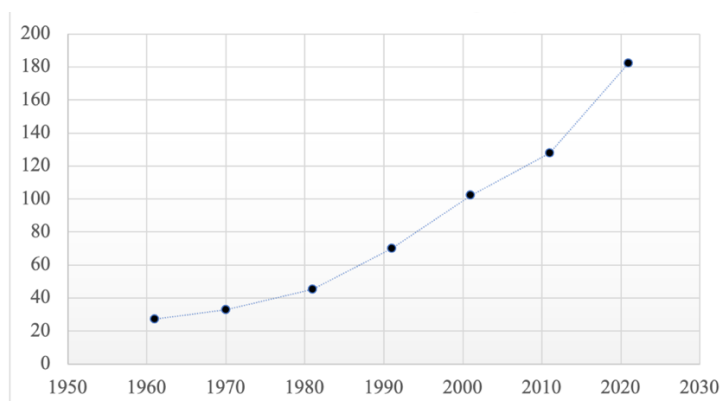
Entre 1961 e 2021, o número de jovens foi superior ao dos idosos até 1991. Num intervalo de 10 anos, esta situação inverteu-se passando o número de idosos a ser superior ao número de jovens. Aqui podemos perceber rapidamente que a taxa de fecundidade teve uma tendência a baixar tal como a taxa de mortalidade. No que toca aos indivíduos em idade ativa, para o mesmo período, teve um aumento até 2001, começando depois a diminuir em 2011.

Com base nestes dados, é possível calcular diversos índices como o Índice de Envelhecimento (IE), o Rácio de Dependência de Idosos (RDI), e Rácio de Dependência de Jovens (RDJ). O IE representa o número de idosos que existe por cada 100 jovens e obtém-se a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de residentes com 65 anos ou mais}}{\text{Número de residentes 0-14}} \times 100$$

A figura 3 demonstra o rápido e acentuado envelhecimento observado em Portugal entre os recenseamentos de 1961 e de 2021. Se em 1961 o valor rondava os 27 (27,4) idosos por cada 100 jovens, em 2021 o IE era já superior a 180 idosos (182,1) por cada 100 jovens. De forma mais direta, podemos afirmar que Portugal se aproxima rapidamente de uma população onde se observam 2 idosos por cada (1) jovem. Este indicador, aumentou assim, em 60 anos, mais do que 5,5 vezes.

Figura 3: Índice de Envelhecimento em Portugal (1961-2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

O RDJ, que se define como o número de indivíduos com idades inferiores aos 15 anos que existe por 100 indivíduos em idade ativa (15-64), obtém-se através do seguinte cálculo:

$$\frac{\text{Número de residentes com 0-14 anos}}{\text{Número de residentes com 15-64 anos}} \times 100$$

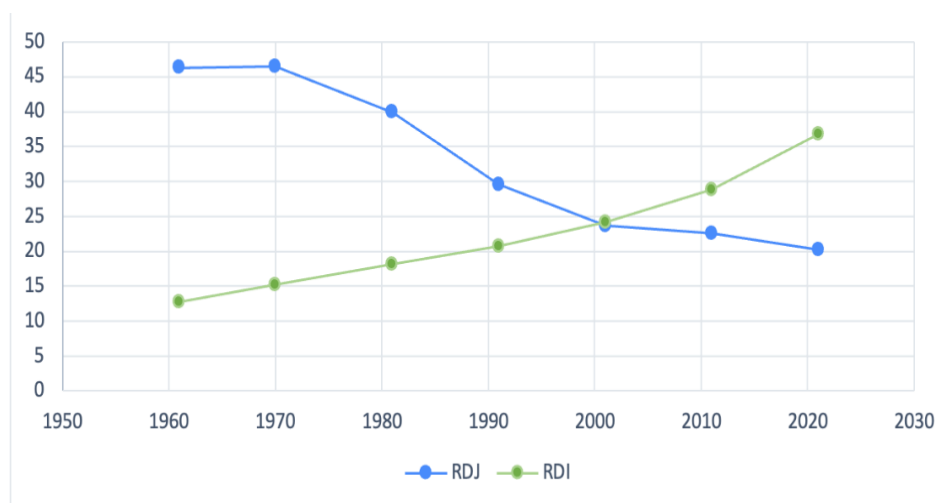
Em 1961, o RDJ encontrava-se nos 46,3 jovens por cada 100 indivíduos potencialmente ativos (figura 4), tendo aumentado de forma mais ou menos constante até 1968 (47,0%). A partir de 1970 a tendência foi de declínio, tendo alcançado os 20,2 jovens por cada 100 potencialmente ativos em 2021, correspondendo a menos de metade do valor observado em 1961.

Já o RDI, que se caracteriza pelo número de indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos em idade ativa, obtém-se por:

$$\frac{\text{Número de residentes com 65 ou mais anos}}{\text{Número de residentes com 15-64 anos}} \times 100$$

Ainda através da análise da figura 4, podemos constatar que se em 1961, tínhamos um valor 12,7 idosos por cada 100 potencialmente ativos, este mais do que duplicou até 2021, atingindo os 36,8 idosos por cada 100 indivíduos potencialmente ativos.

Figura 4: Rácio de Dependência de Jovens e Rácio de Dependência de Idosos em Portugal (1961-2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

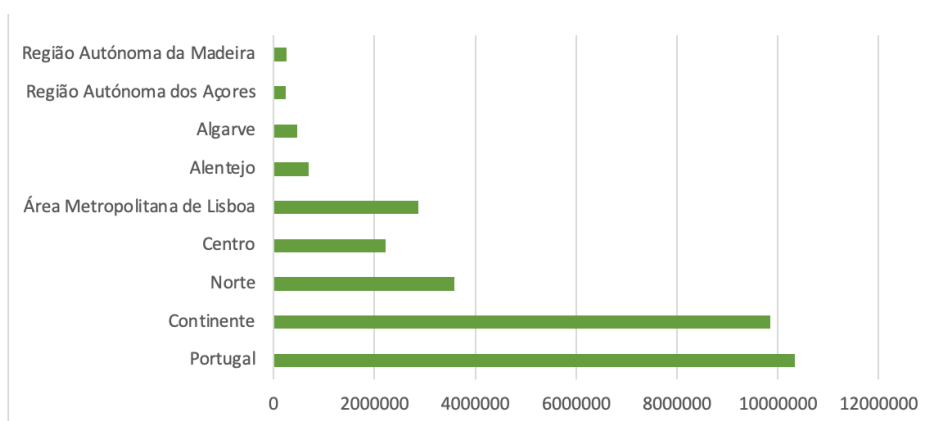
4.1.2. Divergência ou convergência regional?

Tendo em conta a análise efetuada na secção anterior, torna-se pertinente avaliar a possível divergência ou convergência demográfica a nível regional. Deste modo, e com foco nas duas décadas de informação mais recentes, procedemos agora a uma análise dos indicadores anteriormente referidos em mais detalhe (Portugal e NUTS II⁶).

A figura 5 apresenta a distribuição da população residente em Portugal obtidas pelo recenseamento geral da população de 2021, diferenciado agora por NUTS II de residência dos indivíduos. Os resultados apresentados demonstram, sem qualquer surpresa, que além da maioria da população residir no Continente, a região Norte é aquela que tem mais habitantes (3.586.586), seguida da região da Área Metropolitana de Lisboa (AML) contando com 2.870.208. A nível continental, é o Algarve a região com menor representatividade (467.343 indivíduos), mas ao analisarmos os dados com as regiões autónomas, é os Açores que apresenta o menor número de residentes (236.413 indivíduos).

⁶ As NUTS II são compostas pelas seguintes regiões: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira. Para saber mais sobre a composição das NUTS III, ver anexo I.

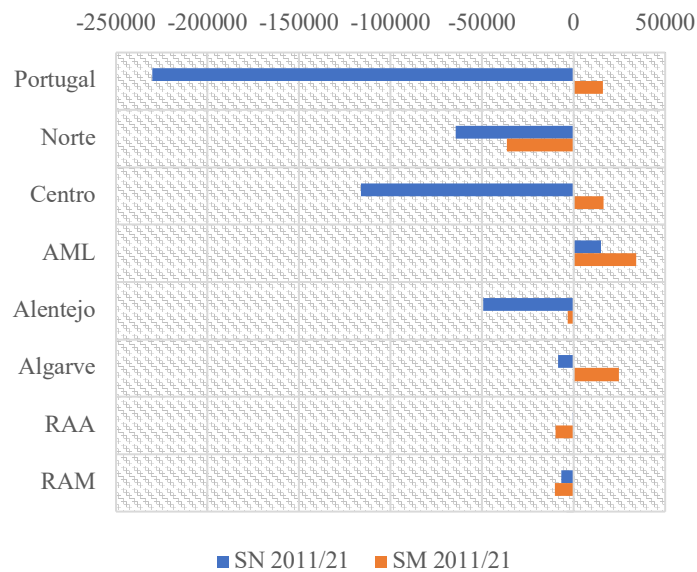
Figura 5: População residente por Local de residência (2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

Apesar dos resultados observados na figura 5, devemos referir que a dimensão populacional ali apresentada resulta tanto do movimento natural, como do movimento migratório da população. Neste sentido, e apesar de se ter observado uma diminuição da população portuguesa, as regiões da AML e do Algarve seguiram na direção oposta, sendo as únicas que viram a sua população total aumentar. Ainda assim, na AML o Saldo Natural (SN – diferença entre o total de nados vivos e o total de óbitos registados entre 2011 e 2021) e o Saldo Migratório (SM – diferença entre o total de imigrantes e o total de emigrantes registados entre 2011 e 2021) são ambos positivos, em especial o segundo. Esta situação demonstra que a região da AML, além de ser relativamente jovem no contexto do país, consegue também ser atrativa a nível migratório. Já no caso da região do Algarve, a situação é ligeiramente diferente, pois apesar de ter um SN negativo, este é compensado em larga escala por um SM bastante positivo, o que permitiu fazer crescer o seu efetivo populacional.

Figura 6: Saldo Natural e Migratório em Portugal, NUTS II (2011-2021)

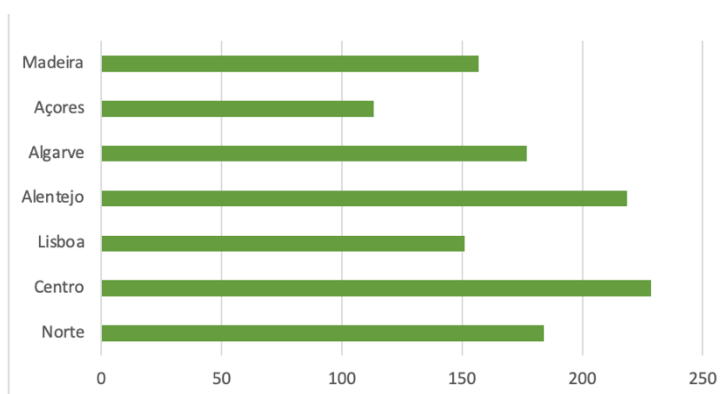


Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

A análise de indicadores demográficos adicionais permite uma outra perspetiva. Neste sentido, através da observação do IE para as diferentes NUTS II, apresentado na figura 7, podemos concluir que a região mais envelhecida é a região Centro, com um valor de 229 idosos por cada 100 jovens, seguida pela região Alentejo, cujo valor é ligeiramente mais baixo: 219 idosos por cada 100 jovens. Ainda assim, sabe-se que a região da Lezíria do Tejo, demograficamente muito distinta das restantes NUTS III que compõem o Alentejo, ameniza este valor e que, se retirarmos a sua “contribuição”, ambas as regiões, Centro e Alentejo, apresentam um IE de 229 idosos por cada 100 jovens.

Importa ainda referir que estas são as únicas regiões aqui apresentadas em detalhe que registam mais do que 2 idosos por cada jovem, algo que, pelo facto da região Alentejo ser de baixa densidade populacional, resulta em desafios acrescidos.

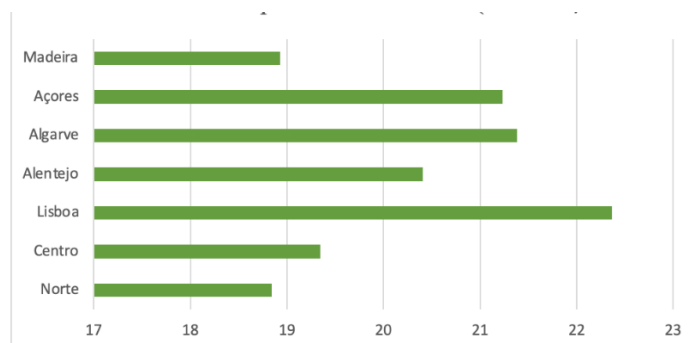
Figura 7: Índice de Envelhecimento NUTS II (2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

Já o RDJ, apresentado na figura 8, permite reforçar o que foi descrito anteriormente, pois quando as estruturas populacionais seguem uma tendência de envelhecimento, o RDJ tende a diminuir. Assim, temos a região da AML com cerca de 22 jovens por cada 100 potencialmente ativos, enquanto a região Norte e a Região Autónoma da Madeira apresentam valores abaixo dos 19 jovens por cada 100 potencialmente ativos.

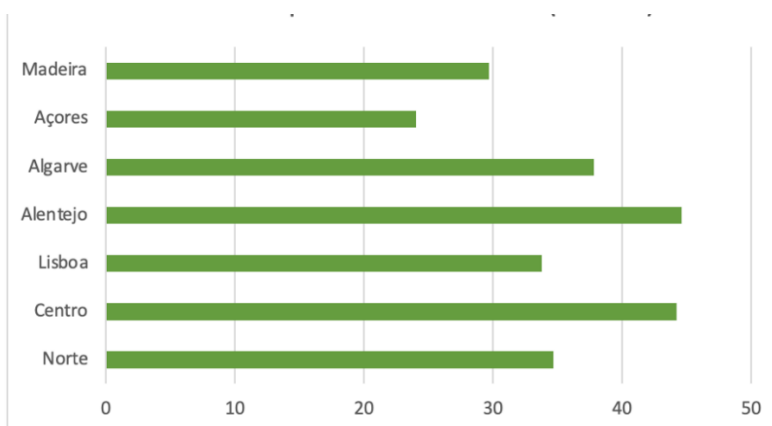
Figura 8: Rácio de Dependência de Jovens NUTS II (2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

Na análise da figura 9, o RDI apresenta então a tendência oposta, em que são as regiões do Alentejo e do Centro, anteriormente identificadas como as mais envelhecidas, que apresentam valores mais elevados e que rondam os 45 idosos por cada 100 potencialmente ativos.

Figura 9: Rácio de Dependência de Idosos NUTS II (2021)



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma INE (2023)

4.1.3. Portugal no contexto europeu

A nível da população total, segundo a PORDATA (2023), a população total da Dinamarca sempre foi cerca de metade da população portuguesa, já a Suécia e a Hungria, os valores eram mais próximos de Portugal. De outro modo, a Itália sempre quase cinco vezes mais população que qualquer outro país europeu.

Tabela 3: População residente total em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021)

	Dinamarca	Suécia	Portugal	Hungria	Itália
1961	4 611 687	7 519 998	8 929 316	10 027 958	50 536 350
1970	4 928 757	8 042 801	8 680 431	10 337 910	53 821 850
1981	5 121 572	8 320 503	9 851 362	10 711 848	56 501 675
1991	5 154 298	8 617 375	9 960 235	10 373 400	56 758 521
2001	5 358 783	8 895 960	10 362 722	10 187 576	56 974 100
2011	5 570 572	9 449 213	10 557 560	9 958 824	59 379 449
2021	5 856 733	10 415 811	10 325 147	9 709 891	59 133 173

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma Pordata (2023)

Tabela 4: População 0-14 em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 - 2021)

	Dinamarca	Hungria	Itália	Portugal	Suécia
1961	1 138 806	2 520 078	12 468 600	2 600 138	1 651 108
1970	1 148 036	2 151 481	13 225 450	2 492 895	1 676 441
1981	1 037 592	2 359 530	12 234 301	2 493 638	1 600 676
1991	874 288	2 043 371	9 001 601	1 959 671	1 562 664
2001	999 786	1 676 055	8 109 044	1 679 191	1 625 537
2011	990 773	1 448 750	8 338 709	1 584 037	1 574 615
2021	947 308	1 413 701	7 563 170	1 353 756	1 838 451

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma Pordata (2023)

Passemos então a uma análise da população por grupos etários dos vários países. Na tabela 5, a população dos 0-14 anos a tendência é diminuir, ao contrário da Suécia que aumentou de 1.651.108, 1961, para 1.838.451 em 2021.

Tabela 5: População 15-64 em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021)

	Dinamarca	Hungria	Itália	Portugal	Suécia
1961	2 975 559	6 578 945	33 288 800	5 615 434	4 970 770
1970	3 175 777	6 992 066	34 733 450	5 368 574	5 266 951
1981	3 339 229	6 944 719	6 792 743	6 224 997	5 349 926
1991	3 477 009	6 924 825	39 089 047	6 628 021	5 525 740
2001	3 565 733	6 963 073	8 285 347	6 978 257	5 738 948
2011	3 628 867	6 836 549	38 769 683	6 981 489	6 113 641
2021	3 723 681	6 312 687	37 573 536	6 591 696	6 473 934

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma Pordata (2023)

Dos 15-64 anos, a Dinamarca, Itália, Suécia o número de indivíduos aumentou, ao contrário da Hungria que ainda que com uma ligeira subida, de 2011 para 2021 teve uma perda de 523.862 indivíduos.

Tabela 6: População 65+ em Portugal, Dinamarca, Hungria, Itália e Suécia (1961 – 2021)

	Dinamarca	Hungria	Itália	Portugal	Suécia
1961	497 323	928 935	4 778 950	713 745	898 120
1970	604 945	1 194 364	5 862 950	818 963	1 099 410
1981	744 751	1 407 600	7 474 631	1 132 728	1 369 901
1991	803 002	1 405 205	8 667 874	1 372 543	1 528 972
2001	793 264	1 548 448	10 579 709	1 705 274	1 531 476
2011	950 933	1 673 525	12 271 057	1 992 034	1 760 957
2021	1 185 744	1 983 504	13 996 468	2 379 696	2 103 426

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma Pordata (2023)

Já no último grupo etário (65+ anos), em todos os países a população aumentou. Em termos de agregado familiar, segundo os dados da PORDATA (2023), em todos os países tem se verificado um aumento nos últimos 20 anos em relação a agregados unipessoais compostos por indivíduos com 65 ou mais anos com um valor superior aos 15%, sendo mais problemático ao olharmos para a percentagem total de agregados domésticos unipessoais, aqueles que são constituídos por 65 ou mais anos, a Dinamarca e a Suécia são os países com uma percentagem menor (36,3% e 23,5% respetivamente), seguindo da Itália com 46% a comparar com a Hungria e Portugal (51,3% e 68,2% respetivamente).

Em termos de mortalidade, o número de óbitos em qualquer dos países tem tido um aumento, sendo a Hungria e Portugal com maiores taxas de mortalidade atingindo os 16,1‰ e 12,1‰ respetivamente. Em relação ao número de anos de vida saudável após os 65 anos, no caso dos homens é na Suécia com 14,5 anos em 2021, e nas mulheres com 14,8 anos, sendo o dobro de Portugal. Logo de seguida, é a Itália com mais anos de vida saudável no caso dos homens com 10,8 anos e das mulheres com 10,7. A Hungria é o país que apresenta valores mais baixos com 7,1 anos para os homens e 7,8 para as mulheres. Em todos os países houve um aumento geral do número de anos de vida saudável, o que reflete uma melhoria, ainda que uns países tenham uma evolução mais rápida que outros.

No que toca à fecundidade, o ISF para todos os países teve uma diminuição, sendo Portugal a ter a maior queda de 3,21, em 1961, para 1,35, em 2021. Abaixo de Portugal está a Itália com um ISF de 2,44, em 1961, para 1,25, em 2021, sendo a Dinamarca e Suécia com os maiores valores, atualmente com 1,72 e 1,67 respetivamente. Seguindo então a Hungria com 1,61. No entanto, em todos eles é visível a não renovação de gerações, logo as consequências disso serão semelhantes em todos. Em relação à idade média de cada mulher ao nascimento do primeiro filho, é na Hungria que têm filhos mais

cedo desde 1961 com 25,7 tendo sofrido um aumento até 2021 onde se encontra agora nos 30 anos. É a Itália o país deste conjunto com a idade mais tardia a ter o primeiro filho com 30,2 anos, em 1961, e 32,4 anos, em 2021. De seguida, temos a Dinamarca, Suécia e Portugal com idades semelhantes entre 27 ou 29 anos tendo aumentado para 32 anos.

Assim sendo, podemos compreender que o envelhecimento é algo generalizado pela Europa independentemente do nível de desenvolvimento de cada um e que o isolamento social é também uma consequência transversal.

Olhando para o contexto português, face a esta problemática, as várias regiões do país têm os seus próprios conjuntos de medidas criadas de acordo com os recursos disponíveis. Vamos analisar 5 planos municipais (Arco de Valdevez, Vila Nova de Gaia, Amadora, Évora e Moura) criados pelas equipas das câmaras municipais. Estes municípios foram escolhidos com base na informação disponível e no ano a que se referem. Será importante ver as semelhanças e as diferenças e o que poderíamos adotar noutras regiões envelhecidas.

É igualmente importante referir que grande parte das medidas já estavam em vigor noutros anos.

A vila Arco de Valdevez localiza-se no Alto Minho e, segundo a PORDATA, no ano de 2021 havia um total de 20.718 sendo que desses, 7.458 encontram-se no grupo com idades igual ou superior a 65 anos correspondendo a 36% da população e 11.337 em idade ativa. As medidas nesta região foram criadas para constar no plano municipal sénior elaborado pela câmara municipal referente aos anos de 2024/2025 (Câmara Municipal de Arco de Valdevez, 2024). As medidas são as seguintes: a) teleassistência domiciliária; b) cartão sénior; c) mais conforto no lar; d) seniores + ativos nas IPSS; e) olimpíadas seniores; f) radar social⁷; g) serviço de apoio domiciliário e de centro de dia; h) Dia dos Avós⁸; i) ação de sensibilização para a violência contra os idosos; j) encontro sénior⁹; k) Habitação sem barreiras e l) comissão de apoio à população idosa.

Ainda no Norte, escolhemos Vila Nova de Gaia, de acordo com os dados na PORDATA, em 2021 esta região tem uma população total de 303.824 em que 65.010

⁷ Esta medida tem como objetivo identificar geograficamente os idosos isolados.

⁸ O Dia dos Avós permite a socialização entre os idosos institucionalizados e crianças/jovens, ou seja, encontros intergeracionais.

⁹ Já o encontro sénio permite a socialização apenas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados.

peçoas pertencem ao grupo de idades com 65 ou mais anos, em 2021. Já o número de peçoas em idade ativa é de 199.902. As medidas aplicadas à população são nas seguintes áreas: a) atividade física como caminhadas, golfe, malha, entre outros; b) música com atividades como cantar, movimento, instrumentos, dança, entre outros; c) participação cívica, isto é, participação da população mais idosa no levantamento de problemas e soluções; d) cartão gaia todo o mundo sénio com descontos nas áreas da cultura, desporto, saúde e é aplicável a todos os indivíduos com mais de 55 anos; e) diversos projetos como “pergunta aos avós” através de registos da história de vida e conhecimento das peçoas com idades mais avançadas, “a mim tu não me enganas” baseado em ações de sensibilização para as questões da segurança, “roteiro sénior” que consiste numa lista de atividades e projetos disponíveis na cidade para os idosos, “@sénior” focado mais no mundo digital de forma a conseguir-se diminuir a distância dos familiares e facilitar alguns serviços que possam ser feitos online ao invés de deslocarem-se fisicamente às instituições como a segurança social, finanças, entre outros; f) residências partilhadas para peçoas idosas com o objetivo de diminuir o isolamento social; g) apoio domiciliário com horário alargado nomeadamente nos fins de semana e horários pós-laboral; h) formação dos técnicos e auxiliares dos Centros de Dia uma vez que com a estimulação física e cognitiva, o número de idosos em situação de dependência será menor; i) sensibilização da comunidade através da criação de apoios na comunidade para dar a oportunidade aos idosos de envelhecerem nas suas próprias casas caso o preferam; j) programa de férias de quem cuida, ou seja, atribuir dias de descanso ao cuidador informal substituindo-o na prestação de cuidados; k) teleassistência domiciliária; l) projeto “apoia-te em mim” que consiste em ações de voluntariado com atividades como visitas, ajudas nas tarefas quotidianas, acompanhamento a consultas, aquisição de bens alimentares, medicação, acompanhar em caminhadas, entre outras e m) comemoração do mês do idoso (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, 2024).

Na região centro do país, o município da Amadora tem um total de 171.454 dos quais 38.369 têm 65 anos ou mais tendo aumentado para 40.093 em 2023. Já 109.117 da população total encontram-se em idade ativa no ano de 2021 e 110.450 no ano de 2023. No seguimento do Plano Estratégico para o Envelhecimento Saudável, com medidas que estão em vigor desde 2016 até 2025 (Câmara Municipal da Amadora, 2024), concluíram que o grupo etário acima dos 65+ anos será composto por indivíduos com mais escolaridade, mais ciente dos estilos de vida saudável e terão maior participação cívica e política o que resultará num aumento de peçoas que envelhecem de forma ativa e

saudável. Este é um plano dividido em 4 eixos divididos entre a) cuidados básicos, subsistência e suporte à vida que tem como objetivo dar resposta às necessidades da população idosa em áreas como a habitação, saúde, isolamento, tecnologia e, ainda o apoio aos cuidadores; b) inclusão na comunidade que visa as redes de transportes públicos, acessibilidade na via pública, segurança das pessoas idosas no espaço público, projetos intergeracionais, redes de voluntariado de grande proximidade, mudança das representações sociais acerca do idoso para que estes comecem a ser vistos como cidadãos ativos e recursos; c) participação socioeconómico e cívica através da criação de cursos teóricos e de alfabetização, de programas de voluntariado para que os idosos possam praticar, preparação para a reforma ou abrandamento da atividade económica remunerada e a criação do fórum municipal Sénior e d) qualificação das organizações e responsabilidade social, ou seja, investir em formações para as pessoas que trabalham com idosos e manter os indivíduos com idades mais avançadas atualizados no que toca a informações institucionais, por exemplo, boletins com contactos relevantes.

Chegando à zona Sul do país, fará todo o sentido falarmos da região de Évora. Em 2020, foi criado o plano integrado de apoio social que visa um conjunto de objetivos e orientações para o apoio socioeconómico dos eborenses para o ano de 2024 (Câmara Municipal de Évora, 2024). Os eborenses, no censo de 2021, segundo a PORDATA, eram um total de 53.577, sendo que desse total, 12.662 tinham 65 ou mais anos e 33.937 em idade ativa. Em relação ao envelhecimento estes apoios são escassos para o número de idosos que se verifica.

Não obstante, é importante reconhecer as iniciativas criadas, entre as quais temos: a) noite de fados; b) baile da amêndoa; c) mês maior – baile maior; d) seminário cuidar do eu e do outro; e) criação de centros de convívio para atividades culturais; f) uma aula semanal de atividade física na instituição ou hidroginástica nas piscinas municipais e g) universidade sénior. Ainda na freguesia dos Canaviais há o cartão social do munícipe idoso que, apesar de não ser exclusivamente para indivíduos acima dos 65 anos, tem o mesmo objetivo que a medida do cartão sénior noutras regiões. O plano municipal de Évora para os anos de 2024-2027 já incluem medidas com o mesmo planeamento dos outros municípios que vimos e veremos. Nomeadamente para combater o envelhecimento, Évora neste período de 3 anos irá optar pelas seguintes medidas: a)

acesso à habitação no que toca à lei da oferta e da procura de habitação¹⁰ e aos preços quer para compra quer para arrendamento destinado a famílias e estudantes; b) atividade económica e dinâmica do mercado de trabalho devido à inexistência de mão-de-obra qualificada e consequentemente a falta de resposta das necessidades; c) mobilidade de pessoas e bens; d) apoios sociais e apoios à família com o objetivo de atingir uma maior capacidade de conciliar a vida profissional e familiar.

Por fim, ainda na zona do Alentejo, outra região onde o envelhecimento é acentuado e que se nota um certo despovoamento, falemos de Moura. Moura é uma pequena região do interior que, em 2021, tinha um total de 13.258 habitantes dos quais 3.496 tinham 65 + anos e 7.819 tinham entre 15-64 anos. No seu plano municipal lançado pela câmara municipal podemos ver algumas medidas importantes aplicadas entre 2021 e 2024 (Câmara Municipal de Moura, 2024). Medidas estas que, por exemplo, muitas não se verificam em Évora, mas seria interessante aplicar, nomeadamente: a) apoio à natalidade e adoção através de um apoio financeiro por cada filho; b) apoio habitacional destinados a reformados com baixos rendimentos, desempregados ou indivíduos com trabalho precário; c) programa Abem que consiste no apoio ao medicamentos; d) projeto *helpphone*, por outras palavras, teleassistência; e) plataformas online para interação com as famílias; f) linha de atendimento social e apoio psicológico; g) articulação com o comércio local, ou seja, apoio com alimentos, medicamentos, transportes para consultas médicas, entre outros; h) cantinas sociais; i) universidade sénior; j) comemoração do Dia Internacional do Idoso e k) apoio ao cuidador através de fornecimento de serviços na área dos cuidados paliativos, reconhecimento do seu trabalho, entre outros).

Segundo o relatório do Envelhecimento do Parlamento Europeu, o número de pessoas dependentes de terceiros ou que necessitem de cuidados continuados, aumenta com a idade. Para responder à escassez dos sistemas de cuidados formais e à pressão sentida pelos cuidadores informais, a Eurofound (2021) sugere serviços ao domicílio àqueles que precisem de menos cuidados e assim identificar eventuais problemas e dar uma resposta rápida antes de atingirem um estado de dependência total. É imprescindível também dar condições laborais às pessoas mais velhas de forma a permanecerem mais tempo no trabalho se assim o desejarem, e isto pode ser atingido através da atribuição de funções adequadas à idade, equilíbrio entre vida profissional e vida privada. O estudo de Lopes *et*

¹⁰ Em relação às habitações sociais também tem se notado pouca oferta.

al. (2021), inclusive, concluiu que, em Portugal, os indivíduos que escolhem viver em casa apresentam menos problemas de saúde do que os que se encontram institucionalizados. No contexto do covid-19, surgiram novos contextos de trabalho, nomeadamente o teletrabalho. As empresas podem ver estas novas formas como uma maneira de melhorar as condições de trabalho para pessoas que estão perto da reforma ou permitirem uma passagem gradual para a reforma, por exemplo, redução de horário.

Outra medida que poderíamos aplicar seria os sistemas distributivos, na solidariedade contributiva entre gerações. Ora isto é importante visto que as mulheres são quem mais cuidam informalmente. Com esta medida, estas podiam viver com dignidade apesar da pouca contribuição ou nenhuma. Havendo este sistema distributivo, é uma forma de reconhecer o trabalho e o peso que é retirado dos cuidadores formais.

O livro verde sobre o envelhecimento criado pela Comissão Europeia, em 2021, vem retratar exatamente o que temos vindo a falar. Neste livro está consagrado a importância das políticas públicas para alcançar o tão desejado envelhecimento ativo e saudável.

Em primeiro lugar, falamos da aprendizagem informal que esta deve ser feita ao longo do tempo desde os primeiros anos de vida até aos últimos uma vez que não só pode abrandar o aparecimento de doenças degenerativas, como também leva a que os idosos tenham um papel mais ativo na sociedade.

O facto de a população em idade ativa estar a diminuir, num panorama global, resulta na diminuição de mão de obra, logo pouca produção e prestação de serviços. A solução seria dar boas condições no mercado trabalho (igualdade de género no trabalho e nas tarefas doméstica, assistência á família, entre outros) prolongando assim a vida ativa e aumento de produtividade. É fundamental manter um envelhecimento ativo e saudável uma vez que atualmente quase 50% das pessoas com 65 ou mais anos possuem limitações que as impede de realizar livremente o seu quotidiano¹¹, precisando assim cuidados de saúde de qualidade. Porém, devido à pouca mão-de-obra na área dos cuidados formais, estes cuidados recaem sempre sobre os cuidadores informais, geralmente mulheres (Gil, 2022). Como vimos anterior, as mulheres muitas vezes não conseguem conciliar com o trabalho principal e acabam por focar-se apenas nos cuidados. Isto traz consequências, nomeadamente: poucas contribuições para a segurança social, baixos rendimentos, dificuldade em voltar ao mercado de trabalho, *burnouts*, entre outros. Uma solução

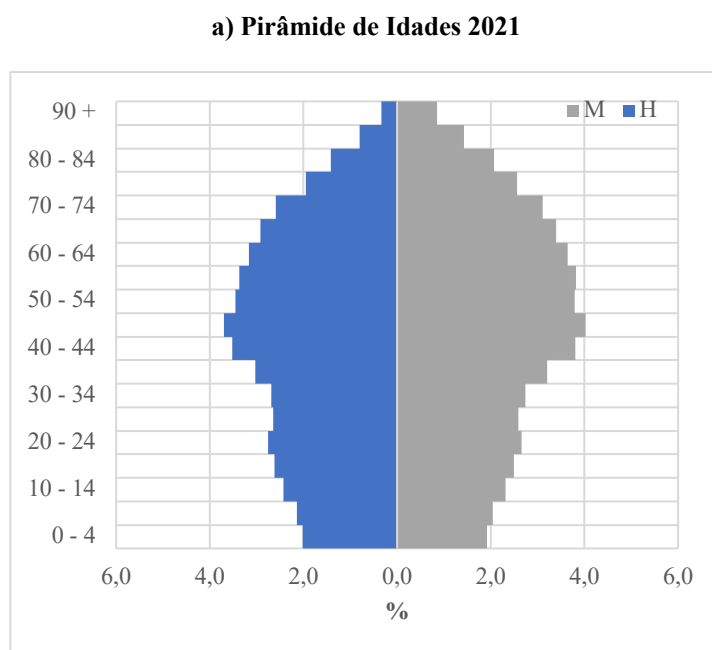
¹¹ Lopes *et al.* (2021) concluíram que os maiores níveis de dependência recaíam nas rotinas de autocuidado e em atividades que exijam aprendizagem e funções mentais.

poderia então ser, o horário reduzido como existe aquando do nascimento de um filho, mantendo a remuneração e assim evitar que o cuidador se sinta obrigado a ter de deixar o seu trabalho principal e acabe numa situação de precariedade e pobreza.

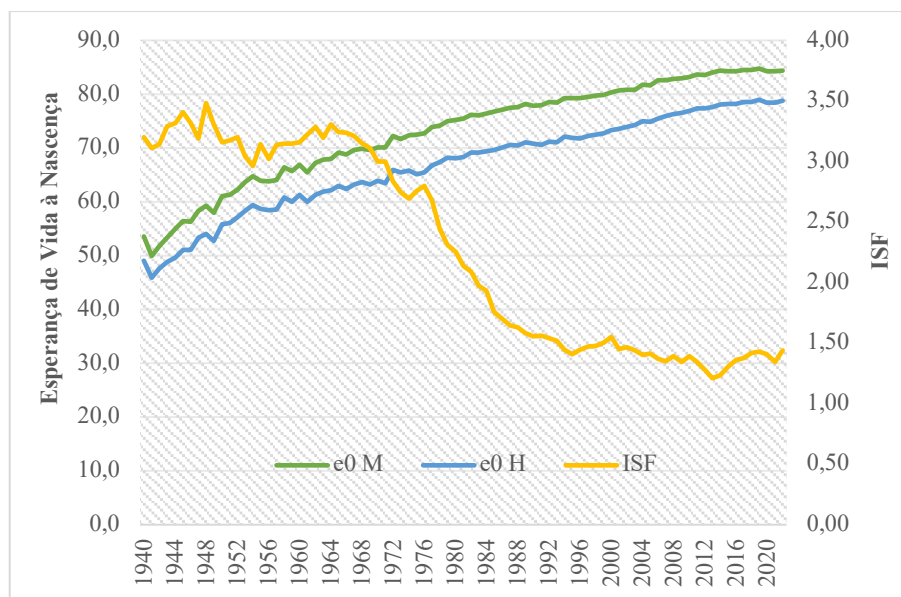
4.1.4. O contributo dos três fenómenos demográficos: passado, presente e futuro

A evolução da estrutura populacional portuguesa, muito idêntica à maioria dos países europeus no respeitante ao envelhecimento acentuado, é resultado, como já se vem referindo anteriormente, de um aumento bastante significativo na longevidade da população, acompanhado pelo declínio acentuado nos níveis gerais de fecundidade. Esta situação resulta num duplo envelhecimento demográfico: pirâmide de idades com um topo alargado e uma base bastante estreita. Esta situação pode ser observada com a análise da figura 10, que não só apresenta a estrutura populacional da população portuguesa em 2021 (ano de recenseamento) como, a evolução do Índice Sintético de Fecundidade (ISF – número médio de filhos que cada mulher deixará na população caso os níveis de fecundidade do momento se mantenham constantes até ao final da sua vida reprodutiva) e a Esperança de Vida à Nascimento (e_0).

Figura 10: Longevidade, fecundidade e estrutura populacional em Portugal



b) Longevidade e fecundidade



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Conforme verificámos na análise da figura 10, enquanto a tendência da e_0 é aumentar, a do ISF é diminuir. Ainda assim, desde o ano de 2013, ano em que Portugal registou o valor mais baixo de sempre (1,21 filhos por mulher), que o ISF tem registado uma recuperação. Esta recuperação foi apenas interrompida em 2020 e 2021, devido ao impacto da pandemia COVID-19, para voltar a mostrar sinais de recuperação em 2022. Situação idêntica também se registou no caso da evolução da e_0 , cuja evolução extremamente positiva foi interrompida pela pandemia COVID-10, para depois voltar a recuperar.

Tendo em conta estas tendências, foram elaborados diferentes cenários de evolução hipotéticos que permitiram contruir os diferentes cenários (“what if”) já referidos anteriormente. Estes cenários encontram-se na figura 11. Se no caso do ISF se recorreu ao “ajuste” de diferentes linhas de tendência, em especial a regressão linear e logarítmica, no caso da mortalidade/longevidade (e_0), recorreu-se ao (re)conhecido modelo de Lee-Carter (1992) para estimar os possíveis padrões de evolução futura da esperança de vida à nascença em Portugal.

No caso do ISF (figura 11a) optámos por ajustar 4 modelos ligeiramente diferentes, sendo que o cenário mais otimista (linha vermelha) corresponde à evolução hipótese de a

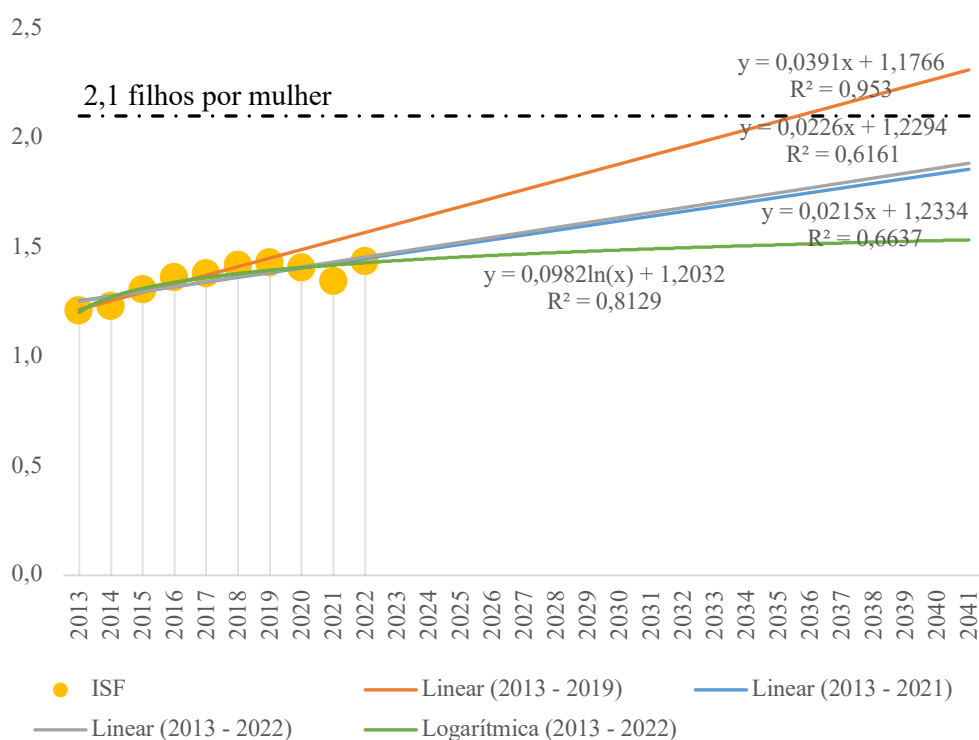
recuperação iniciada desde 2013 não ter sido interrompida pela pandemia; o cenário pessimista (linha verde) corresponde ao modelo logarítmico, ajustado com todos os dados desde 2013; e o cenário tendencial (linha azul) corresponde a um ajuste linear, que exclui o ano de 2022. A seleção entre o modelo correspondente às linhas azul e cinza, baseou-se no R^2 , e sendo que o valor mais elevado significa um melhor ajuste da curva, optámos pelo resultado representado a azul.

Em relação aos cenários de mortalidade (figura 11b), estes baseiam-se no intervalo de confiança a 95% obtido com o ajuste do modelo de Lee-Carter, sendo que o cenário pessimista segue o limite inferior do intervalo, e o otimista, o limite superior.

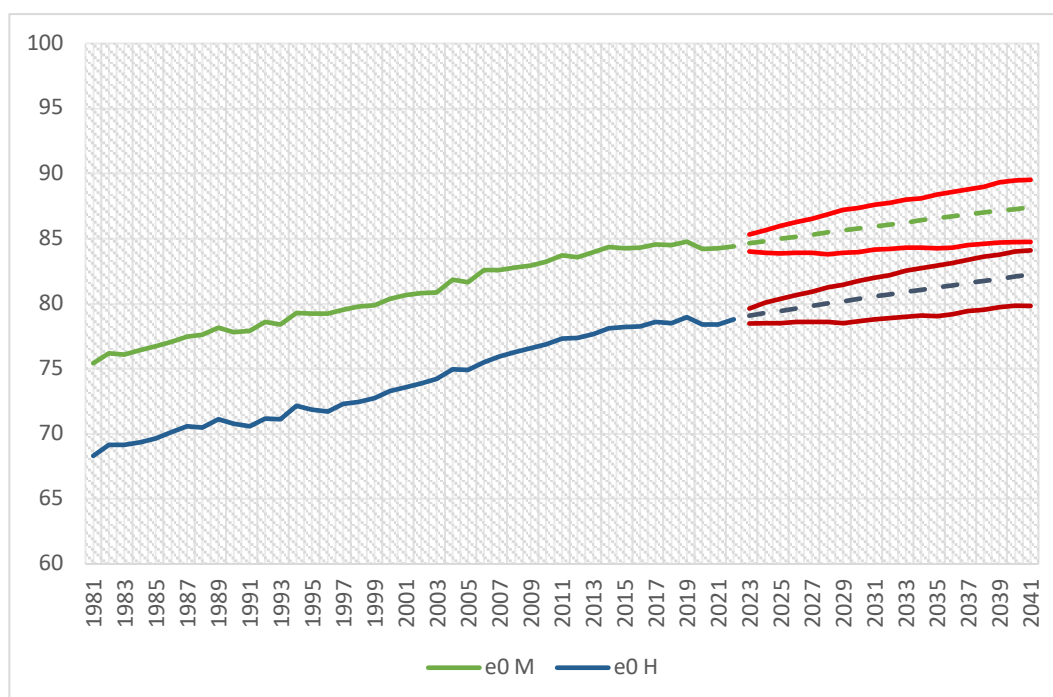
É da combinação dos 3 cenários contruídos para cada um dos fenómenos demográficos referidos anteriormente, que se obtém um total de 9 cenários de possível evolução demográfica, e cujos valores assumidos já foram apresentados anteriormente.

Figura 11: Cenários de longevidade e fecundidade

a) ISF



b) e_0



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

4.2. População (in)dependente

Os desafios de uma população envelhecida são inúmeros, sendo a dependência um deles. Quando falamos em população dependente referimo-nos a indivíduos que têm necessidade de um apoio regular e de proximidade. Neste sentido, enquanto alguns indivíduos se encontram institucionalizados devido a diferentes razões, muitos outros com necessidades idênticas acabam por não ter acesso a esta ajuda institucional. Assim, importa também olhar para a parte da população que acaba por não conseguir recorrer a estes cuidadores formais e perceber a sua sustentabilidade.

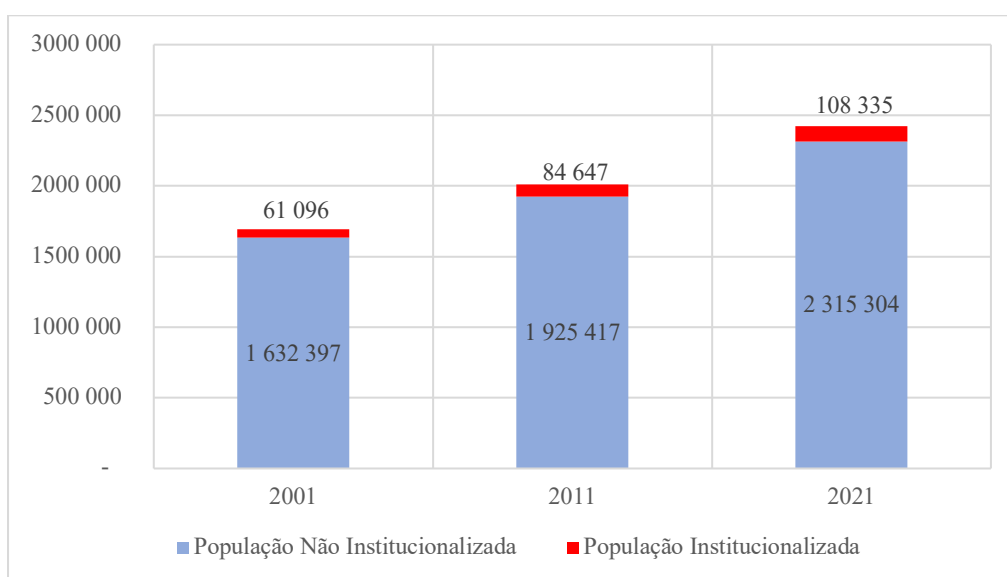
4.2.1. População institucionalizada

Ainda assim, e por forma a contextualizar a situação, importa avaliar a representatividade da população considerada idosa que tem este apoio formal/institucional. A figura 12 apresenta a população com 65+ anos de idade diferenciada entre institucionalizada e não-institucionalizada para os diferentes recenseamentos. Com isto, é possível ver que apesar do número de pessoas institucionalizadas em Portugal ter aumentado vertiginosamente em 20 anos, a verdade é

que em termos percentuais os valores correspondem a 3,6% (2001), 4,2% (2011) e 4,5% (2021) da população com 65 e mais anos.

Adicionalmente, apesar de sabermos que, de uma forma genérica, ao aumento da longevidade observado encontra-se associada uma melhoria substancial das condições de saúde em idades avançadas, muita da população não institucionalizada também necessita de cuidados que acabam por ser prestados por familiares, amigos, ou outros, ou seja, os considerados cuidadores informais. Ainda assim, perante uma base da pirâmide etária cada vez mais estreita, existirão cada vez menos para prestar estes cuidados.

Figura 12: População com 65+ anos



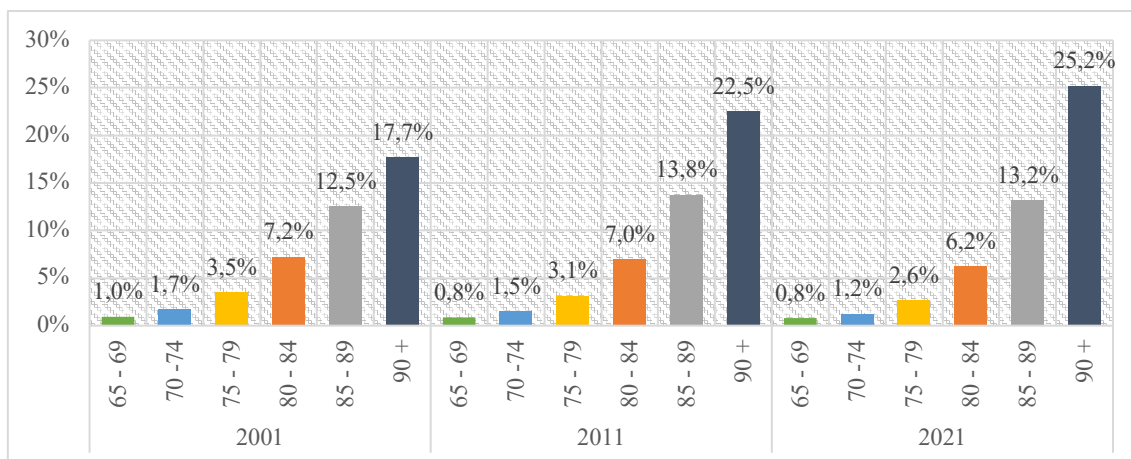
Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Através da figura 13 podemos verificar que, de 2001 para 2011, a população não institucionalizada revelou um aumento de 17,9% (293.020 pessoas). Este aumento foi ainda mais significativo de 2011 para 2021 de aproximadamente 20,24% (389.887 pessoas). Por outro lado, quando olhamos para a população institucionalizada verificamos igualmente um aumento, mas não tao significativo. Entre 2001 e 2011, este aumento foi de apenas de 38,55% (23.551 pessoas) e de 2011 para 2021, o aumento foi ainda menor com um valor de 27,98% (23.688 pessoas).

Assim, concluímos que quer a população institucionalizada quer a população não institucionalizada estão a crescer. A segunda sempre representou a maior parte da população total, enquanto a população institucionalizada de acordo com os diferentes

grupos de idade não ultrapassa os 25%, ainda que a sua representatividade aumente proporcionalmente com a idade.

Figura 13: População institucionalizada com 65+ anos

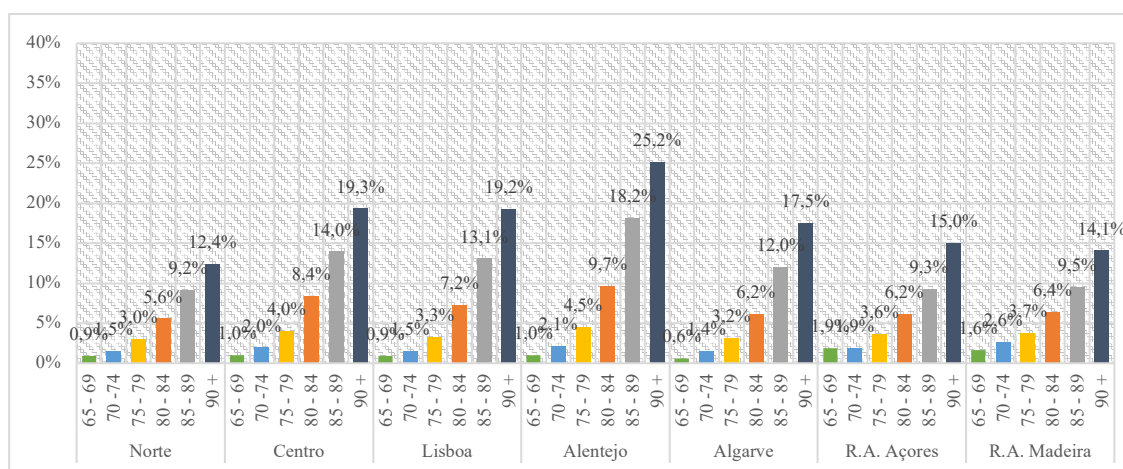


Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

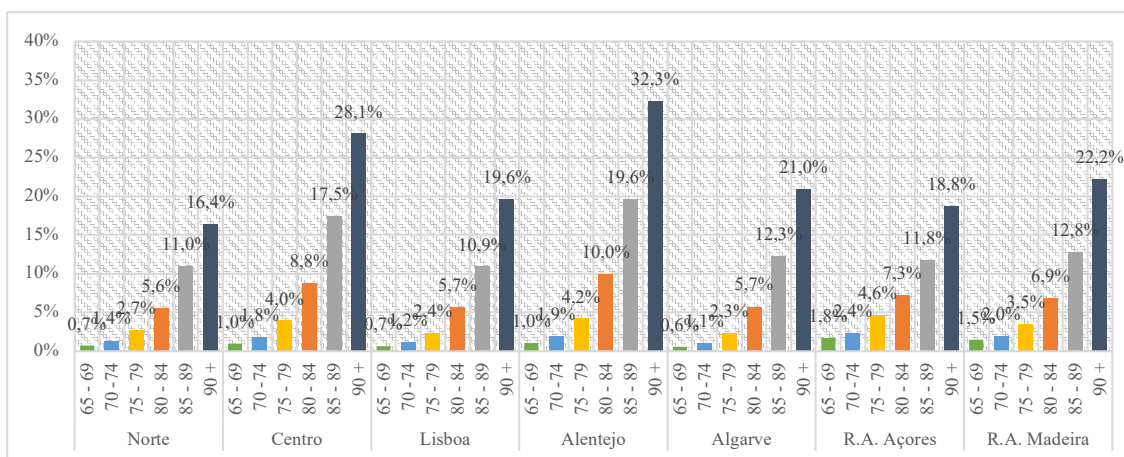
A figura 14 demonstra uma situação idêntica à encontrada na análise da figura 13, mas agora distribuída por NUTS II de residência. Adicionalmente, podemos ainda concluir que a região que tem uma maior proporção de residentes institucionalizados é a região do Alentejo, seguida da região Centro.

Figura 14: População institucionalizada com 65+ anos, por local de residência

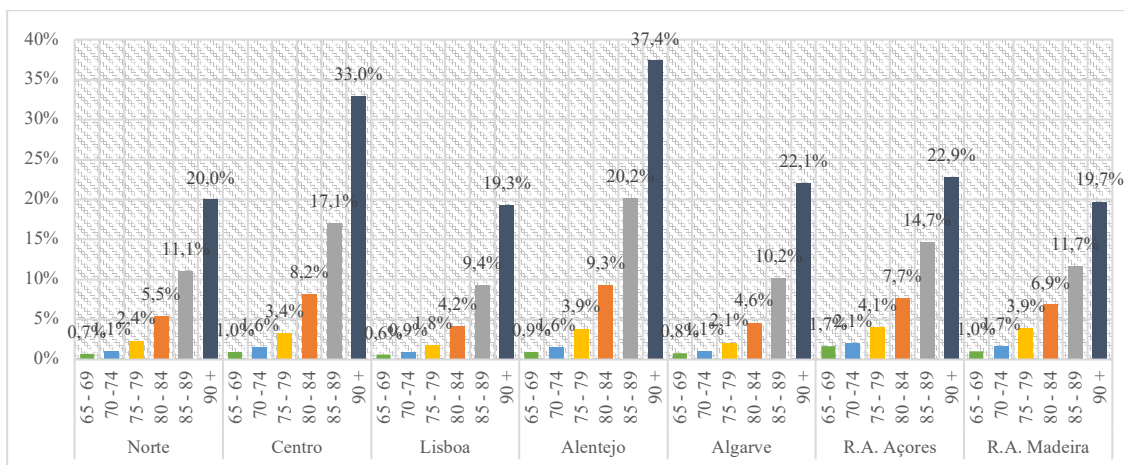
a) 2001



b) 2011



c) 2021



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

De acordo com o cenário central, ou seja, aquele que resulta da conjugação da fecundidade e mortalidade ambas tendenciais, podemos perceber que a tendência da população institucionalizada com 65+ anos a registar-se nos próximos dois recenseamentos gerais da população (2031 e 2041), seguirá o mesmo comportamento crescente. Os resultados que se encontram apresentados na figura 14, além de projetarem que a população total com 65 ou mais anos ultrapasse os 3 milhões de habitantes (3 097 896), será expectável que a população aumente cerca de 50 mil indivíduos até 2041, em relação a 2021.

As projeções que iremos ver abaixo na figura 15 foram elaboradas inicialmente por sexos em separado e, por isso, será assim também que iremos proceder à nossa análise. Para o sexo feminino, olhemos para a tabela 7.

Tabela 7: Projeções da população do sexo feminino (2021-2041)

Ano	População do sexo feminino	0-14	15-64	65+ anos
2023	5.438.329	651.845	3.350.864	1.435.620
2041	5.057.950	629.151	2.654.593	1.774.205

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Foi com base nestes valores que pudemos projetar a população institucionalizada. De acordo com os dados obtidos das projeções, nota-se um aumento constante de população do sexo feminino institucionalizada. No ano de 2023, 82.124 indivíduos com 65 ou mais anos encontra-se institucionalizada. Já no ano de 2041 este valor aumenta para 116.023 indivíduos. Ora, do total da população com 65 ou mais anos, vemos que apenas uma pequena percentagem de 5,72% das pessoas estão a receber cuidados formais. Em 2041, esta percentagem aumenta para 6,53% uma vez que há igualmente um aumento da população dita envelhecida. Em comparação com a população total, a percentagem de população com 65 ou mais anos institucionalizada temos 1,5% e 2,3% em 2023 e 2041 respetivamente.

Passemos agora para os valores que obtivemos com as projeções para o sexo masculino.

Tabela 8: Projeções da população do sexo masculino (2021-2041)

Ano	População do sexo masculino	0-14	15-64	65+ anos
2023	4.965.446	683.810	3.197.357	1.084.279
2041	4.630.962	660.546	2.646.725	1.323.691

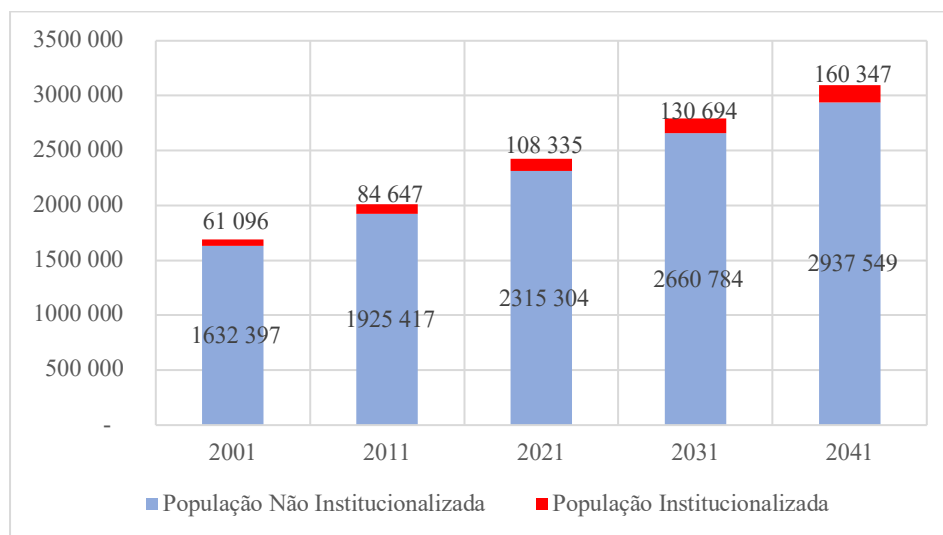
Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Da população com 65 ou mais anos, em 2023 temos 30.846 indivíduos institucionalizados que corresponde a uma percentagem de 2,84% da população com 65+ anos. Em 2041, há um aumento desta população para 44.324 que equivale a 3,34% da

população total com 65 ou mais anos. Em relação à população global, esta percentagem corresponde a 0,6% e 1% em 2023 e 2041 respetivamente.

Feita esta contextualização em sexos separados, vamos analisar agora o panorama geral para Portugal como um todo.

Figura 15: População institucionalizada com 65+ anos



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Entre homens e mulheres, um total de 160.347 pessoas estarão institucionalizadas em 2041. Quando falamos em projeções, temos de ter em conta que irá haver um deslocamento, ou seja, o número de indivíduos registados em 2021 com idades entre os 0-14, nos próximos recenseamentos, 2031 e 2041, vão estar em idade potencialmente ativa, ou seja, é esse número de pessoas que vão desempenhar o papel de cuidador informal. Ora, olhando para os dados de 2041, o total de população potencialmente ativa (que em 2021 se encontrava no grupo dos 0-14), temos 1.289.697 indivíduos para 3.097.896 indivíduos com 65 ou mais anos (os que se encontram agora algures entre os 15-64 anos). Quando os 1.289.697 chegarem aos 65+ anos, o número destas projeções irá inevitavelmente baixar, e isto não significa que haja menos pessoas institucionalizadas, mas sim menos pessoas quando pensamos no futuro. Como temos vindo a apurar ao longo desta investigação é que a medicina tem evoluído, as pessoas têm uma maior preocupação com os estilos de vida saudável e com comportamentos de risco, entre outros. Desta forma, as pessoas estão a ficar na sua idade “jovem” cada vez mais tempo, ou seja, estão a adiar a deterioração do corpo e apenas em idades mesmo muito avançadas é que

recorrem á institucionalização. Uma pessoa com 40 anos atualmente está a metade da sua vida, há uns anos já era considerada uma pessoa envelhecida.

Por outro lado, também a composição média dos agregados familiares é importante analisar uma vez que nos permite compreender melhor as dinâmicas sociais e demográficas de uma população. Em primeiro lugar, a dimensão dos agregados familiares, afeta a estrutura, a forma como os indivíduos se organizam na medida em que as famílias mais reduzidas podem ter menos recursos e apoios resultando numa menor qualidade de vida. As famílias reduzidas existem porque eventualmente têm menos filhos (diminuição das taxas de natalidade) e isto levanta à problemática da sustentabilidade social e económica, ou seja, sem filhos há uma disponibilidade e capacidade de apoio intergeracional menor. Para além disso, não ter filhos, resulta também em menos força de trabalho (indivíduos em idade potencialmente ativa), logo, diminuição na capacidade de crescimento económico. A composição média dos agregados possibilita ainda fazer um levantamento das reais necessidades da população e assim criar apoios e políticas públicas mais adequadas nas diversas áreas como a educação, saúde, mercado de trabalho, entre outros. Por último, mas não menos importante, podemos retirar conclusões acerca dos valores culturais e sociais pois a evolução que iremos ver da dimensão média dos agregados reflete as transformações que se têm verificado tais como a valorização da individualidade, o aumento da presença das mulheres no mercado de trabalho. Por outras palavras, a dimensão média dos agregados familiares ajuda não só a entender como a não renovação das gerações tem implicações nas sociedades, como também permite uma análise mais realista sobre os desafios demográficos que podem vir a surgir.

Tabela 9: Dimensão média do agregado familiar consoante o representante até 2031

Ano	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Dimensão	2,49	2,48	2,48	2,47	2,46	2,45	2,45	2,44	2,44

Fonte: Elaboração própria

Tabela 10: Dimensão média do agregado familiar consoante o representante até 2041

Ano	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Dimensão	2,43	2,43	2,42	2,42	2,42	2,42	2,42	2,42	2,42	2,42

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 7 podemos ver as projeções derivadas da dimensão média do agregado familiar segundo o representante até 2041 e verificamos que os valores, apesar de serem todos muito próximos, têm a tendência a sofrer uma quebra tendo uma média de 2 indivíduos por agregado e muito provavelmente sem filhos, ou seja, a probabilidade de os agregados familiares terem mais do que uma pessoa está a diminuir (Ribeiro, Tomé e Mendes, 2014).

A dimensão média dos agregados familiares em que o representante é solteiro ou apenas em união de facto pode esperar-se uma diminuição de 2,41 (2023) para 2,39 (2041). Nos casos em que o representante é casado, os valores sofrem igualmente uma diminuição de 2,57 (2023) para 2,53 (2041). Uma das razões que podem estar subjacentes nesta tendência, como referido anteriormente, é a decisão de não ter filhos ou adiar essa decisão. Quando o representante é divorciado, não é surpresa que os valores da dimensão média dos agregados familiares diminuam significativamente para 1,78 (2023) e espera-se chegar a 1,75 (2041). O mesmo pode-se verificar quando o representante é viúvo tendo se verificado uma dimensão média de 1,55 (2023) esperando atingir os 1,55 indivíduos (2041). Os dados relativos ao número de indivíduos divorciados e viúvos indicam uma tendência relativamente baixa, podendo ser interpretado por uma realidade em que estes indivíduos optam por permanecer sozinhos ou em coabitação com os seus descendentes/ascendentes (Ribeiro, Tomé e Mendes, 2014).

4.2.2. Projeções demográficas e (in)sustentabilidade “informal”

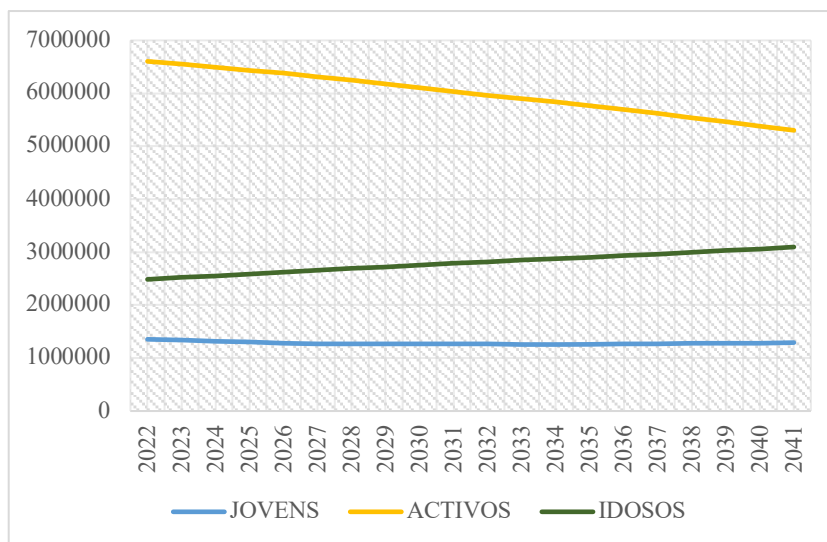
Os resultados obtidos através do cenário de projeção demográfica “central” apontam para um continuado declínio da população total, sendo expectável, caso este se verifique, que, em 2031, Portugal atinja os 10 086 535, e, em 2041, passe para 9 688 912, ou seja, uma diminuição esperada superior a meio milhão de habitantes, mais precisamente de 654 154 habitantes.

Ainda assim, tal como se verifica com a figura 16, onde se encontra a população projetada de acordo com os ciclos de vida populacionais, podemos concluir que apesar de estarmos perante um declínio populacional generalizado, espera-se um aumento contínuo da população envelhecida. Por outro lado, perante baixos níveis de fecundidade aqui considerados, espera-se também que a população jovem se mantenha baixa, mas relativamente constante, o que contrasta com uma população potencialmente ativa em declínio acentuado. No caso da população idosa (figura 16b), encontramos um fenómeno

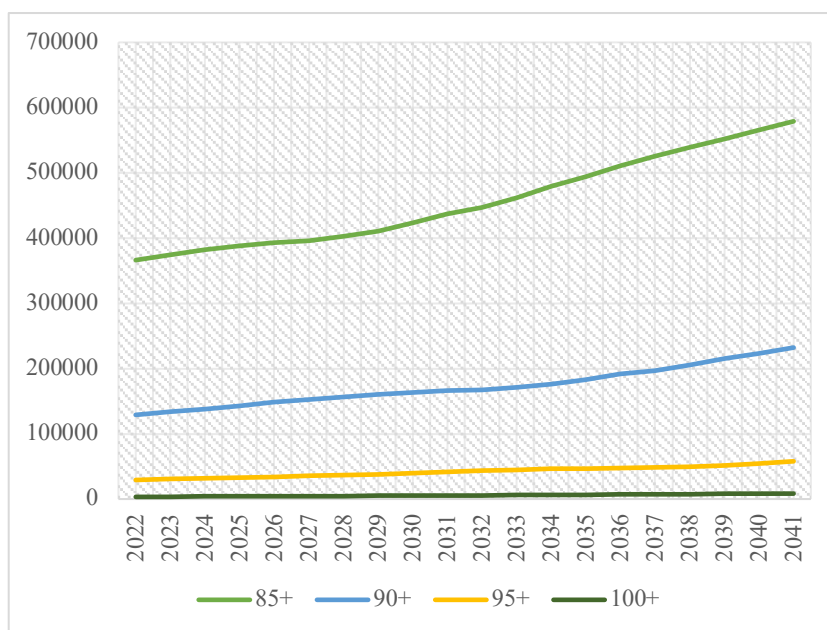
bastante interessante, que é um rápido aumento da população considerada muito idosa, ou seja, aquela que tem idades iguais ou superiores a 85 anos.

Figura 16: População projetada (cenário central)

a) População por ciclos de vida



b) População muito idosa



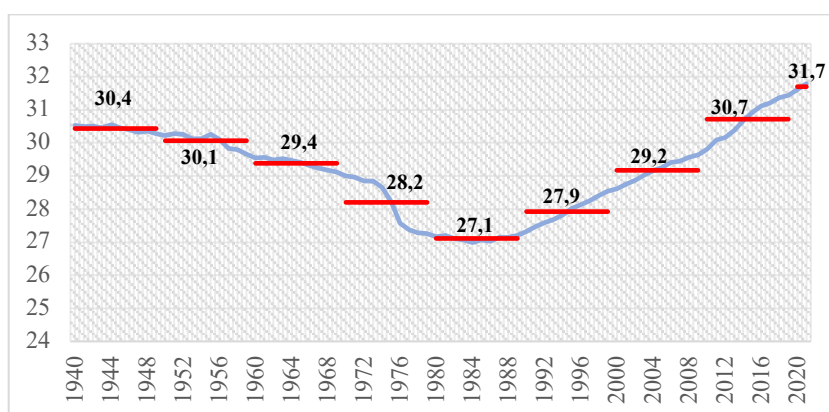
Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Perante este envelhecimento populacional cada vez mais intenso e expressivo, e sabendo que grande parte da população idosa não deverá estar institucionalizada, ou seja, ao cuidado de cuidadores “formais”, importa avaliar também a sustentabilidade demográfica no respeitante aos cuidadores “informais”. Ora, se o valor de ISF necessário para a renovação de gerações se situa nos 2,1 filhos médios por mulher, e houve alturas em que este indicador era muito superior, a realidade atual mostra-nos que até 2041, ano em que as mulheres em 2021 com 20 anos atingirão o 40º aniversário¹², não será muito provável repetir este valor. Por outro lado, se em tempos uma fecundidade mais elevada originava famílias de maior dimensão às atuais e a uma maior disponibilidade de pessoas para cuidar dos seus idosos, a não renovação de gerações poderá concentrar este apoio numa só pessoa.

Para que este exercício de raciocínio seja levado a cabo, torna-se necessário ter em conta, tanto o ano de nascimento dos indivíduos, como a idade média em que as mulheres foram mães (Idade Média à Fecundidade – IMF), independentemente de ser o seu primeiro, segundo ou terceiro filho, e por aí adiante. A figura 17 apresenta os resultados referentes à IMF entre 1940 e 2022, bem como o valor médio por cada década em observação. Os resultados apresentados (figura 17) demonstram que foi na década de 1980 que a IMF registou valores mais baixos, a verdade é que, de forma muito direta e até algo imprecisa, a idade em que as mulheres são mães em Portugal ronda os 30 anos desde 1940. Isto permite comparar então, algo que poderemos chamar de Rácio de Dependência de Cuidadores (RDC) em diferentes gerações. Tomando o ano de 2021 como exemplo, imaginemos que neste ano a maioria das mulheres entre os 30 e os 40 anos completaram a sua fecundidade, ou seja, tiveram o seu número de filhos final, e tendo em conta IMF “Média” as suas mães terão entre 60 e 70 anos, e as suas avós 90 e 100 anos de idade. Isto permite efetuar a análise exploratória indicada.

¹² Segundo dados da Human Fertility Database, podemos constatar que a maioria das mulheres completa a sua fecundidade até aos 40 anos de idade, apesar da sua janela fértil ser comumente designada até aos 49 anos.

Figura 17: Idade Média à Fecundidade em Portugal



Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados na plataforma Human Fertility Database (2024)

A tabela 8 apresenta a população total (homens e mulheres) para os diferentes grupos de idades, para os anos de 2021 (recenseamento), 2031 e 2041 (projetado). Daqui, e aplicando um cálculo idêntico ao apresentado para o RDI, mas de acordo com as idades identificadas anteriormente, podemos constatar que, em 2021, ao calcularmos os RDC entre aqueles no grupo de idades 60-69 e os 30-39, podemos verificar que existem 113 indivíduos com idades compreendidas entre os 60-69 anos para cada 100 entre os 30-39. Ou seja, é praticamente um rácio de 1:1, o que significa que por cada potencial idoso a necessitar de cuidados, existe apenas um potencial “cuidador informal”.

De acordo com os resultados projetados, estima-se que em 2031 esse valor suba para 128, e em 2041 para 141. Isto significa que em 2041, teremos cerca de 1,4 indivíduos com idades entre os 60 e os 69, para cada 1 único com idades entre os 30 e os 39 anos.

Apesar de ser apenas um exercício exploratório, os resultados obtidos através do cálculo deste possível indicador, demonstram que, em caso de necessidade de existir uma prestação de cuidados informais no futuro, é bem provável que um só potencial “cuidador informal” tenha a seu cargo os seus dois pais, e talvez filhos menores, o que resulta numa sobrecarga a diversos níveis.

Esta é uma situação que deve ser aprofundada e tida em conta no desenvolvimento de políticas públicas adequadas e eficientes para minimizar esta situação de forma eficaz.

Tabela 10: População por grupos de idade observado em 2021 e projetado para 2031 e 2041

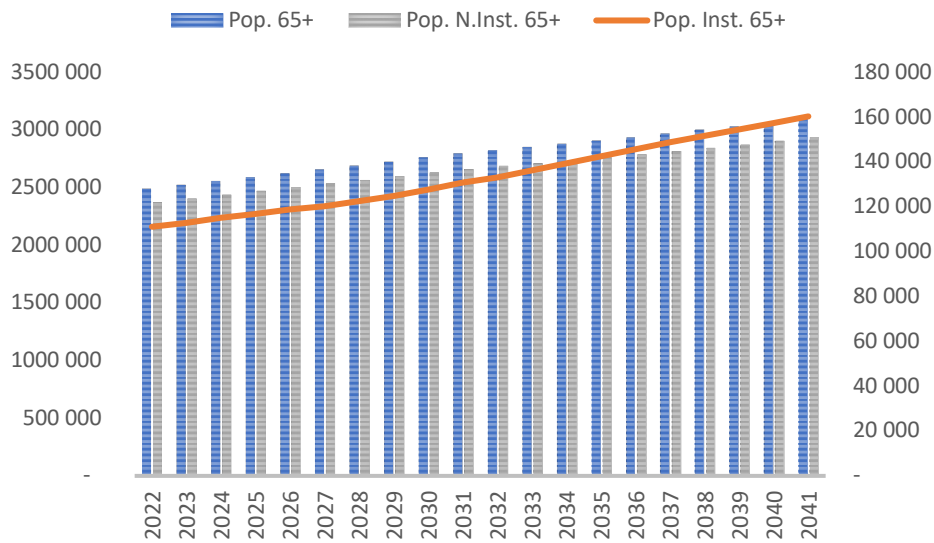
GRUPO IDADE	2021	2031	2041
0 - 4	407594	420664	436476
5 - 9	432694	411318	432737
10 - 14	490900	432256	420484
15 - 19	528190	438422	411115
20 - 24	559897	501557	431805
25 - 29	541861	530579	437642
30 - 34	561085	561589	500328
35 - 39	645232	547118	528611
40 - 44	757622	566867	558066
45 - 49	797793	642394	540999
50 - 54	748929	743915	556120
55 - 59	743288	780137	623531
60 - 64	704342	718240	713100
65 - 69	654094	700436	736050
70 - 74	589932	647032	660792
75 - 79	466636	560524	613728
80 - 84	359991	446501	508325
85 - 89	230690	271175	346828
90 +	122296	165809	232173

Fonte: Elaboração própria com recurso aos dados disponibilizados nas plataformas INE, Human Fertility Database e Human Mortality Database (2024)

Tendo em conta os resultados apresentados anteriormente para as projeções de população efetuadas, torna-se possível ainda “derivar” os mesmos e projetar cenários diversos de população institucionalizada e não institucionalizada. Através da figura 18 podemos perceber que o envelhecimento populacional atualmente verificado e que todos os cenários afirmam intensificar-se no futuro, contribuem para o aumento da população institucionalizada.

Ainda assim, o facto da população institucionalizada se prever continuar bastante próxima da população total com pelo menos 65 anos de idade, não significa que muitos destes indivíduos não necessitem de apoio informal. A figura 19 sustenta esta afirmação.

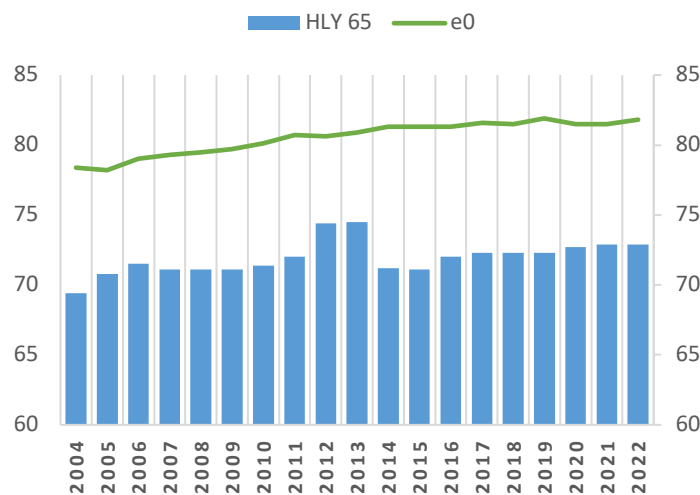
Figura 18: População idosa (65+ anos) observada e projetada para Portugal



Fonte: Elaboração própria

Podemos então destacar o crescimento da população com 65 ou mais anos pressionando os sistemas de apoio quer formais quer informais. Damos um maior relevo para os segundos uma vez que, com a diminuição das taxas de natalidade, haverá menos pessoas em idade ativa para prestar estes cuidados aos idosos, ou seja, menos filhos, menos netos ou outros familiares disponíveis. Ao fim ao cabo, apesar de haver um aumento da população institucionalizada, a grande maioria poderá depender de cuidados informais.

Figura 19: Esperança de vida à nascença (e_0) e anos de vida saudável (HLY + 65) esperados aos 65 anos



Fonte: Elaboração própria

Com a figura 19 podemos verificar que a esperança de vida à nascença apresenta um crescimento constante desde 2004, sendo que estagnou por volta dos 80 anos. Isto é claramente um reflexo das melhorias nas condições de vida aliadas à saúde, educação, habitação, trabalho, entre outros, como vimos nos primeiros capítulos. Com os dados sobre os anos de vida saudável que uma pessoa espera ainda viver, podemos também aferir que apesar da população estar a viver mais tempo não significa que os anos em que estão com “saúde” acompanhe proporcionalmente essa evolução. Lopes *et al.*, (2021) concluíram que 56,6% dos indivíduos em lares e 39,8% em centro de dia sofriam de alguma deficiência cognitiva,

Em suma, podemos constatar que mesmo perante um aumento contínuo da longevidade em Portugal, os anos de vida saudável expectáveis aos 65 anos deixa um intervalo médio de 8,6 anos em que os sobreviventes não terão “saúde”. Esta situação, aliada ao seu aumento, fará com que a necessidade de cuidadores informais também aumente proporcionalmente e combinando esta realidade com a não renovação das gerações resultará em uma sobrecarga uma vez que o número de cuidadores informais já existente terá de prestar cuidados por períodos mais longos.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Discussão de resultados

Quando olhamos para as projeções da fecundidade conseguimos verificar que, mesmo perante um cenário central positivo, em que os valores considerados transmitem uma realidade otimista, a população idosa irá continuar a aumentar. É fundamental reforçar que as migrações não foram consideradas nas nossas projeções uma vez que o objetivo da dissertação era analisar os fenómenos sob uma perspetiva de longo prazo, e devido à volatilidade das mesmas, a sua consideração só iria adicionar mais incerteza aos resultados obtidos. Todavia, compreende-se que o impacto das migrações e de como estas podem ter impacto determinante nas nossas populações, o estudo apresentado pretende refletir o movimento natural da população e até alertar para um estudo profundo dos movimentos migratórios e de como podem ser benéficos para as sociedades envelhecidas.

Após as projeções para os fenómenos demográficos (mortalidade e natalidade), foi possível elaborar projeções derivadas. As projeções derivadas são baseadas em pressupostos de que a taxa de qualquer fenómeno se irá manter, e se for o caso o que poderemos esperar ver em várias áreas da sociedade, tal como explicado na seção metodológica.

Uma das conclusões que poderemos retirar deste estudo é que se prevê um aumento da esperança de vida, em conjunto com um declínio populacional irreversível sem movimentos migratórios, resultando num constante aumento não só do número de indivíduos com 65 ou mais anos como também do número de indivíduos com 85 ou mais anos (idosos e muito idosos, respetivamente). Isso traz consigo a possibilidade de redefinirmos os vários ciclos de vida, levantando a questão: o que podemos considerar atualmente um idoso? Na figura 16b é notório o aumento do grupo etário de 85 anos ou mais, ou seja, aquilo a que se caracteriza hoje como a “quarta idade” conforme Hoffmann e Nachtamnn (2010) propuseram, visto que em Portugal, de acordo com um estudo conduzido em 2020 pelos autores Lopes *et al.*, 60,6% da população institucionalizada tinha mais de 85 anos.

No entanto, temos o ISF sempre abaixo do número desejável para renovar as gerações, a não ser quando olhamos para o cenário otimista em que ultrapassa os 2.1 filhos por mulher. Assim, o cenário central será aquele que consideramos mais provável de observar

num futuro que, ainda assim, em termos numéricos, fica aquém do desejável mesmo em 2041. De acordo com a evolução do ISF que se tem verificado podemos aferir que o problema não está na decisão de ter o primeiro filho, mas sim no segundo filho (Cunha, 2013).

Podemos ver ainda que, além de termos menos nados-vivos, segundo as projeções realizadas, conseguimos perceber que tanto o número de homens como o número de mulheres até 2041 vai diminuir em todos os grupos de idades à exceção do grupo 65 ou mais anos o que vai ter um impacto mais negativo nas taxas de natalidade. Não esquecendo que as mulheres têm um papel central na reprodução, a diminuição no número de mulheres nas idades férteis irá ter um impacto significativamente negativo no número de nascimentos futuros.

A questão que ainda assim permanece é a seguinte: quem vai cuidar dos idosos? Teremos recursos humanos suficientes para responder a este problema que é o envelhecimento? As projeções da população com 65 ou mais anos para Portugal, mostram que, se os valores observados para 2021 se mantiverem, teremos 160.347 indivíduos institucionalizados e 2.937.549 não institucionalizados, sendo que são maioritariamente população feminina (69,6% dos indivíduos no ano de 2020) (Lopes *et al.*, 2021), no entanto, muito se pode dever ao facto de as mulheres terem uma esperança de vida maior que os homens e terem uma saúde mais debilitada, logo têm maior dependência em idades mais avançadas, uma vez que para além da questão da longevidade, os cuidados informais recaem maioritariamente sobre as mulheres resultando em um desgaste físico e emocional maior do que nos homens, como indicado por Tur-Sinai *et al.* (2020). Conforme observado na Figura 18, com o aumento dos indivíduos quer institucionalizados que não institucionalizados, a maioria continuará a poder depender de cuidados informais, pois a percentagem é maior para os segundos do que para os primeiros. Este fenómeno já verificado pelos estudos de Nossa (2014). Exemplo disto é um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) pela Kaiser Family Foundation em 2021 no qual foi concluído que 13,5%¹³ da população tinha algum tipo de deficiência (cognitiva, auditiva, visual, ambulatoria, autocuidado ou física. Esta possível dependência tende a intensificar com o crescente reconhecimento da importância de os idosos permanecerem nas suas casas conforme defendido por Carretero *et al.* (2008) e Lopes *et al.* (2021).

¹³ 13,5% da população americana equivale a 43.824.900 indivíduos. Este valor aumentou 0,4% em relação ao ano anterior.

Tal como foi possível ver igualmente nas projeções da população institucionalizada, a necessidade de cuidados tende a aumentar com a idade e, conseqüentemente, com o nível de incapacidade (Ikegami, 1982). Por outro lado, este autor aquando do seu estudo com idosos da ilha Kyushu, concluiu que 79,8% das pessoas viviam sozinhas antes de darem entrada no centro de dia ou lar, ou outras instituições como o hospital. Ao encontro deste autor, foi possível ver nas projeções da dimensão média dos agregados familiares que os representantes que estavam solteiros era maior, ainda que com a tendência a diminuir. Outra situação é o caso dos representantes dos agregados familiares divorciados ou viúvos poderem acabar por permanecer sozinhos tal como Ikegami (1982) e Ribeiro, Tomé e Mendes (2014) concluíram. Com estes dados, também podemos aferir que ao longo do tempo vão surgindo novas construções familiares (família unipessoal, famílias monoparentais, famílias sem filhos, entre outros) e perde-se lentamente o conceito de família tradicional tal como defendia Leitão (2010) ou ainda a como mencionado acima que tem surgido uma maior importância em relação à permanência do idoso em casa.

Outro ponto que podemos ter em conta é o facto de cada vez mais pessoas estão a ingressar no ensino superior. Moreira (2020), refere que os idosos no futuro vão ser mais escolarizados do que aqueles que estão atualmente com 65 ou mais anos. Segundo a base de dados da Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), no ano letivo de 1995/1996 havia 313.415 indivíduos inscritos no ensino superior e em 2023/2024 esse valor aumentou para os 448.235. Podemos analisar este ponto de duas formas, por um lado, as pessoas com mais escolaridade têm maior noção do impacto das suas escolhas em relação aos estilos de vida podendo até justificar o aumento que se verifica na figura 19 do número de anos de vida saudável. Por outro lado, continua a notar-se uma fraca adesão a profissões relacionadas com os cuidados formais resultando na escassez de recursos na área da saúde. Ainda de acordo com as estatísticas lançadas pela DGEEC, apenas 21.345 (16.153 mulheres e 5.192 homens) e 69.765 (53.684 mulheres e 16.081 homens) nos respetivos anos optaram por áreas relacionadas com a saúde e proteção social. Nota-se também aqui a tendência maioritária deste tipo de atividades recair mais sobre as mulheres do que homens. Adicionalmente, Cunha (2013), refere que também o nível de escolaridade influencia negativamente visto que as mulheres com menos qualificações têm mais filhos do que as que têm mais qualificações. Assim, podemos esperar que o aumento das taxas de inscrição no ensino superior contribua para a diminuição das taxas de natalidade.

Hernaes *et al.* (2013) acreditam que a longevidade da na vida de uma pessoa pode ser alcançada através da saída gradual do mercado de trabalho uma vez que não estar inserido no mercado de trabalho pode levar a uma perda de laços, atividades física, perda de determinados hábitos, logo um indivíduo reformar-se mais cedo, pode ter mais anos a viver em dependência. As taxas de desemprego, que também poderão ter aqui alguma implicação negativa, diminuíram para quase metade nos últimos 10 anos. Em 2011, a taxa de desemprego total era de 14,7% (sendo 14,5% homens e 14,9% mulheres em relação ao total para cada sexo em separado). Em 2021, estas taxas diminuíram significativamente para 7,2% e 6,4% no caso dos homens e mulheres respetivamente, sendo que no primeiro trimestre 7% eram homens e 7,5% eram mulheres e no quarto trimestre diminuiu ainda mais para um valor de 6,4% nos homens e 6,5% nas mulheres. Já tendo dados para o primeiro e segundo trimestre de 2024, estas taxas localizam-se aproximadamente nos 6,2% para os dois sexos. Estas diferenças trazem-nos de volta aos alertas de Arpino *et al.* (2018 in Machu, Arends, Veldman e Bultmann. 2022) e Patterson e Margolis (2019) para as questões de género. São as mulheres que mais se encontram em casa e são quem mais cuida das gerações quer ascendentes quer descendentes, da casa, entre outros.

Para Hernaes *et al.* (2013), o facto de as pessoas estarem menos tempo no desemprego possam efetivamente viver mais tempo e com mais saúde podendo eventualmente não precisar de tantos cuidados formais ou até mesmo sobrecarregar as redes de cuidados informais. Outro estudo realizado também no EUA concluiu que no total 60,8% das pessoas não institucionalizadas estão protegidas por seguros de saúde privados, 19,5% seguros públicos (Medicaid), 8,6% sem seguro e 24% tinham o plano de saúde da Medicare. Da população com 65 ou mais anos, 93,2% têm Medicare e 45,7% tinham ainda um seguro privado para complementar sendo que 47,5 não tinham este complemento. Destes 45,7%, 8,3% protegiam-se apenas com sistemas públicos. Com os dados deste estudo americano, compreende-se que existe uma preocupação crescente com o acesso a cuidados de saúde e com a sua qualidade. No entanto, é notável as desigualdades sociais e económicas que existe consoante o tipo de seguro/plano que escolhem e até mesmo a falta de seguro. Não obstante, é de notar que o sistema de saúde dos EUA é bastante diferente de Portugal, sendo que no nosso país o SNS é gratuito para todos não podendo ser recusado o tratamento, e nos EUA caso não haja algum tipo de seguro o tratamento não existe. Ainda assim, como foi dito, o facto de se adquirirem seguros privados significa que existe uma maior preocupação em ter acesso aos tratamentos necessários, podendo aumentar assim a sua longevidade. Os indivíduos com

menor escolaridade e menores rendimentos dependem mais de sistemas públicos ou nem têm seguro. O acesso à saúde é desigual podendo perpetuar a pobreza, problemas de saúde e incapacidade de atingir melhores condições de vida. A adesão a seguros públicos ou aqueles que não têm qualquer tipo de seguro são um reflexo das taxas de desemprego ou empregos precários, portanto, o dado retirado permite-nos identificar que a forma como o acesso à saúde é uma consequência de várias desigualdades na educação, no mercado de trabalho e até mesmo raciais. Em Portugal, existem planos de saúde, o que tem vindo a ajudar o acesso aos cuidados formais, nomeadamente as teleconsultas¹⁴ como vimos anteriormente que faz parte de vários planos municipais. Isto é essencial para as pessoas do interior em que o tempo de condução até à unidade de saúde mais próximo pode ser elevado devendo assim continuar a apostar nestas soluções digitais e mostram-se assim uma mais-valia.

Ainda que não tenhamos considerado as migrações nos cálculos, não deixa de ser um fenómeno demográfico que afeta quer positiva quer negativamente o envelhecimento populacional, então é importante mencionar algumas conclusões que podemos retirar com base da revisão bibliográfica. Ao falar em imigração, significa que estamos perante pessoas em idade potencialmente ativa que podem ajudar no rejuvenescimento demográfico, e reverter o declínio económico por falta de mão-de-obra qualificada e jovem em áreas como a agricultura, cuidados informais, turismo e restauração. Não obstante, não podemos esquecer que simultaneamente estamos a sobrecarregar os serviços como a saúde, segurança social, habitação, entre outros. Olhando para as regiões envelhecidas como descrito na figura 9 e figura 14, nomeadamente as zonas do interior, a imigração pode primeiro tentar contrabalançar as pessoas que emigram e segundo repovoar as zonas do interior.

¹⁴ As teleconsultas é uma funcionalidade do SNS, disponível na app. No entanto, esta é uma ferramenta também disponível nos hospitais privados e noutros planos de saúde de diversas empresas como Multicare, Medicare, AdvanceCare, entre outros.

5.2. Conclusões

Concluindo, é indiscutível que o impacto da não renovação de gerações no número de cuidadores informais representa um desafio significativo para a sociedade que se vê a enfrentar um rápido envelhecimento uma vez que esta renovação não se verifica perpetuando não só o envelhecimento demográfico como também impacta a própria dimensão populacional. Com base nesta investigação, é notório que as mudanças demográficas, nomeadamente o aumento da esperança de vida, da queda das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade, estão a impactar diretamente a disponibilidade de cuidadores informais, colocando uma elevada pressão sobre os sistemas de saúde e proteção social e até dos próprios cuidadores informais. Muito provavelmente não seremos suficientes para cuidar dos idosos de um futuro próximo. A escassez de cuidadores entre as novas gerações decorre de diversos fatores, como a transformação dos valores familiares, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e a urbanização, resultando no enfraquecimento das redes tradicionais de apoio familiar.

No âmbito dos recursos humanos, o impacto é igualmente preocupante. O esgotamento físico e emocional dos cuidadores atuais, associado à falta de apoio, tem levado a um aumento da sobrecarga de trabalho e à deterioração da qualidade do cuidado prestado. Esta situação para além de diminuir ainda mais a atratividade do papel de cuidador quer formal quer informal para as novas gerações, há ainda a falta de incentivos financeiros, formação e reconhecimento profissional principalmente em relação aos cuidadores informais tornando esta prática menos sustentável a longo prazo. As soluções dos municípios passam então por incentivar a um envelhecimento mais ativo, ações de voluntário que possa aliviar a pressão dos cuidadores informais, formações, horários flexíveis, entre outras. Há ainda questões da sustentabilidade social na medida em que, por um lado, há uma redução da força de trabalho contribuindo para uma escassez dos sistemas contributivos e um desequilíbrio entre contribuições e benefícios. A ausência de jovens resulta numa menor capacidade de adaptação às mudanças tecnológicas e criação de novos negócios. O facto de os indivíduos com idades mais avançadas, ao contrário dos mais jovens, terem alguma relutância em aceitar o novo, podemos estar perante uma perda da competitividade global devido ao envelhecimento também dos setores da economia.

As soluções passam então por intervenções políticas e criação de medidas como as que vimos anteriormente que forneçam suporte financeiro e que capacitem os cuidadores, através da criação de subsídios ou compensações, podendo ajudar a aliviar parte da

pressão sobre as famílias. Além disso, a introdução de tecnologias e o fortalecimento de redes comunitárias podem complementar o papel dos cuidadores, reduzindo sua carga e tornando o cuidado mais eficiente. As empresas e instituições também têm um papel crucial, uma vez que está ao alcance destas dar flexibilidade de trabalho e apoio psicológico aos trabalhadores que também atuam como cuidadores informais. Caso contrário, os sistemas de saúde e o bem-estar das populações mais vulneráveis estarão sob ameaça, sofrendo consequências graves económicas e sociais. O cuidado informal deve ser então valorizado como um recurso essencial, e cabe às políticas públicas e às estruturas sociais encontrar soluções sustentáveis para a sua continuidade.

Porém, é um risco focar só nas soluções para o envelhecimento e a sua rede de apoio e não focar nas soluções que podem rever a situação logo desde início, nomeadamente, criação de políticas públicas mais direcionadas para os jovens relacionadas com a educação, inovação, habitação. Assim, é urgente promover o aumento da natalidade, não só para garantir a sustentabilidade demográfica, como para a sustentabilidade dos recursos garantindo que tratamos a nossa população com dignidade e respondemos as necessidades daqueles que tanto contribuíram. Deve-se igualmente promover um envelhecimento saudável, porque ainda que se verifique e se espere um aumento constante da esperança de vida resultante de melhores condições de vida como temos visto nos últimos séculos, há muito a percorrer.

A sociedade enfrenta novos desafios todos os dias, podemos ter uma melhor qualidade nos alimentos, melhor saneamento, melhores condições socioeconómicas, mas os indivíduos continuam incapazes de viver no verdadeiro sentido da palavra, como é o caso do estilo de vida que as pessoas escolhem (sedentarismo, alimentação, hábitos como consumo de bebidas alcoólicas, fumar, entre outros). Atualmente, encontramos-nos perante uma conjuntura política instável, é imprescindível garantir apoio financeiro, mental e social aos cuidadores informais e formais, apoio aos jovens para que estes permaneçam ao invés de emigrarem e depois voltarem às origens em idades bastante avançadas, perpetuando este envelhecimento e ainda valorizar o idoso que outrora seria um herói, fonte de conhecimento para que este não seja visto como mais uma carga para a família, e sim que possa ser autossuficiente, participando da vida social, política, laboral conforme as necessidades de cada um.

Por fim, foi possível analisar o impacto da não renovação no número de cuidadores informais e, com isso, responder à pergunta se “seremos suficientes para cuidar dos idosos no futuro?”. Também obtivemos resposta para os objetivos específicos à exceção das

projeções derivadas entre o número de vagas em instituições de acolhimento por falta de dados, sendo a única informação disponível estar presente no diário da república que menciona as vagas em centros de dia e lares estão entre as 60 e as 120.

Esta investigação pode ser a base de alguns tópicos interessantes a estudar no futuro, nomeadamente estudar como as soluções digitais podem impactar o cuidado informal, como acontece atualmente nos cuidados formais. Outro ponto que poderia ser explorado mais em detalhe no futuro seria a desigualdade de género no cuidado informal, ou seja, tentar compreender as barreiras que os homens sentem para não desempenhar esse papel tanto quanto as mulheres. Realizar um estudo comparativo em relação ao acesso a serviços, apoio comunitário e infraestruturas de saúde entre a população urbana e rural. Outro tema que pode ser desenvolvido no futuro, é as políticas das empresas que existem e que podem ser criadas para apoiar os funcionários que atuam como cuidadores informais, por exemplo, como mencionado anteriormente, horários reduzidos, licenças para cuidadores, entre outros. Em último caso, uma vez que nos encontramos num mundo cada vez mais controlado pela inteligência artificial, pode ser importante estudar o uso da robótica como uma resposta à problemática da renovação de gerações no cuidado informal.

Uma das limitações que podemos ter neste estudo é que sendo baseado em projeções, pode acontecer mudanças nas tendências que não estão previstas, isto é, as projeções realizadas no âmbito da natalidade e mortalidade são baseadas em dados levantados de 10 em 10 anos e tendências atuais. Tal como vimos anteriormente, o cenário mais provável de observarmos no futuro é o tendencial se não houver crises económicas, pandemias, avanços significantes na medicina, entre outros, pois todos esses fatores externos podem impactar as conclusões retiradas deste estudo. Outra limitação que podemos encontrar é na possibilidade haver falta de informação e registos relativamente aos cuidadores informais, isto é, muitos deles podem não estar registados de forma formal ou legal, o que torna difícil o levantamento de dados precisos, ou até mesmo a própria mudança dos papéis de género e do próprio conceito de cuidador informal e o que pode e quem pode abranger. Posto isto, ainda que um estudo demográfico forneça dados importantes das tendências populacionais e o seu impacto nas diversas áreas da vida, estas projeções não conseguem medir de forma rigorosa fatores sociais, culturais, políticos e económicos pois estes não são imutáveis.

Referências bibliográficas

- Araújo, M., Soeiro, J. (2021). *Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados informais em Portugal*. E-Cadernos CES, 35. Acedido a 11 de novembro de 2022
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). Relatório Portugal Mais Velho.
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. *Fórum Sociológico*, 24, 73-77.
- Ayres, L. (2000). Narratives of Family Caregiving: The Process of Making Meaning. *Research in Nursing & Health*. 23, 424-434
- Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M. & Moreira, M. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspetivas*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Barreto, J. (2017). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 15, 289-301
- Baum, M., Page, M. (1991). Caregiving and Multigenerational Families. *The Gerontologist*. 31(6), 762-769
- Bauman, Z., May, T. (2001). *Aprender a pensar com a sociologia* (2ª edição). Inglaterra: Blackwell Publishing,
- Bernardo, M. J., Munoz, A., Salin, D., & Benadero, M. M. (2009). Work Place Bullying in southern europe: prevalence forms and risk groups in a spanish sample. *International Journal of Organisational Behaviour* , 13 (2), 95-109.
- Calderón-Jaramillo, M., Zueras, P. (2023). Cared and uncared populations: understanding unmet care needs of older adults (65+) across different social care systems in Europe. *European Journal of Ageing*. 20(1), pp. 1-14
- Câmara Municipal da Amadora. (2016). *Viver Bem a idade – Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável da Amadora*. Disponível em: <https://www.cm-amadora.pt/pt/intervencao-social/seniores/468-plano-estrategico-para-o-envelhecimento-sustentavel-2016-2025.html>
- Câmara Municipal de Arcos de Valdevez. (2024). *Plano Municipal Sénior*. Disponível em: https://www.cmav.pt/cmav/uploads/writer_file/document/2614/plano_municipal_senior_2024_2025.pdf

- Câmara Municipal de Évora. (2020). *Plano Integrado Apoio Social*. Disponível em: <http://www.evora.net/jfsmmachede/RespostasSociais-5.pdf>
- Câmara Municipal de Évora (2023). *Plano de Desenvolvimento Social de Évora*. Disponível em: https://www.cm-evora.pt/wp-content/uploads/2024/01/PDS-Evora_FINAL_VF.pdf
- Câmara Municipal de Moura e Divisão de Educação, Habitação e Desenvolvimento Social (2021). *Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Moura*. Disponível em: https://www.cm-moura.pt/wp-content/uploads/2023/06/DS_PDS_2021_2024.pdf
- Câmara Municipal de Vila nova de Gaia. (2024). *Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento*. Disponível em: <https://ww.cm-gaia.pt/pt/cidade/acao-social/envelhecimento/plano-integrado-municipal-para-o-envelhecimento-pime/>
- Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Kairós*. 12(1), pp. 77-96
- Cave, D., Bubola, E., Sang-Hun, C. (2021). Long Slide Looms for World Population, With Sweeping Ramifications. *New York Times*.
- Chanfreau, J. e Goisis, A. (2022). Looking After Mum and Dad: Caregiving by adult only children in UK. *IUSSP'S Online News Magazine*. 12 de outubro de 2022, <https://www.niussp.org/family-and-households/looking-after-mum-and-dad-caregiving-by-adult-only-children-in-uk/>
- Cheng, X., Yang, Y., Schwebel, D., Liu, Z., Li, L., Cheng, P., Ning, P., Hu, G. (2020). Population ageing and mortality during 1990-2017: a global decomposition analysis. *PLoS Med*, 17(6)
- Diaz, C. (2023). The countries where people retire the youngest. Quartz. 20 de abril de 2023, <https://qz.com/the-countries-where-people-retire-the-youngest-1850332782>
- Eurostat, consultado a 23 de janeiro de 2023. Disponível em <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Exel, J., Graaf, G., Brouwer, W. (2008). Give me a break! Informal caregiver attitudes towards respite care. *Health Policy*, 88 (1). PP. 73-87

Fundação Francisco Manuel dos Santos. Inquérito à Fecundidade 2013 (2014). Lisboa:
Instituto Nacional de Estatística

Ghio, Goujon e Fabrizio (2022). The Impact of migration on the working age population at local level. *Internacional Union for the scientific Study of Population*. 12 de Janeiro de 2022, <https://www.niussp.org/category/individual-and-population-ageing/>

Gil, A. P. Os cuidados (in)formais numa sociedade envelhecida. In: Canhão, Gil, Barros e Branco, *Desafios do Envelhecimento para a saúde, a economia e a sociedade* (pp. 128-143). Cascais: Príncipia.

Graves, L. M., & Powell, G. N. (1995). The effect of sex similarity on recruiters evaluations of actual applicants: A test of the similarity attraction paradigm. *Personnel Psychology*, 48 (1), 85-98.

Hernaes, E., Markussen, S., Piggott, J., Vestad, O. (2013). Does retirement age impact mortality? *Journal of Health Economics*, 32, 586-598

Hoffmann, E., Nachtmann, J. (2010). Old Age, the Need of Long-term Care and Healthy Life Expectancy. In Doblhammer, G. e Scholz, R. Ageing, Care Need and Quality of Life: The Perspective of Care Givers and People in Need of Care (Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen). (2010^a Edição, 163-176). Alemanha: VS Verlag für Sozialwissenschaft em

Instituto Nacional de Estatística, consultado a 23 de janeiro de 2023. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

Kaiser Family Foundation. *Disability prevalence*. Disponível em: Non-Institutionalized Population Who Reported a Disability | KFF

Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3). 861-866

Kirk, D. (1996). Demographic Transition Theory. *Population Studies*. 50(3). 361-387

Ikegami, N. (1982). Institutionalized and the non-institutionalized elderly. *Social Science & Medicine*, 16(23), 2001-2008

Leitão, J. (2010). (Des)Igualdades, envelhecimento e saúde. Um avanço civilizacional. Lisboa, Portugal, Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa: Revista Alicerces, 3, 91-106.

- Longacre, M., Valdmanis, V., Handorf, E., Fang, C. (2017). Work Impact and Emotional Stress Among Informal Caregivers for Older Adults. *Journals of Gerontology: Social Sciences* 72(3), 522-531
- Lopes, M., Pinho, L., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H. Garcia-Alonso, J. e Afonso, A. (2021). Functioning and cognition of portuguese older adults attending in residential homes and day centers: a comparative study. *Internacional Environmental Research and Public Health* 18 (13), 1-12
- Medical and CHIP Payment and Access Commission (2022). *Characteristics of non-institutionalized individuals by source of health insurance*. Disponível em: EXHIBIT 2. Characteristics of Non-Institutionalized Individuals by Age and Source of Health Coverage - MACPAC
- Mendes, M. e Candeias, A. (2000). Prospecção demográfica: os próximos 20 anos. In Pereira, P. (Org.), *A reforma da Segurança Social: contributos para reflexão* (1ªEd.). Oeiras: Celta Editora.
- Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nazareth, J. (1993). Demografia e ecologia humana. *Análise Social*, 28 (3), pp. 879-885
- Newstrom, J. W. (2007). *Organizational Behaviour-Human Behaviour at Work* (12 ed.). New York: McGraw Hill International Edition.
- Nossa, P. (2014). *Envelhecimento Demográfico: receios e oportunidades no Sec. XXI*. In Jacinto, R. (Org.) *Espaços de Fronteira, Territórios de esperança: das vulnerabilidades às dinâmicas de desenvolvimento*. Guarda; CEI; pp. 299-314
- Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Kairós Gerontologia*, 20(1), pp. 133-154
- Our World in Data, consultado a 23 de janeiro de 2023. Disponível em <https://ourworldindata.org>
- Parlamento Europeu. (2021). *Relatório sobre um velho continente a envelhecer – possibilidades e desafios relacionados com a política de envelhecimento após 2020*.

- Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194_PT.html
- Patterson, S., Margolis, R. (2019). Caregiving: there's more than meets the eye. *Internacional Union for the scientific Study of Population*. 12 de Janeiro de 2022, <https://www.niussp.org/family-and-households/caregiving-theres-more-than-meets-the-eye/>
- Patterson, S., Margolis, R. (2019). The Demography of Multigenerational Caregiving: a Critical Aspect of the Gendered Life Course. *Socius: Sociological Research for a Dybamic World*, 5, 1-19.
- Pereira, P. (Org.). (2000). *A Reforma da Segurança Social. Contributos para reflexão*. Oeiras: Celta Editora.
- Pfeffer, J. (1985). Organizational demography: Implications for management. *California Management Review*, 28 (1), 67-81.
- PORDATA, consultado a 23 de janeiro de 2023. Disponível em <https://www.pordata.pt>
- Pot, A., Rabheru, K. e Chew, M. (2023). Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Comission. *The Lancet* 401 (10390), pp.1754-1755. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00920-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00920-0/fulltext)
- Ribeiro, F. (2011). *Estudo Estatístico dos Fluxos Migratórios em Portugal, no Período de 1991 a 2001*. Universidade de Évora, Évora
- Ribeiro, F., Tomé, L.P. e Mendes, M. (2014). Ageing alone? The future of the Portuguese population in discussion. *Proceedings of the Sixth Eurostat / Unece Work Session on Demographic Projections*, 287-298
- Rogers, A., Jones, B., Partida, V., Muhidin, S. (2007). Inferring migration flows from the migration propensities of infants: Mexico and Indonesia. *Ann Reg Sci*, 41, 443-465
- Rosa, M. (1993). *O desafio social do envelhecimento demográfico*. *Análise Social*, XXVIII (122)
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Ensaios da Fundação.
- Shryock, H., Siegel, J. (1976). *The Methods and Materials of Demography (Studies in Population)* (7ªEd.). Cambridge: Academic Press

- Sousa, R. (2009). *Envelhecimento da População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado não editada, Mestrado em Ciências Económicas). Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa.
- Tomé, L. (2015). *Why Portugal is not replacing generations? A period and cohort perspective in a comparative analysis with selected European Countries*. Universidade de Évora, Évora.
- Tripathy, J. (2013). Secondary Data Analysis: Ethical Issues and Challenges. *Iranian Journal of Public Health* 42(12), pp, 1478-1479
- Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V. e Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Wall, K., Correia, S. (2014). *Changes in Family Policies since 2010: Country Overview Portugal*. Eurofound Project: Families in the economic crisis: mapping policy responses in 5 European Member States. Universidade de Lisboa – Instituto de Ciências Sociais

Anexo I: Constituição das NUTS I, II e III (2013) Portugal

