

NOTAS TÉCNICAS

2

Envelhecimento demográfico e sustentabilidade da Segurança Social



LIVRO VERDE | Grupo de trabalho | Transformações demográficas

Notas Técnicas

Envelhecimento Demográfico e Sustentabilidade da Segurança Social

Ana Alexandre Fernandes

(com a colaboração de Maria João Bárrios e António Fonseca)

Notas Técnicas

1. Introdução

A problemática do envelhecimento apresenta-se conceptualmente numa dupla dimensão: a perspectiva do envelhecimento individual, enquanto processo bio-psico-social, e na sua dimensão populacional, o envelhecimento demográfico. É nesta dupla perspectiva que deve situar-se a análise do problema e das respostas implementadas para responder a este desafio. Iremos focar a análise apenas em dois tipos de indicadores: indicadores demográficos e indicadores de saúde¹.

Nas últimas décadas cresceu o interesse científico, social e política pelo tema do envelhecimento da população, ainda que os conceitos utilizados na sua análise tenham permanecido estáticos, como o limiar de idade a partir do qual se define a população idosa. O conceito de "idade prospectiva" (Sanderson & Scherbov, 2007), enquanto instrumento conceptual, permite enriquecer a nossa compreensão do envelhecimento demográfico e o que lhe está associado do ponto de vista das transformações. Considera que se atribui uma idade cronológica e uma idade prospectiva. A idade cronológica remete para os anos vividos. A idade prospectiva remete para os anos a viver. Uma visão estática baseada apenas na idade cronológica pode distorcer a possibilidade de implementar políticas criativas sobre a longevidade e negligenciar a oportunidade de mudar a trajetória de envelhecimento e os custos a ele associados.

Esta era de diversidade etária sem precedentes significa que a sociedade só tem a ganhar desta complementaridade de competências que as pessoas desenvolvem ao longo das suas vidas e que se evidenciam de forma particular em diferentes momentos dessas vidas. A destreza, a força e o entusiasmo pela descoberta, comuns em pessoas mais jovens, podem combinar-se com a experiência e o controlo de emoções, predominantes nas pessoas mais velhas, criando possibilidades de interação verdadeiramente novas nas relações interpessoais, nas famílias, nas comunidades e nos locais de trabalho. Nunca, na história da humanidade, tantas gerações coexistiram criando oportunidades de conexões intergeracionais que até agora eram praticamente impossíveis de se concretizar.

Um desafio fundamental de uma sociedade onde a diversidade etária é cada vez maior é promover conexões significativas entre diferentes gerações, procurando aproveitar ao máximo um capital social nunca existente com esta dimensão. Embora subsistam grandes variações em termos das capacidades das pessoas com 65 e mais anos, este grupo populacional apresenta hoje uma condição funcional superior à de gerações passadas. Valorizar a diversidade etária, em linha com o que sucede com a valorização de outras formas de diversidade, terá de ser mais do que um exercício de semântica, se quisermos fazer uso das imensas reservas de conhecimento, experiência e competências apresentadas pelos adultos mais velhos, sobretudo por aqueles que desejam permanecer produtivos por meio do exercício de trabalho remunerado.

Esta perspetiva, que aprofunda a responsabilidade e o compromisso entre gerações, opõe-se a uma visão "idadista", onde a narrativa de uma "sociedade envelhecida" retrata habitualmente as últimas décadas da vida como um período marcado pela vulnerabilidade e dependência. Em vez disso, uma perspectiva de longevidade encara os 30 anos extra de vida conquistados nas últimas décadas como um dividendo que pode ser

¹ Avaliar a dinâmica do envelhecimento de uma população, segundo Skirbekk et al. (2018), exige recorrer a vários indicadores, tais como:

- a) Medidas demográficas baseadas do envelhecimento das estruturas populacionais. Estes indicadores demográficos dão indicação da relação entre os grupos etários.
- b) Medidas Económicas do Envelhecimento da População. Estas medidas indicam se a Segurança Social e os fundos de pensões são possíveis tendo uma vida mais longa. mas não consideram as diferenças de saúde e de estado funcional entre pessoas da mesma idade cronológica.
- c) Medidas de saúde física do envelhecimento da população, que incluem:
 - i. Medidas de saúde física baseadas nos inquéritos de saúde. Tendem a ser correlacionados com o aumento da idade cronológica, mas as relações estão longe de ser lineares.
 - ii. Medidas funcionais do envelhecimento da população. Funcionamento Cognitivo, Funcionamento Sensorial, Capacidade Funcional. Biomarcadores como potenciais medidas futuras do envelhecimento da população.
 - iii. Medidas subjetivas do envelhecimento da população

estrategicamente distribuído em todas as fases da vida, alterando expectativas e normas sociais. Continuamos a perspetivar a sociedade arrumada em 3 etapas do ciclo de vida, achando que os jovens devem formar-se aos 20-25 anos (conforme façam ou não estudos de nível superior), estando depois destinados à vida profissional pelas décadas seguintes. Mas, considerando o crescimento do tempo da vida nas últimas décadas, será mais lógico projetar que aprendizagem e exercício profissional terão de se alternar em diferentes momentos do ciclo de vida. Por outro lado, num momento de escassez de mão de obra em algumas atividades que requerem maior especialização, fará sentido desprezar o conhecimento que trabalhadores com mais idade apresentam apenas porque chegou a hora, cronologicamente determinada, para deixarem a força de trabalho? É será razoável admitir uma só maneira de definir “idade” quando dispomos já de evidência, através de instrumentos de medida, de que existe uma razoável desigualdade nas condições de saúde e vitalidade das pessoas mais velhas?

Com as pessoas a viverem até cada vez mais tarde, papéis e normas sociais tidos por universais – porque estão associados à idade – irão tornar-se mais fluídos e autodefinidos, menos uniformes socialmente e mais regulados do ponto de vista individual, em que variáveis como autoeficácia, vontade de experimentar e resiliência constituirão, a par dos conhecimentos, um *kit* cognitivo e emocional de ferramentas associadas ao exercício profissional. Consideramos que tudo isto só será possível tomando a saúde como a medida chave que determinará como, quando e onde os nossos esforços serão mais eficazes na trajetória de longevidade percorrida por cada indivíduo.

2. A medida do envelhecimento demográfico da população portuguesa

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento remete para a estrutura da população por idades. Também aqui avaliamos a dinâmica em duas dimensões: a alteração ao longo do tempo da estrutura demográfica, que resulta da variação da relação entre grupos de idade (dimensão macro demográfica) e a redução da natalidade e da mortalidade, com crescente aumento do tempo de vida, esperança de vida (dimensão micro demográfica).

Portugal é um dos países mais envelhecidos da UE, com quase um quarto da população (23,7%) com 65 ou mais anos. Somos ultrapassados apenas pela Itália (23,8%), sendo a média da UE27 de 21,1% (FIGURA.1). Também o envelhecimento deste grupo etário se acentuou. Em 2022, a proporção de pessoas com 80 e mais anos era de 6,9%, a seguir à Grécia (7,2%) e à Itália (7,6%), sendo a média da UE de 6,1% (FIGURA.2). Por sua vez, no mesmo ano, a proporção de crianças e jovens entre os 0 e os 14 anos em Portugal era a segunda menor da UE27 (12,8%), a seguir à Itália (12,7%), sendo a média da UE27 de 15% (FIGURA 3).

O Índice de envelhecimento ($I/J \times 100$), é praticamente o dobro do valor apresentado em 2001. O envelhecimento acentuado traduzido no indicador reflete o crescimento da população idosa e a redução muito acentuada da população jovem devido a redução da natalidade.

FIGURA. 1- Percentagem de pessoas 65+ na UE, 2022

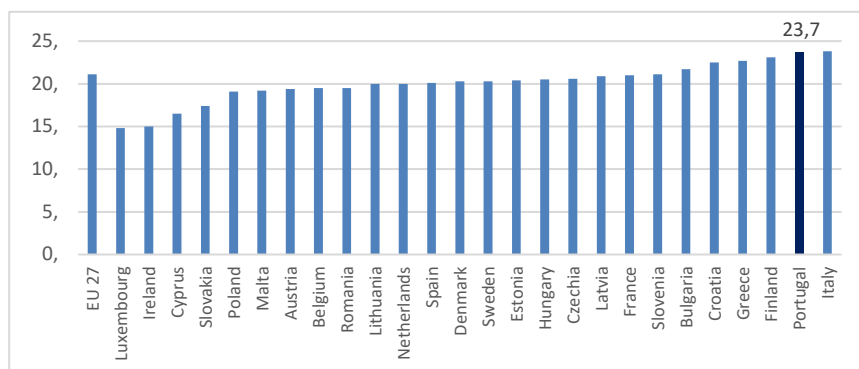
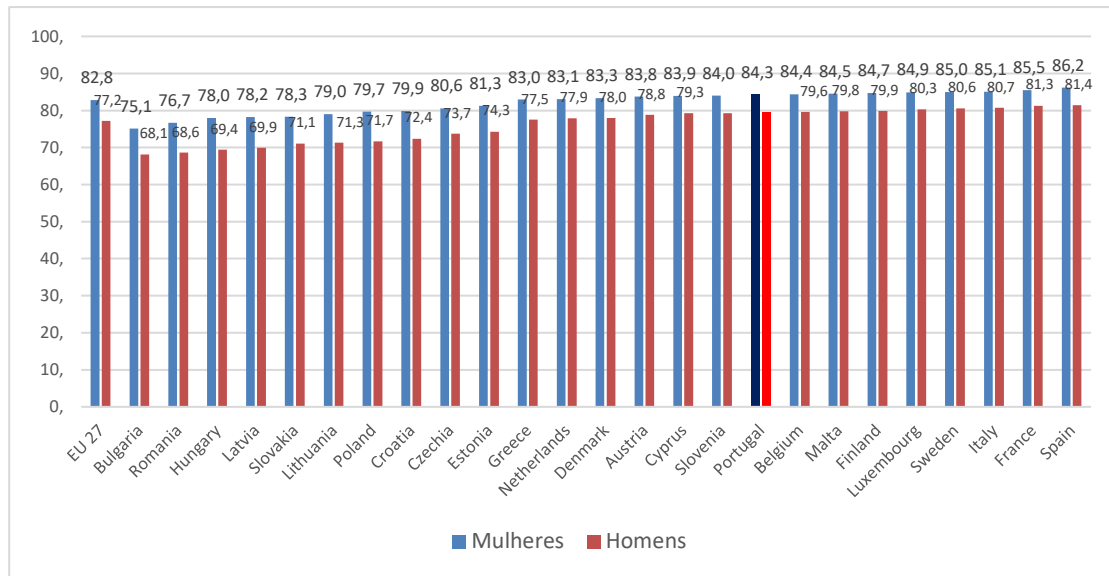


FIGURA. 4 Esperança de vida à nascença nos países da UE, H&M, 2023



Fonte: Eurostat

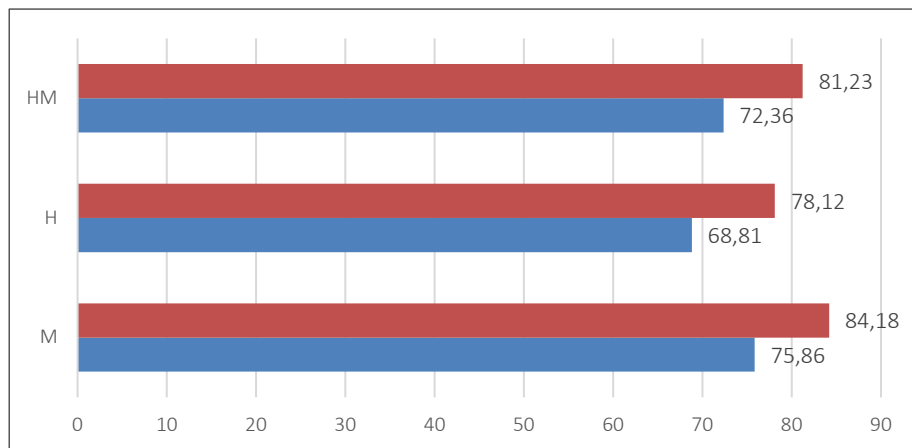
O crescimento do tempo de sobrevivência, ao longo dos últimos 40 anos, foi de aproximadamente 10 anos para os homens e 9 para as mulheres. Atingidos os 65 anos, os homens e as mulheres esperam ainda viver, em média, 20 anos.

QUADRO 1 - Evolução da esperança de vida à nascença (HM) 1940-2021, PT

Ano	Mulheres	Homens	H&M	Mulheres	Homens	H&M
1940-1944	52,82	48,25	50,58	Diferenças sucessivas		
1945-1949	57,69	52,48	55,14	4,87	4,23	4,56
1950-1954	62,6	57,36	60,06	4,91	4,88	4,92
1955-1959	64,74	59,33	62,11	2,14	1,97	2,05
1960-1964	67,1	61,32	64,24	2,36	1,99	2,13
1965-1969	69,39	63,04	64,24	2,29	1,72	0
1970-1974	71,33	64,93	68,18	1,94	1,89	3,94
1975-1979	73,66	66,56	70,13	2,33	1,63	1,95
1980-1984	75,86	68,81	72,36	2,2	2,25	2,23
1985-1989	77,42	70,38	73,93	1,56	1,57	1,57
1990-1994	78,39	71,15	74,77	0,97	0,77	0,84
1995-1999	79,52	72,22	75,88	1,13	1,07	1,11
2000-2004	80,9	73,98	77,47	1,38	1,76	1,59
2005-2009	82,49	75,84	79,23	1,59	1,86	1,76
2010-2014	83,75	77,45	80,7	1,26	1,61	1,47
2015-2019	84,47	78,38	81,53	0,72	0,93	0,83
2020-2021	84,18	78,12	81,23	-0,29	-0,26	-0,3

Fonte: Human Mortality Database

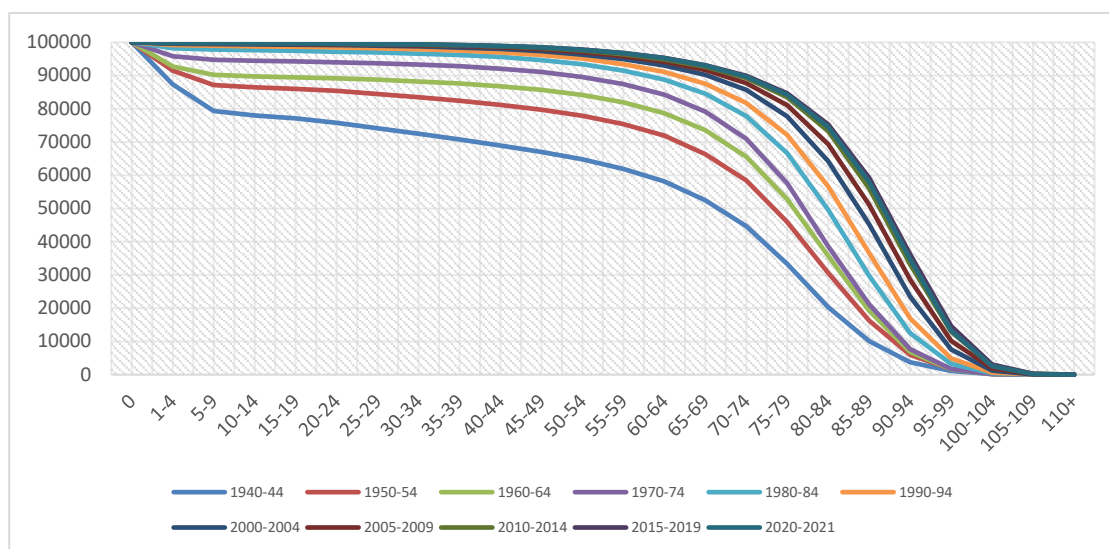
FIGURA 5 - Crescimento da esperança de vida à nascença (1980-2021)



Fonte: Human Mortality Database

Na FIGURA. 6, apresentamos a rectangularização das curvas de sobreviventes que traduzem o crescimento das probabilidades de sobrevivência das sucessivas coortes, desde 1940-44 até 2020-21, em Portugal, para ambos os sexos. Com a redução da mortalidade em todas as idades, as curvas de sobreviventes tendem a identificar-se com os lados do retângulo, considerando o adiamento da idade da morte para os indivíduos de uma coorte que deverá ocorrer tardiamente e a concentrar-se nas idades que rondam o limiar de esperança de vida. O recuo da mortalidade e o aumento da esperança de vida poderão deslocar ainda um pouco a curva de sobrevivência para a direita. Mas as curvas estão a aproximar-se do limiar máximo possível de rectangularização que corresponde a atingir o limite para a esperança de vida.

FIGURA. 6 Rectangularização das curvas de sobrevivência, por idades, Portugal, HM, 1940-2021



Fonte: Tábuas de mortalidade, *Human Mortality Database*

Envelhecimento biopsicossocial

O envelhecimento individual, que passaremos a designar por envelhecimento bio-psico-social, diz respeito a um declínio da funcionalidade física e cognitiva, que ocorre à medida que a idade avança. Também designado por "senescência", consiste num conjunto de alterações irreversíveis no organismo biológico em termos fisiológicos, histológicos, bioquímicos e/ou genéticos, provocando uma redução da capacidade funcional das pessoas.

A análise destas alterações biológicas deve ser efetuada num modelo bio-psico-social pela inter-relação que se estabelecem com os determinantes sociais. Falamos dos determinantes sociais da saúde, entendidos como as condições em que as pessoas vivem e trabalham, que influenciam o envelhecimento, e que são responsáveis pelas iniquidades em saúde entre populações. Por um lado, o processo de envelhecimento individual depende de fatores sociais e comportamentais. Por outro lado, as alterações biológicas têm implicações sociais na vida das pessoas, reduzindo a qualidade de vida e refletindo-se num estado de vulnerabilidade e fragilidade.

À medida que envelhecem, com o declínio da funcionalidade (física e cognitiva), os indivíduos estão sujeitos a maior vulnerabilidade. Este processo, diferencial, é fortemente condicionado pelas condições sociais, estilos de vida e usos do corpo. A vulnerabilidade decorre de suscetibilidade ao desenvolvimento de estados de morbilidade e comorbilidade, conduzindo a limitações funcionais, que poderão levar a incapacidade e progredir para situações de dependência. Trata-se sobretudo de doenças crónicas e das consequências patológicas associadas. O conceito de fragilidade remete para uma síndrome biológica, que resulta em situações de maior risco de problemas de saúde, incapacidade e morte, levando a um aumento da necessidade de cuidados. Mas é, também, um conceito multidimensional, na relação entre fatores biológicos e psicossociais. Os determinantes sociais podem potenciar a condição de fragilidade (como baixos rendimentos) ou, por outro lado, serem fatores modificadores da fragilidade (como uma rede de suporte social).

O alongamento do tempo de vida da população portuguesa não tem sido acompanhado de boas condições de saúde. Ao contrário do que acontece com a esperança de vida, Portugal apresenta baixos valores de Anos de Vida Saudável (AVS) face a outros países da UE. O indicador de AVS mede o número de anos restantes que se espera que uma pessoa de idade específica viva sem problemas de saúde graves ou moderados. Segundo os dados do Eurostat, em 2021 Portugal registava 58 AVS à nascença, abaixo da média da UE (63,6 anos), sendo o sétimo valor mais baixo. Este indicador é mais baixo nas mulheres (o terceiro valor mais baixo da UE) em comparação com os homens (oitavo valor mais baixo) (QUADRO 2).

O mesmo cenário se descreve aos 65 anos. Em 2021, a população portuguesa com 65 ou mais anos esperava viver 7,9 AVS, um valor inferior aos 9,7 AVS da UE. Também este valor é mais baixo nas mulheres (sexto valor mais baixo) em comparação com os homens (décimo segundo valor mais baixo) (QUADRO 3).

QUADRO 2 – Anos de vida saudável, à nascença na UE 2021

	Total		Homens		Mulheres
Latvia	53,8	Latvia	52,2	Denmark	54,8
Estonia	56,5	Estonia	54,9	Latvia	55,4
Denmark	56,6	Lithuania	55,4	Portugal	57,4
Slovakia	56,8	Slovakia	56,2	Slovakia	57,5
Lithuania	57,6	Romania	57,3	Estonia	58
Romania	57,8	Croatia	57,9	Romania	58,2
Portugal	58,3	Denmark	58,2	Croatia	59,3
Croatia	58,6	Portugal	59,3	Netherlands	59,6
Netherlands	60,3	Czechia	60,7	Lithuania	59,8
Finland	61,7	Poland	60,7	Austria	61,3
Austria	61,8	Netherlands	61	Luxembourg	61,6

Czechia	62	Austria	61,5	Finland	61,7
Luxembourg	62,0	Bulgaria	61,6	Spain	62,6
Hungary	62,5	Hungary	61,6	Czechia	63,4
Poland	62,6	Finland	61,6	Hungary	63,5
Spain	62,8	Luxembourg	62,3	EU27	64,2
Bulgaria	63,3	Spain	63	Belgium	64,4
EU27	63,6	EU27	63,1	Poland	64,6
Belgium	64,6	Slovenia	63,7	Bulgaria	65,1
Slovenia	65,4	Cyprus	64,5	Germany	66,5
Germany	65,6	Germany	64,7	Greece	66,6
Greece	65,6	Greece	64,7	Cyprus	66,8
Cyprus	65,7	Belgium	64,8	France	66,9
France	66,2	France	65,5	Slovenia	67,3
Ireland	67,2	Ireland	66,4	Sweden	67,9
Italy	68,1	Italy	67,7	Ireland	68
Sweden	68,4	Malta	68,9	Italy	68,5
Malta	68,7	Sweden	68,9	Malta	68,5

Fonte: Eurostat

QUADRO 3 – Anos de vida saudável aos 65 anos, UE, 2021

	Total		Homens		Mulheres
Romania	4	Romania	4	Romania	4
Latvia	4,8	Latvia	4,4	Latvia	5
Slovakia	5	Slovakia	4,8	Slovakia	5,1
Croatia	5,2	Croatia	5,1	Croatia	5,2
Lithuania	6	Lithuania	5,2	Lithuania	6,6
Estonia	7	Estonia	6,2	Portugal	7,4
Hungary	7,5	Czechia	7	Estonia	7,6
Czechia	7,6	Hungary	7,1	Greece	7,7
Greece	7,7	Greece	7,6	Hungary	7,8
Portugal	7,9	Bulgaria	7,7	Czechia	8,2
Poland	8,3	Poland	7,7	Poland	8,9
Bulgaria	8,4	Portugal	8,4	Bulgaria	9
Cyprus	9,2	Cyprus	9,1	Cyprus	9,3
Netherlands	9,4	Netherlands	9,2	Netherlands	9,7

Austria	9,5	Austria	9,3	Austria	9,7
EU 27	9,7	EU27	9,5	EU27	9,9
Denmark	9,9	Denmark	9,5	Denmark	10,2
Spain	10,5	Slovenia	10	Spain	10,3
Italy	10,7	Germany	10,2	Italy	10,7
Slovenia	10,7	Finland	10,3	Luxembourg	11,2
Germany	10,8	Spain	10,7	Belgium	11,3
Finland	10,9	Luxembourg	10,7	Germany	11,4
Luxembourg	11,0	Italy	10,8	Slovenia	11,4
Belgium	11,2	Belgium	11	Finland	11,4
Malta	11,9	France	11,3	Malta	11,6
France	12	Malta	12,2	France	12,6
Ireland	12,6	Ireland	12,3	Ireland	13
Sweden	14,6	Sweden	14,5	Sweden	14,8

Fonte: EUROSTAT

Evidencia-se, assim, uma diferença entre a esperança de vida dos homens e das mulheres e os anos de vida saudável. A conquista de anos de vida da população portuguesa não tem correspondência com boas condições de saúde.

Sobre as consequências destes problemas, dados de 2022 do Eurostat colocam Portugal como o quinto país da UE com maior proporção de pessoas 65+ com limitações (alguma ou severa) de longa duração nas atividades habituais devido a problemas de saúde (60,2%) (UE: 52,2%). Esta proporção é também superior nas mulheres (66,3%) em comparação com os homens (Quadro ANEXO).

As diferenças de género observadas colocam as mulheres portuguesas numa situação paradoxal: apresentam elevada esperança de vida, das mais elevadas da Europa, mas, em contrapartida, têm uma esperança de vida saudável, á nascença e aos 65 anos, das mais baixas da União Europeia. E 66,3% das mulheres portuguesas reporta problemas de saúde de longa duração.

Estes indicadores são construídos a partir de Inquéritos de saúde, e as condições de saúde são autoreportadas, isto é, os inquiridos indicam doenças diagnosticadas, práticas de saúde e avaliam também o seu estado de saúde. Aqui interferem fatores psicológicos que são determinados não só pelas condições objetivas de saúde e doença, mas também por condições sociais e económicas.

3. Envelhecimento, Saúde e Género

O estatuto social e económico das mulheres, comparado com o dos homens, tem vindo a melhorar e as mulheres têm beneficiado de maior equidade. Contudo, continua a ser inferior ao dos homens. Os níveis de escolaridade femininos têm convergido relativamente aos masculinos. Certas mudanças verificadas ao nível do emprego, tal como na educação, foram acompanhadas por mudanças na família e conjugalidade de homens e mulheres; por exemplo, diferenças de género no tempo gasto em tarefas domésticas têm, em certa medida, vindo a esbater-se; as taxas de casamento têm

diminuído, ao contrário das de divórcio, que têm aumentado. Encontramos mais mulheres a viver numa casa sem outro adulto, o número de filhos por mulher também diminuiu, muitas mulheres ou simplesmente não chegam a ter filhos, ou atrasam o nascimento do primeiro filho.

Grande parte destas diferenças entre homens e mulheres não pode ser contabilizada por motivos biológicos e o género enquadra uma série de aspetos sociais da vida de todos os dias. Deve ter em conta a forma como os papéis de homens e de mulheres são percebidos na sociedade, como a relação entre homens e mulheres é concebida. A divisão doméstica do trabalho adequou-se às alterações na vida das mulheres que optaram por um emprego remunerado. Apesar de todas estas mudanças no papel e posição das mulheres face aos homens, verifica-se grande variabilidade social (Fernandes *et al.*, 2009) e um *gender gap* significativo que se vai refletir nos níveis das pensões de reforma.

O enfoque no género procura enfatizar as particularidades femininas em oposição às masculinas e, ao fazê-lo faz emergir diferenças que decorrem de desigualdades nas condições sociais ao longo das trajetórias de vida. Os homens e as mulheres têm diferentes condições de saúde e esperança de vida ao longo da sua trajetória de vida, que se vão acentuar no processo de envelhecimento. Há diferenças consideráveis entre a saúde e a capacidade de sobrevivência: os homens são fisicamente mais fortes e sofrem menos de doenças, mas, em comparação com as mulheres, apresentam taxas de mortalidade mais elevadas em todas as idades, o que se traduz em menor esperança de vida à nascença para o sexo masculino.

Considerando as diferenças na mortalidade podemos afirmar que, na conjugalidade, "os homens envelhecem tendencialmente acompanhados e as mulheres envelhecem tendencialmente sós" (Delbès *et al.*, 2006). A vantagem feminina face à sobrevivência poderá transformar-se em desvantagem nas situações em que se verificam problemas de saúde, especialmente incapacitantes, baixos recursos, isolamento e solidão.

O perfil de sobrevivência, mais vantajoso para as mulheres, poderá ser explicado por fatores biológicos, para além dos sociais e comportamentais. Do ponto de vista biológico, há evidência de que as mulheres beneficiam de alguma proteção contra a mortalidade. Os estrogénios ajudam a proteger as mulheres contra doenças cardíacas, através da redução dos níveis circulatórios de colesterol nocivo. Apesar de alguma evidência, os fatores biológicos não explicam as todas as diferenças na mortalidade, especialmente porque esta relação difere significativamente ao longo do tempo e em diferentes culturas. Os estudos mais recentes têm-se concentrado nos fatores sociais e comportamentais na tentativa de encontrar explicações para as disparidades observadas na esperança de vida (Perrig-Chiello *et al.*, 2010).

As condutas de género na prevenção de riscos desempenham importante fator explicativo de maior esperança de vida das mulheres. O típico comportamento feminino é evitar comportamentos de alto risco. Pelo contrário, os homens expõem-se mais a ambientes mais agressivos do que as mulheres seja qual for o enquadramento em que se movem, e utilizam, em geral, estratégias e práticas de maior belicosidade para superar os obstáculos, as quais acarretam riscos acrescidos (estão mais expostos a conflitos, guerras e mesmo suicídio) (Fernandes, 2014). Ao longo da trajetória de vida, as diferenças sociais (estatuto social, escolaridade) e as aspirações pessoais que orientam as opções das mulheres face a questões como constituição de família, maternidade e carreira profissional, são determinantes fundamentais que explicam as diferenças entre homens e mulheres na fase final do ciclo de vida.

Sem incorrer numa lógica de pensamento determinística, podemos afirmar que o envelhecimento representa descapitalização, perda e desvalorização de competências. No que respeita ao direito a uma pensão de reforma devemos incluir a trajetória de trabalho, que deverá ser completa, sem interrupções. No que respeita ao nível da pensão, é necessário que as mulheres apostem numa carreira profissional nem sempre compatível com as opções familiares feitas em concorrência com as exigências da carreira

profissional. Os salários femininos são, em média, inferiores aos masculinos mesmo nas circunstâncias de trabalho idêntico, especialmente no sector privado.

4. Gender Gap nas pensões

A fase final do percurso biográfico de cada um condensa os acontecimentos de vida e as eventualidades que estruturam a forma como decorreu o ciclo de vida. A condição feminina ao longo do ciclo de vida e as opções que as mulheres devem fazer, face à maternidade e à carreira profissional, condicionam a sua posição na trajetória de trabalho e na possibilidade de capitalizar, com salários mais altos, uma pensão de reforma também mais alta e satisfatória para as exigências da última fase de um ciclo de vida que é agora mais longo. Os pressupostos de equidade de género e justiça social não estão contemplados nos sistemas de segurança social. Embora não se verifique uma discriminação de género direta, eles não são neutrais do ponto de vista do género. Como o acesso à pensão e respetivos montantes são definidos por parâmetros que se baseiam nas trajetórias de trabalho, as diferenças de género verificadas ao longo da vida ativa acabam por ser reproduzidas pelos sistemas de Segurança Social. Os percursos de vida ativa das mulheres são caracterizados por várias desigualdades: a nível de participação no mercado de trabalho, na incidência no emprego a tempo parcial, nas posições assumidas e nos salários recebidos, e principalmente na partilha desigual dos cuidados familiares. Isto faz com que as condições que as mulheres apresentam, em resposta aos requisitos do sistema, sejam menos favoráveis do que os homens e condicionam o cumprimento das condições requeridas para acesso à pensão completa.

Segundo o estudo realizado por S. M. de PAULA, 2018, o "acesso à pensão e respetivos montantes são definidos por parâmetros que se baseiam na biografia profissional do futuro pensionista, as diferenças de género verificadas ao longo da vida ativa acabam por ser reproduzidas pelos sistemas de Segurança Social". Os direitos de proteção na velhice estão associados ao trabalho remunerado e não estão instituídos mecanismos para reconhecer, por exemplo, o trabalho não pago de prestação de cuidados e trabalho doméstico. Nos sistemas de pensões instituídos as desigualdades de género no mercado determinam as condições de acesso à pensão de reforma, que acabam por assegurar melhor proteção aos homens do que às mulheres. Isso é visível nas interrupções de carreira para cuidado familiar, que se traduzem em taxas de substituição e pensões brutas mais baixas para as mulheres, em relação aos homens e também em relação às mulheres sem filhos (PAULA, 2018).

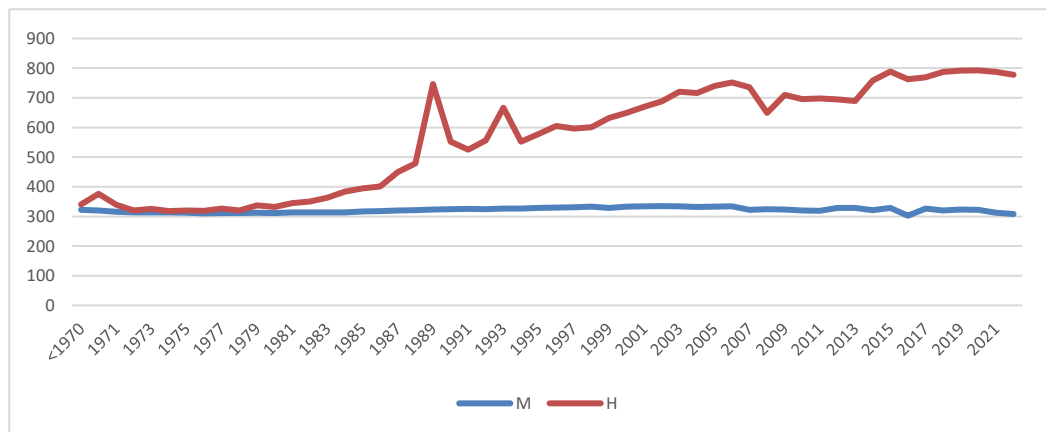
A mesma autora, no estudo referido, compara Espanha, Grécia, Itália e Portugal e constata que nos 4 países, os percursos de vida ativa das mulheres são caracterizados por várias desigualdades: a nível de participação no mercado de trabalho, na incidência no emprego a tempo parcial, nas posições assumidas e nos salários auferidos, bem como na partilha muito desigual da prestação de cuidados familiares. Isto faz com que as condições que as mulheres apresentam, em resposta aos requisitos do sistema, sejam menos favoráveis do que os homens, dificultando o cumprimento das condições requeridas para acesso à pensão completa.

O Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia (2012) apresenta, no Artigo 8º, o objectivo de eliminar as desigualdades e promover a igualdade entre homens e mulheres.

Também na Estratégia da UE para a Igualdade de Género (Jan de 2021), a resolução do Parlamento Europeu (nº 69), "*exorta os Estados Membros a garantirem a igualdade entre homens e mulheres em termos de participação e oportunidades no mercado de trabalho e a abordagem à feminização da pobreza, incluindo a pobreza na velhice, nomeadamente tendo em conta a dimensão do género na disponibilidade e no acesso aos direitos de pensão a fim de eliminar a disparidade nas pensões (...)*".

Em Portugal, as desigualdades e iniquidades de género são observáveis nos níveis das pensões de homens e mulheres (FIGURA 7). Uma grande parte das mulheres tem trajetórias de trabalho menos profissionalizadas e, por isso, menos remuneradas. Estas mulheres trabalham também em condições laborais mais precárias. Se associarmos estas desigualdades a maior esperança de vida das mulheres estamos em condições de afirmar que reformas com pensões baixas, vividas por mais tempo dão origem a situações de pobreza.

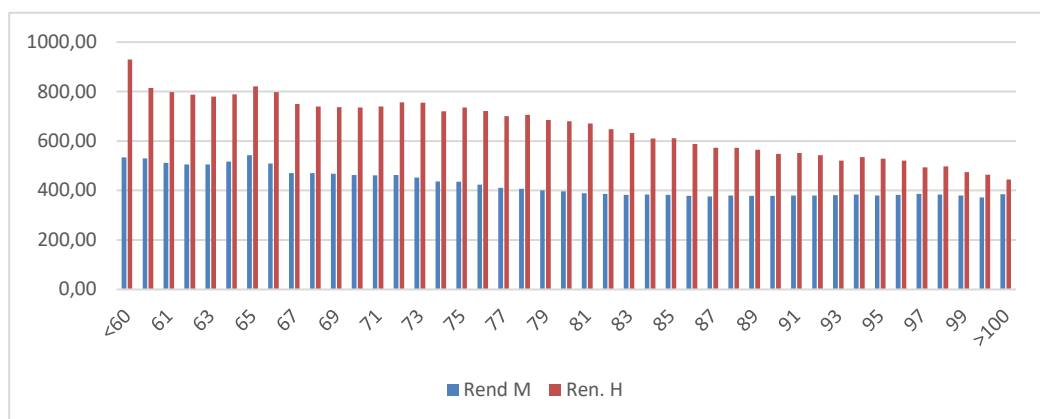
FIGURA 7 - Evolução no *Gender Gap* das pensões regulamentares², 1970-2021



Fonte: Informação fornecida pela Segurança Social (CSSS)

A desigualdade de género no nível de pensões traduz-se na prática em situações de pobreza na velhice associadas a estados de saúde frágeis, vulneráveis e mesmo incapacitantes. Nesta fase da vida dificilmente estas desvantagens são ultrapassadas sem apoios sociais. Em Portugal a maioria dos beneficiários do CSI e outros complementos sociais são mulheres. São elas também que apesar de mais doentes são as maiores sobreviventes.

FIGURA 8 - *Gender gap* nas pensões (Rendimento total, Regime geral)³, por idades



Fonte: Informação fornecida pela Segurança Social (CSSS)

² (*) "regul." = pensão regulamentar (estatutária + atualizações + acréscimos).

³ Rendimento total inclui a pensão (com complemento social), as atualizações extraordinárias, os complementos de mínimos, o complemento de dependência, o complemento de cônjuge a cargo e o CSI. Não inclui eventuais pensões de sobrevivência e de outros regimes.

Apresentamos abaixo dois exemplos europeus, França e Espanha, em que foram introduzidos nos sistemas mecanismos de correção da desigualdade de género observada no nível das pensões de reforma.

a) França

A legislação francesa⁴ aprovou medidas de compensação para os pais que tiveram e criaram crianças que inclui as crianças adotadas. Segundo a legislação ter filhos traduz-se em vantagens para a pensão de reforma, primeiro das mães, pela maternidade (gravidez e parto) mas também dos pais que os educam. Esta compensação consiste numa majoração do tempo de contagem para o cálculo da pensão de reforma.

I.-É atribuído às mulheres beneficiárias de seguro social um aumento de quatro quartos na duração do seguro, por cada um dos seus filhos, tendo em conta o impacto na sua vida profissional da maternidade, nomeadamente da gravidez e do parto.

II.-É estabelecido em benefício de um ou outro dos dois progenitores segurados socialmente, um aumento da duração do seguro de quatro trimestres atribuído a cada filho menor em relação à sua educação durante os quatro anos seguintes ao seu nascimento ou à sua adoção.

Os progenitores designam de comum acordo o beneficiário do acréscimo ou, se for o caso, definem a distribuição entre eles desta vantagem.

Esta opção é expressa à caixa de seguro de velhice competente no prazo de seis meses a contar do quarto aniversário do nascimento ou adoção da criança. Quando nenhum dos progenitores tiver a qualidade de segurado nesta data, este prazo decorre a partir da data em que o primeiro deles adquirir essa qualidade.

Em caso de desacordo manifestado por um ou outro dos progenitores no prazo referido no número anterior, o acréscimo é atribuído pela caixa de seguro de velhice competente ao progenitor que comprove ter assumido a título principal a educação do filho durante o período mais longo. Caso contrário, o aumento é repartido igualmente entre os dois progenitores.

Esta legislação, que data de 2022, foi precedida de outras no mesmo sentido ainda que mais direcionadas para a compensação pelo número de filhos.

b) Espanha

Em Espanha foi criada legislação idêntica, em 2016, que tinha como objectivo compensar as mulheres pelo contributo demográfico. Esta lei plasmada no Artigo 60 da legislação da Segurança social era totalmente orientada para compensar as mulheres pela sua contribuição demográfica.

“Artigo 60.º Complemento de maternidade nas pensões contributivas do sistema de Segurança Social.”

1. Será reconhecido um complemento de pensão, com base na sua contribuição demográfica para a Segurança Social, às mulheres que tenham tido filhos biológicos ou adoptados e sejam beneficiárias de qualquer regime contributivo de reforma, viuvez ou invalidez permanente no sistema de Segurança Social.

O referido complemento, que terá para todos os efeitos a natureza jurídica de uma pensão pública contributiva, consistirá num montante equivalente ao resultado da aplicação de uma determinada percentagem ao valor inicial das referidas pensões, que dependerá do número de filhos de acordo com a seguinte escala:

⁴ Artigo L351-4 - Código da Segurança Social - Légifrance 10/10/22, 14h29
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136636 Página2

- a) No caso de 2 filhos: 5 por cento.
- b) No caso de 3 filhos: 10 por cento.
- c) No caso de 4 ou mais filhos: 15 por cento.”

Esta legislação levantou controvérsia e debates na justiça pelo facto de não considerar o pai que contribui também para a educação das crianças. Neste quadro legal a mãe poderia aceder a um aumento da sua reforma que ia até 15%.

A nova redação do Artigo 60º tem objectivo diferentes, ou seja, pretende agora ser um "complemento de pensiones contributivas para la reducción de la brecha de género"⁵. Esta legislação abandona o conceito de “contribuição demográfica” e centra-se no objectivo primordial de corrigir as desigualdades verificadas no nível das pensões no sentido de reduzir as iniquidades que decorrem da maternidade de um ou mais filhos.

O complemento de pensão por cada filho é pago mensalmente em valor a determinar anualmente pois depende do Orçamento de Estado.

"1. Las mujeres que hayan tenido uno o más hijos o hijas y que sean beneficiarias de una pensión contributiva de jubilación, de incapacidad permanente o de viudedad, tendrán derecho a un complemento por cada hijo o hija, debido a la incidencia que, con carácter general, tiene la brecha de género en el importe de las pensiones contributivas de la Seguridad Social de las mujeres. El derecho al complemento por cada hijo o hija se reconocerá o mantendrá a la mujer siempre que no medie solicitud y reconocimiento del complemento en favor del otro progenitor y si este otro es también mujer, se reconocerá a aquella que perciba pensiones públicas cuya suma sea de menor cuantía.

Para que los hombres puedan tener derecho al reconocimiento del complemento deberá concurrir alguno de los siguientes requisitos:

- a) Causar una pensión de viudedad por fallecimiento del otro progenitor por los hijos o hijas en común, siempre que alguno de ellos tenga derecho a percibir una pensión de orfandad.
- b) Causar una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente y haber interrumpido o haber visto afectada su carrera profesional con ocasión del nacimiento o adopción, (...)".

A primeira versão do Artigo 60º, "Complemento de maternidade por contribuição demográfica" vigorou de 2016 a 2021. Foi substituído pela nova redação do Artigo 60º, em Fevereiro de 2021, Esta nova versão é do Artigo 60º é agora designada "Complemento de pensões contributivas para a redução da diferença de género (*Gender gap*). O complemento de pensão por diferença de género é um suplemento da pensão vinculado à maternidade e/ou paternidade. Só se pode conceder a um dos dois progenitores e, embora por princípio esteja dirigido às mulheres, também o podem solicitar os pais se foram eles os que mais se viram prejudicados na sua carreira profissional. A quantia fixa inicial é de 378 euros por ano, por filho, até um máximo de 4 filhos. Esta quantia é orçamentada todos os anos e atribuído em 14 parcelas com a pensão atribuída.

Uma análise estatística relativa à população portuguesa com 50+ anos, baseada nos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005/06)⁶, permitiu constatar diferenças entre homens e mulheres, com evidentes desvantagens do lado feminino. As variáveis de caracterização sociográfica desta população indicavam significativas desvantagens para as mulheres. Acima dos 50 anos o capital escolar refletia a estrutura da população em geral: 80,2% da amostra tinha menos de cinco anos completos de escolaridade e, destes, 83,4% eram mulheres... Estes resultados estão de acordo com os alcançados noutros inquéritos nacionais, isto é, são as mulheres mais velhas quem possui menores níveis de escolaridade. No concerne aos recursos materiais, eram os homens que, em maior proporção, evidenciavam ter maiores rendimentos, verificando-se o oposto para as mulheres, cujos agregados têm os rendimentos brutos mensais mais baixos. Este *gender*

⁵ [BOE-A-2021-1529 Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico.](#)

⁶ Resultados do projeto de investigação "Envelhecimento e Saúde – Uma Análise de Género" (PTDC/CS-SOC/103608/2008).

gap tem sido relacionado também com a questão demográfica: são as mulheres que estão mais expostas aos constrangimentos relacionados com a maternidade (gravidez, parto e aleitamento) com impactos ao nível da sua carreira laboral e nas contribuições para a reforma.

As reformas mais recentes dos sistemas de segurança social, em Portugal e noutros países do sul da Europa, centraram-se sobretudo no prolongamento da vida ativa e na redução do valor das futuras pensões (através de alterações ao método de cálculo da pensão, com mudanças no salário de referência considerado e na regra de valorização (Paula, 2018).

Neste debate levado a cabo em alguns países europeus considera-se também a questão do contributo demográfico que representa o nascimento de uma criança para a sustentabilidade demográfica essencial para a sustentabilidade do Sistema de Segurança Social.

5. O Envelhecimento e as políticas públicas

De modo geral, o envelhecimento é encarado como uma carga altamente negativa, associada a perdas da funcionalidade e autonomia, sobrecarga familiar e sobrecarga pública com as respostas instituídas que são crescentes pelo aumento do número de pessoas 65+, mas principalmente pelo aumento das pessoas 80+.

As pessoas idosas, conceito estático e tendencialmente homogéneo, tem estado na base das políticas públicas orientadas para o envelhecimento que em Portugal foram instituídas modalidades público-privadas: os acordos de cooperação entre o Estado e a sociedade civil, que levaram à criação de organizações (IPSS) que respondem com serviços de prestação de cuidados às pessoas idosas. Estas políticas estão adaptadas ao baixo nível das pensões de reforma. São tuteladas pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social e tem vindo a contribuir para a burocratização e padronização destes cuidados.

Os apoios públicos são atribuídos à sociedade civil, que se constitui em respostas organizacionais com formatos pré-definidos. Inovar ou criar soluções alternativas e diversificadas dificulta o acesso aos apoios públicos. As modalidades entre estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI), serviços de apoio domiciliário (SAD), Centros de dia, Centros de convívio ou Cuidados Continuados, são consideradas escassas e insuficientes para a procura crescente.

Ao nível mundial, e particularmente ao nível europeu, procura-se a mudança de paradigma: conceptualizar o envelhecimento enquanto processo dinâmico, diferencial do ponto de vista biopsicossocial, e enquadrar a prestação de cuidados de acordo com um leque crescente e diversificado de necessidades.

a) Os principais paradigmas decorrentes do envelhecimento demográfico

Ao longo dos tempos, à medida que as estruturas etárias envelhecem, emergem os descritores de "envelhecimento saudável", "envelhecimento bem-sucedido", "envelhecimento produtivo", "envelhecimento activo" ou "*ageing in place*".

A definição de saúde da carta de Otawa (1948) e o posicionamento da saúde como direito humano fundamental pela Declaração de Alma-Ata de 1978 constituíram as bases para a emergência do paradigma de "envelhecimento saudável", vinculado à promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo da vida, facilitando estilos de vida saudáveis, que possam adiar os problemas e retardar a sua progressão. Atualmente, o envelhecimento saudável sustenta a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável. As políticas de envelhecimento saudável facilitam escolhas e

comportamentos saudáveis e dirigem-se a todas as fases do ciclo de vida e grupos etários. Há, no entanto, uma maior preocupação com situações de maior vulnerabilidade e com a redução dos fatores de risco para doenças características do avançar da idade.

O “envelhecimento ativo” é definido pela OMS como o “processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, P.12). Entre os diferentes paradigmas, o “envelhecimento ativo” destaca-se como inovador pelo contributo na resolução dos diversos desafios impostos pelo envelhecimento populacional, produzindo benefícios para os indivíduos, para as organizações e para as comunidades. Assente nos pilares saúde, participação e segurança, o “envelhecimento ativo” suporta ainda a aprendizagem ao longo da vida, considerando que o seu exercício depende da interação de determinantes que envolvem os indivíduos e a comunidade: cultura e género, determinantes sociais, económicos, comportamentais e pessoais, ambiente físico, serviços sociais e de saúde (WHO, 2002). Trata-se de um conceito amplo, de abordagem holística, multidimensional e intersectorial, que realça o envolvimento de diferentes atores (decisores públicos, sociedade civil e comunidade científica), reforçando a colaboração multinível e horizontal. O quadro internacional caracteriza-o como suporte para as políticas como o Plano Internacional de Madrid de Ação sobre o envelhecimento e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável produzida pelas Nações Unidas. Relacionado com os direitos humanos e com ênfase na cidadania, o “envelhecimento ativo” adota ainda a perspetiva de curso de vida, que requer o abandono de modelos tradicionais de fragmentação categórica e divisão rígida do ciclo de vida com base na idade.

O “envelhecimento ativo” tem por objectivo primordial promover e implementar as condições para que as pessoas realizem o seu potencial para a o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida e participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades – num contexto de proteção adequada.

A promoção de envelhecimento ativo, na sua prática, pode trazer algumas dificuldades e constrangimentos como a possibilidade de situações de coerção e de estigmatização, face a uma tendencia de padronizar as intervenções. Há também riscos de caricaturização da atividade da velhice (a heroica aposentada em maratona), em vez da perspectiva que foca todo o curso da vida e inclui atividade mental e física. Frequentemente, a atividade é concebida e posta em prática como significando apenas atividade física. Por fim, é de realçar a possibilidade de implementação de más práticas e de estigmatização (“ageism”).

A maioria das pessoas deseja envelhecer no lugar que conhece. Mas o envelhecimento em casa e na comunidade (*Ageing in Place*) exige o desenvolvimento de políticas de melhoria das condições habitacionais e de habitabilidade, que desempenham um papel fundamental na saúde e qualidade de vida. Além de prevenir a precariedade habitacional e promover a habitação inclusiva (cumprindo as normas de acessibilidade e adequabilidade), é importante facilitar o arrendamento e o acesso ao crédito à habitação pelas pessoas mais velhas. As soluções podem passar por sistemas de casas inteligentes, com sensores e sistemas automatizados para eletrodomésticos, iluminação adequada, sistemas de aquecimento e arrefecimento, promotores de segurança e qualidade de vida. Outras formas de habitação para as pessoas mais velhas podem ser repensadas, como o *co-housing* e a habitação multigeracional.

A mudança de paradigma deverá ser orientada para a promoção da autonomia ao longo do processo de envelhecimento e não apenas para o suporte às “pessoas idosas”.

b) Estratégias de intervenção política para a promoção do bem-estar ao longo da trajetória de envelhecimento

Uma política orientada para o envelhecimento pode ser definida como o conjunto de intervenções públicas que constroem, explícita ou implicitamente, a relação entre a velhice e a sociedade. É especificamente dirigido para a população “não produtiva, ou seja, a “população idosa” que é conceptualizada como um grupo homogêneo com necessidades e problemas sociais comuns. Esta forma de perspetivar o envelhecimento conduz, entre outros efeitos perversos, a práticas idadistas e reducionistas.

Uma estratégia orientada para o bem-estar e a proteção dos mais velhos deve incluir vários setores relacionados com a vida das pessoas, diferentes contextos e condições. O desenvolvimento de políticas salutogénicas cria medidas que promovem a saúde e a igualdade na vida adulta, bem como contraria medidas baseadas em pressupostos idadistas. São necessárias medidas integradas e multissetoriais, onde todas as organizações com potencial impacto na qualidade de vida das pessoas idosas possam trabalhar em harmonia para garantir um envelhecimento saudável. É também necessário afastar-se de uma abordagem patogénica e curativa, unidimensional das questões relativas aos idosos e adotar um modelo mais holístico, reconhecendo a natureza multidimensional da saúde e do bem-estar. Deve também garantir que o envelhecimento saudável não se limita apenas às pessoas com boa saúde, mas também é possível para as pessoas com doenças e deficiências.

Considerando a multiplicidade de desafios que o envelhecimento populacional acarreta para as políticas públicas, destacamos a importância de: i) repensar a configuração de respostas sociais padronizadas; ii) garantir condições habitacionais e de habitabilidade condignas, com acesso aos serviços domiciliários; iii) prevenir ou reduzir as desigualdades socioeconómicas na velhice e situações de pobreza; iv) proporcionar oportunidades de participação, interação social e coesão intergeracional; v) apoiar vidas ativas mais longas criando oportunidades de permanência/ reingresso ao mercado de trabalho, para pessoas mais velhas movidas por fatores pessoais, circunstanciais como necessidade financeira, ou preferenciais, reduzir as desigualdades no mercado de trabalho, reconhecer formas de trabalho não remunerado e desenvolver programas de empreendedorismo sénior; vi) criar respostas posicionadas numa cultura de aprendizagem ao longo da vida; vii) promover sustentabilidade para o sistema de segurança social implementando as reformas necessárias. Além destas prioridades, o aumento estrutural da procura global de serviços de cuidados de saúde exige a criação de serviços de cuidados de longa duração (LTC - *Long Term Care*).

Os desafios de saúde da população mais velha requerem desenvolvimento e inovação das respostas de cuidados de saúde, adequadas aos problemas decorrentes do aumento da longevidade. Perante constrangimentos como falta de eficácia e adequabilidade dos cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários no SNS no acompanhamento das necessidades de saúde das pessoas mais velhas, urgem serviços de LTC. Segundo o *European Union's Aging Working Group*, os serviços de LTC devem dirigir-se a pessoas com redução da funcionalidade (física ou cognitiva), em situação de dependência por um longo período, com incapacidade nas atividades da vida diária (AVD) e/ou com perceção de severa limitação nas atividades. A implementação de LTC é um desafio importante não só para o bem-estar das pessoas, evitando hospitalizações desnecessária, como também para a sustentabilidade orçamental. Há uma procura por modos eficientes de provisão de cuidados, pela preocupação com os gastos públicos com cuidados de saúde e LTC, acessíveis, diversificados e respeitando os critérios de qualidade. Considerando as diferenças territoriais no acesso aos cuidados de saúde, este desafio é mais problemático em algumas regiões rurais, que implicam longas distâncias dos estabelecimentos de saúde e longos tempos de espera, devido a problemas de qualidade e escala dos serviços.

Associados às necessidades de cuidados de saúde, o envelhecimento imprime desafios ao nível do apoio social. Isto acontece devido às alterações nas dinâmicas familiares no

contexto das sociedades modernas. As soluções instituídas e padronizadas referem-se sobretudo às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Noite e Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas. Se, por um lado, entre a população mais velha, persistem grupos vulneráveis, muito velhos, com baixos rendimentos e baixa escolaridade, por outro lado, cresce a diversidade social associada a heterogeneidade no processo de envelhecimento e a multiplicidade crescente de necessidades.

Um outro desafio premente para as respostas sociais é a pobreza ou a ameaça estrutural de pobreza na velhice. Os riscos financeiros estão associados à perda de rendimentos com a reforma e às despesas com cuidados de longa duração. As pessoas que auferiram rendimentos mais baixos, que interromperam a sua atividade profissional, que tiveram carreiras contributivas precárias, trabalhos atípicos ou foram trabalhadores independentes estão em maior risco. Falamos sobretudo das mulheres, que têm pensões mais baixas que as dos homens, e dos migrantes, com carreiras mais curtas. Também as pessoas mais velhas com perda severa de funcionalidade podem não beneficiar de apoios ou prestações adicionais. Aqui emerge o desafio de se prevenir e reduzir as desigualdades socioeconómicas na velhice.

Considerando as diferenças territoriais no acesso aos cuidados de saúde, este desafio é mais problemático em algumas regiões rurais, que implicam longas distâncias dos estabelecimentos de saúde e longos tempos de espera, devido a problemas de qualidade e escala dos serviços.

O envelhecimento desafia as políticas públicas e as organizações na criação de oportunidades quer de permanência quer de reingresso ao mercado de trabalho, para pessoas mais velhas movidas por fatores pessoais, circunstanciais como necessidade financeira, ou preferenciais como o desejo de permanecer economicamente ativas. Este desafio é amplificado por questões de idadeismo, discriminação de grupos minoritários no acesso ao mercado de trabalho, desigualdades de género e falta de oportunidades para voltarem a fazer formação ou mudarem de emprego.

Os períodos mais longos de reforma poderão promover o prolongamento da vida ativa. Apoiar vidas ativas mais longas pode passar por ajustar a idade da reforma, restringir a reforma antecipada aos casos justificados e criar regimes de reforma flexíveis. Deverá considerar-se a possibilidade de um direito geral ao trabalho após a idade da reforma, a adaptação das profissões e a criação de oportunidades de formação. O apoio à participação de pessoas idosas no mercado de trabalho pode ser encorajado através de medidas como a concessão de incentivos fiscais aos empregadores que recrutam trabalhadores mais velhos.

Para o sucesso da manutenção das pessoas no mercado de trabalho são necessárias medidas de adaptação das condições de trabalho e das funções às condições físicas, cognitivas e competências do indivíduo. Outras medidas se acrescentam, como: flexibilização de horários, alargamento de opções de local de trabalho, promoção e gestão da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais, mudanças no ambiente físico em termos de ergonomia e design, facilitação das deslocações/transportes. A resposta a este desafio implica ainda mecanismos eficientes de combate ao idadeismo (discriminação posicionada na idade) e programas de aprendizagem/formação ao longo da vida.

O alongamento do ciclo de vida torna as vidas mais intermitentes entre a aprendizagem e o emprego, com exigências constantes de atualização de competências. Estas oportunidades requerem uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, com respostas adequadas às necessidades e aspirações de conhecimento ao longo do ciclo de vida. As estratégias de aprendizagem na velhice, além de promoverem uma vida ativa mais longa, contribuem para melhoria da autoestima, autoconfiança e da saúde mental, diminuição dos estados de solidão e promoção das relações sociais.

Em síntese, a emergência de novas necessidades e o aumento acelerado das mesmas requer a formulação de estratégias políticas que deverão ter em conta os seguintes pressupostos:

- 1. Promoção da saúde ao longo do ciclo de vida. O envelhecimento é inevitável, mas é também maleável. Enquanto vários fatores de risco ocorrem em fases iniciais do ciclo de vida, as condições crónicas surgem mais tarde na vida;**
- 2. Há uma saúde pública e um imperativo moral para maximizar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, através da promoção da saúde, evitando, ou pelo menos retardando, os déficits de funcionalidade;**
- 3. Uma nova abordagem política que seja eficaz na mudança de filosofia das instituições sociais e do comportamento individual para reduzir os riscos associados à perda de funcionalidade e autonomia;**
- 4. Redução das desigualdades e combate à pobreza na velhice. Esta é uma dimensão claramente política;**
- 5. A política social está fundada em paradigmas assistencialistas do passado. É necessária uma mudança de paradigma tendo em conta a diversidade sociológica das novas gerações, a emergência de “novas idades” no ciclo de vida e a diversidade das necessidades;**
- 6. Flexibilização da idade de passagem à reforma;**
- 7. Introdução de medidas corretoras das assimetrias de género implementadas ao longo do ciclo de vida (Ex. considerar o nº de filhos como fator de ponderação a ter em conta no cálculo das pensões de mulheres que criaram filhos).**

As respostas aos desafios do envelhecimento populacional atravessam os diversos setores das políticas públicas, através do investimento em cuidados de longa duração, incentivo a vidas ativas mais longas, implementação de reformas dos sistemas de proteção social. Estas políticas devem ser efetivadas num contexto de rápida evolução tecnológica e transição ecológica.

8. Bibliografia:

Delbès, C., Gaymu, J. Springer, S., Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen, *Population & Sociétés*, 2006/1 (Nº 419), 1-4

Paula, S.M. de, As Reformas da Proteção à Velhice e Desigualdade de Género. Os Casos de Espanha, Grécia, Itália e Portugal no período 2001-2017, de Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas Públicas, ISEG, Lisboa, 2018

Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., Health and Well-Being in Old Age: The Pertinence of a Gender Mainstreaming Approach in Research, *Gerontology* (2010) 56 (2): 208–213.

Sanderson, W., Scherbov, S., A new perspective on population aging, *Demographic Research*, 16, 27-58, 2007

Skirbekk, V.F., Staudinger, U.M., Cohen, J.E. How to Measure Population Aging?

The Answer Is Less than Obvious: A Review, *Gerontology*, 2019; 65:136–144.

WHO, Active Ageing, a Policy Framework, 20.

QUADRO 2 – Proporção de pessoas com 65 e mais anos que avalia a sua saúde como boa/muito boa, na UE, 2022

	Total		Homens		Mulheres
Lithuania	11,6	Lithuania	13,2	Lithuania	10,9
Latvia	13,3	Latvia	15,9	Latvia	12,1
Portugal	16,6	Portugal	19,5	Portugal	14,4
Croatia	22,1	Slovakia	23,2	Croatia	20,0
Slovakia	22,6	Estonia	24,0	Romania	21,3
Estonia	23,1	Hungary	25,0	Slovakia	22,2
Hungary	23,8	Croatia	25,1	Estonia	22,7
Romania	24,4	Poland	28,6	Hungary	23,1
Poland	25,6	Romania	29,0	Poland	23,6
Bulgaria	26,8	Bulgaria	30,1	Bulgaria	24,6
Czechia	29,3	Czechia	30,9	Czechia	28,1
Germany	37,5	Germany	39,1	Cyprus	35,2
Cyprus	38,0	France	41,0	Germany	36,2
EU27	39,1	Cyprus	41,0	EU27	36,8
Greece	40,6	EU27	42,0	Malta	37,2
Slovenia	40,8	Slovenia	44,4	Greece	37,5
France	41,3	Greece	44,5	Slovenia	38,0
Italy	41,7	Italy	45,8	Italy	38,4
Malta	41,9	Spain	45,9	Spain	40,2
Spain	42,7	Finland	45,9	France	41,5
Finland	44,3	Malta	47,1	Finland	43,1
Austria	46,8	Austria	48,1	Austria	45,8
Sweden	55,2	Luxembourg	54,0	Sweden	53,0
Denmark	55,7	Sweden	57,7	Belgium	53,5
Luxembourg	56,6	Denmark	58,3	Denmark	53,6
Belgium	57,4	Netherlands	61,8	Netherlands	55,9
Netherlands	58,7	Belgium	62,2	Luxembourg	59,4
Ireland	62,1	Ireland	63,6	Ireland	60,9

Fonte: Eurostat

QUADRO 3 – Proporção de pessoas 65+ que reporta problemas de longa duração, na UE, 2022

	Total		Homens		Mulheres
Luxembourg	38,1	Italy	36,1	Luxembourg	37,8
Italy	38,4	Luxembourg	38,3	Italy	40,3
Belgium	42,8	Belgium	40,5	Belgium	44,8
Denmark	46,1	Denmark	43,8	Denmark	48,0
Ireland	49,2	Bulgaria	46,2	Ireland	48,2
Bulgaria	50,1	Ireland	50,4	Bulgaria	52,6
Netherlands	52,4	Netherlands	51,9	Netherlands	52,9
Austria	56,3	Romania	53,7	Austria	57,0
Romania	57,8	Austria	55,5	Slovenia	59,3
Greece	59,6	Greece	56,2	Germany	60,1
Slovenia	59,6	Germany	59,1	Romania	60,6
Germany	59,7	Slovenia	60,0	Greece	62,2
UE27	61,5	UE27	60,3	UE27	62,4
Sweden	62,9	Sweden	62,4	Sweden	63,3
Malta	65,0	Malta	62,7	France	64,2
France	65,7	Czechia	65,4	Malta	67,0
Spain	67,0	Spain	65,5	Spain	68,1
Czechia	67,8	Poland	65,8	Czechia	69,6
Croatia	68,7	Croatia	66,2	Croatia	70,4
Poland	69,4	France	67,6	Poland	71,8
Portugal	71,1	Portugal	69,0	Portugal	72,7
Finland	73,9	Latvia	71,8	Finland	74,1
Slovakia	74,2	Slovakia	73,6	Slovakia	74,5
Lithuania	76,7	Finland	73,6	Lithuania	77,7
Latvia	77,1	Lithuania	74,9	Hungary	79,2
Hungary	78,0	Hungary	76,2	Latvia	79,6
Estonia	79,2	Estonia	76,4	Estonia	80,6
Cyprus	86,3	Cyprus	85,0	Cyprus	87,4

QUADRO 4 – Proporção de pessoas co 65+ reporta limitações (alguma ou severa) de longa duração nas atividades habituais devido a problemas de saúde

	Total		Homens		Mulheres
Sweden	31,2	Sweden	29,2	Sweden	32,9
Bulgaria	34,4	Bulgaria	30,5	Bulgaria	37,0
Malta	38,1	Malta	32,9	Slovenia	39,9
Slovenia	39,5	Slovenia	38,9	Ireland	42,0
Ireland	41,2	Belgium	40,2	Malta	42,7
Belgium	44,1	Ireland	40,3	France	46,6
Denmark	44,8	Denmark	42,1	Denmark	47,2
France	45,7	France	44,6	Belgium	47,4
Luxembourg	47,6	Italy	44,6	Luxembourg	49,5
Austria	49,7	Luxembourg	45,8	Austria	52,6
Italy	50,1	Austria	45,9	Poland	53,2
Poland	50,6	Poland	46,7	Italy	54,4
Netherlands	51,9	Spain	47,8	UE27	55,1
EU27	52,2	Netherlands	48,0	Netherlands	55,5
Finland	52,7	UE27	48,5	Hungary	55,8
Spain	53,0	Finland	48,6	Finland	56,0
Cyprus	53,2	Cyprus	49,8	Cyprus	56,3
Hungary	54,0	Hungary	51,1	Spain	57,1
Germany	55,6	Portugal	52,2	Germany	57,6
Greece	56,1	Estonia	53,0	Czechia	58,4
Czechia	56,5	Germany	53,3	Greece	58,4
Estonia	57,5	Greece	53,3	Estonia	59,9
Lithuania	59,2	Czechia	54,1	Lithuania	60,5
Portugal	60,2	Lithuania	56,9	Portugal	66,3
Croatia	67,7	Croatia	65,2	Croatia	69,4
Slovakia	68,1	Slovakia	66,0	Slovakia	69,4
Latvia	73,8	Latvia	69,5	Latvia	75,8
Romania	74,9	Romania	70,7	Romania	77,8

