

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL E ATITUDE FRENTE À SAÚDE NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

INTERGENERATIONAL SOLIDARITY AND ATTITUDE TO HEALTH IN THE CENTER REGION OF PORTUGAL

SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL Y ACTITUD HACIA LA SALUD EN EL CENTRO DE PORTUGAL

Eugénia Nunes Grilo – Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1206-8443>

Daniela Batista – Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5084-2113>

Vítor Pinheira – Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2580-7508>

Maria João Moreira – Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1719-4131>

João Emílio Alves – VALORIZA – Centro de Investigação para a Valorização de Recursos Endógenos – Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3019-3176>

Maria Hermínia Nunes Barbosa – Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6645-5284>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Eugénia Nunes Grilo – Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal. eugenia@ipcb.pt

Recebido/Received: 2020-03-18 Aceite/Accepted: 2020-04-26 Publicado/Published: 2020-12-31

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(2\).426.232-246](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(2).426.232-246)

© Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2020 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

© Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2020 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

RESUMO

Introdução: O conceito de solidariedade é simultaneamente descritivo e normativo e pode estar presente em pequenas comunidades ou em sociedades inteiras e manter-se ou modificar-se com o envelhecimento da população. Os objetivos foram caracterizar os indivíduos com mais de 65 anos, identificar formas de solidariedade na família e relacionar a perceção de saúde/doença com as solidariedades percebidas.

Métodos: Estudo observacional, multicêntrico e exploratório integrado no projeto PerSoParAge (POCI-01-0145-FEDER-023678). A informação obtida por questionário em locais públicos entre junho 2018 e janeiro de 2019, nas regiões de Castelo Branco, Guarda e Portalegre em indivíduos com 65 e mais.

Resultados: Dos 323 indivíduos inquiridos, com idades entre 65 e os 99 anos, 178 mulheres e 145 homens, média das idades 77,1 anos, 50,8% eram casados ou em união de facto, 4 anos de escolaridade e perceberam a sua saúde como normal. É na família que esperam encontrar ajuda na doença e na sua gestão sobretudo nas filhas e esposas.

Conclusão: Os idosos perceberam o seu estado de saúde como normal e contam sobretudo com a família, mais os elementos do sexo feminino, para obter a ajuda necessária, salientando a necessidade de novas políticas que permitam manter as solidariedades e proporcionar assistências adequadas às pessoas diminuindo também as assimetrias de género.

Palavras-chave: Atitude Frente à Saúde; Relação entre Gerações; Saúde do Idoso; Solidariedade.

ABSTRACT

Introduction: The concept of solidarity is simultaneously descriptive and normative and can be present in small communities or whole societies and remain or change with the aging of the population. Our objective was to characterize individuals over 65; identify forms of solidarity in the family and relate the perception of health/illness with the perceived solidarities.

Methods: Observational, multicenter and exploratory study integrated in the PerSoParAge project (POCI-01-0145-FEDER-023678). Information obtained by questionnaire in public places between June 2018 and January 2019, in the regions of Castelo Branco, Guarda and Portalegre in individuals aged 65 and over.

Results: The 323 individuals aged 65 to 99 years, 178 women and 145 men, average age 77.1 years, 50.8% married or in a de facto union and 4 years of schooling perceived their

health as normal. In the family they hope to find help with the disease and its management, especially in their daughters and wives.

Conclusion: The elderly perceive their illnesses as normal and rely mainly on the female members of the family to obtain the necessary help, stressing the need for new policies that allow maintaining solidarity and providing adequate assistance to people, thus reducing gender asymmetries.

Keywords: Attitude Towards Health; Health of the Elderly; Relationship Between Generations; Solidarity.

RESUMEN

Introducción: El concepto de solidaridad es simultáneamente descriptivo y normativo y puede estar presente en pequeñas comunidades o sociedades enteras y permanecer o cambiar con el envejecimiento de la población. Nuestro objetivo era caracterizar a las personas mayores de 65 años; Identificar formas de solidaridad en la familia y relacionar la percepción de salud/enfermedad con las solidaridades percibidas.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y exploratorio integrado en el proyecto PerSoParAge (POCI-01-0145-FEDER-023678). Información obtenida por cuestionario en lugares públicos entre junio de 2018 y enero de 2019, en las regiones de Castelo Branco, Guarda y Portalegre en personas de 65 años o más.

Resultados: Los 323 individuos de 65 a 99 años, 178 mujeres y 145 hombres, edad promedio 77,1 años, 50,8% casados o en una unión de hecho y 4 años de escolaridad percibieron su salud como normal. En la familia esperan encontrar ayuda con la enfermedad y su manejo, especialmente en sus hijas y esposas.

Conclusión: Las personas mayores perciben sus enfermedades como normales y dependen principalmente de las mujeres miembros de la familia para obtener la ayuda necesaria, lo que enfatiza la necesidad de nuevas políticas que permitan mantener la solidaridad y proporcionar asistencia adecuada a las personas, reduciendo así las asimetrías de género.

Descriptores: Actitud Hacia la Salud; Relación Entre Generaciones; Salud del Anciano; Solidaridad.

INTRODUÇÃO

Nas sociedades envelhecidas e em transição demográfica como a portuguesa, caracterizada pela diminuição significativa das taxas de natalidade e mortalidade associadas a processos de menor fecundidade e ao uso sistemático de meios de luta contra a mortalidade⁽¹⁾ a conquista de anos de vida com qualidade é fundamental. Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como a Organização das Nações Unidas (ONU) têm defendido que o envelhecimento bem-sucedido requer uma sociedade baseada na solidariedade e cooperação entre gerações, considerada a solidariedade o elemento fundamental de uma sociedade para todas as idades⁽²⁾ e simultaneamente um pré-requisito importante para a coesão social e para o desenvolvimento sustentável⁽³⁾.

A solidariedade entre as gerações é também contextualizada no estudo dos territórios das regiões interiores e de quem os habita, bem como nos modos como estes respondem ao envelhecimento da sua população e às suas problemáticas e necessidades, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de propostas capazes de responder aos desafios destas regiões.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) prevê que em 2080 existam 317 idosos por cada 100 jovens⁽⁴⁾ o que significa um aumento para mais do dobro do número de pessoas idosas relativamente ao número atual. E embora o envelhecer decorra do tempo de vida⁽⁵⁾, não pode ser negado o impacto de uma população muito envelhecida e os desafios que o rápido aumento da percentagem de pessoas idosas numa única geração pode causar às infraestruturas existentes como os serviços de saúde e os serviços de apoio social.

O termo solidariedade remete para uma noção plural de configuração e grau variáveis⁽⁶⁾ e está intimamente associado aos conceitos de bem comum e à ideia de justiça⁽⁷⁾. Do seu construto fazem ainda parte outros sentidos tanto descritivos como normativos⁽⁸⁾, que incluem a conexão com outras pessoas, as ações, motivações e atitudes mais ou menos solidárias ou a descrição e explicação da integração social normativa nas sociedades em oposição ao caos ou à ordem⁽⁸⁾.

A solidariedade pressupõe a presunção de reciprocidade compartilhada de acordo com as normas de cada país^(6,8) e esta dimensão normativa é particularmente relevante no caso da família⁽⁹⁾. A solidariedade familiar pode ser entendida como afeto, carinho e ou apoio partilhados nas redes familiares, é baseada no papel de cuidar e tem legitimidade entre académicos e políticos por ser altruísta e desenvolver de maneira eficaz esta função⁽¹⁰⁾. Dito de outro modo inerente à solidariedade familiar ou familista, está presente uma espécie de prontidão e cuidado na ajuda⁽⁶⁾, acompanhamento e defesa em que os nossos ou os

iguais se encontrem, prontidão que assume relevância quando os mais velhos começam a enfrentar dificuldades relacionadas com a doença ou perda das capacidades funcionais e por isso necessitam de ajuda de outros para suprir as suas necessidades de saúde e bem-estar.

Sendo a solidariedade intergeracional assumida hoje como um paradigma que se refere às relações entre as gerações mais jovens e as mais velhas nos diferentes países⁽¹⁰⁾, pode ajudar a responder a algumas questões relacionadas com o envelhecimento da população e a prestação de ajudas, é mais expressivas nas sociedades familistas⁽¹⁰⁾. Estas são assim designadas por assumirem atitudes centradas na importância da família e nos elementos da mesma que se envolvem nas formas de trocas⁽¹¹⁾.

As prestações de ajuda entre os elementos da família apesar de comuns na Europa são formalizadas nas leis das responsabilidades da família⁽³⁾. A revisão da literatura sugere que nas sociedades modernas a responsabilidade tanto pelos mais jovens que ainda não têm independência como pelos mais velhos quando estes começam a perdê-la é partilhada pelo estado e pela família e as famílias estão altamente envolvidas na provisão de cuidados, mesmo nos estados onde o apoio estatal é mais generoso⁽¹¹⁾.

A solidariedade intergeracional apresenta assim, uma dimensão tanto privada quanto pública capaz de criar expectativas variadas⁽¹²⁾ e pode refletir seis dimensões que são designadas por solidariedade estrutural, solidariedade associativa, solidariedade afetiva, solidariedade normativa, solidariedade consensual e solidariedade funcional^(10,13).

A solidariedade estrutural designa a estrutura de oportunidades para relacionamentos intergeracionais e reflete o número, tipo e proximidade geográfica dos membros da família. A solidariedade associativa refere-se à frequência, padrões de interação e tipos de atividades nas quais os membros da família se envolvem. A solidariedade afetiva é o tipo e o grau de sentimentos (positivos) mantidos em relação aos membros da família e o grau de reciprocidade desses sentimentos. A solidariedade normativa pode ser vista como a força do compromisso para desempenhar papéis familiares e cumprir as obrigações familiares. A solidariedade consensual refere-se ao grau de concordância com os valores, atitudes e crenças e a solidariedade funcional designa o grau de apoio e troca de recursos entre os membros da família^(10,13).

Viver mais anos significa estar exposto a um conjunto de situações de doença crónica e ou prolongada que determinam a necessidade de cuidados de saúde contínuos por limitarem as atividades da vida diária das pessoas⁽¹⁴⁾ e os modelos tradicionais de cuidados na família poderão não estar ajustados e não serem sustentáveis face ao número elevado de pessoas idosas que podem precisar desses cuidados.

Um número significativo de pessoas entre os 70 e 85 anos podem apresentar estados de saúde que não são captados pelas classificações de doenças tradicionais o que levanta questões sobre o que significa saúde nestas idades e como é que esta pode ser medida⁽¹⁵⁾. Apesar de subjetiva, a perceção de saúde, também assume relevância e a perceção de saúde positiva associa-se aos recursos físicos da pessoa⁽¹⁶⁾ mas também, a fatores psicológicos e sociais. O nível de educação também influencia a autoperceção de saúde e as pessoas idosas mais escolarizadas apresentam melhor perceção da velhice e da saúde quando comparadas com outras com escolaridade baixa^(17,18). Face ao exposto definiram-se como objetivos deste artigo caracterizar os indivíduos com mais de 65 anos da região interior centro, identificar as formas de solidariedade na família e relacionar a perceção de saúde e gestão da doença com as solidariedades percecionadas na expectativa de poder contribuir para o desenvolvimento de propostas capazes de responder aos desafios das regiões do interior de Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, multicêntrico integrado no projeto PerSoParAge (POCI-01-0145-FEDER-023678) cofinanciado pelo Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (COMPETE 2020) e que teve como objetivos a partir da avaliação do território, analisar os processos de envelhecimento das regiões do interior de Portugal; analisar a forma como as comunidades lidam com os processos de envelhecimento e construir propostas e ferramentas de análise e intervenção capazes de ajudar na resposta aos desafios das regiões envelhecidas do interior de Portugal.

A informação foi obtida a partir de um questionário de perguntas fechadas, anónimo e abrangente e que incluía questões relacionadas com a caracterização socio demográfica, nível de escolaridade, capacidades cognitivas, recursos sociais, recursos económicos, perceção de saúde e atividades da vida diária, saúde mental, recursos de saúde e utilização de tecnologias de informação e conhecimento, de administração indireta à população com 65 anos e mais, a viver na comunidade e com capacidade cognitiva para responder. Os inquiridores registaram a informação fornecida pelos respondentes e foram previamente treinados de modo a familiarizarem-se com as questões.

A amostra incluiu indivíduos com 65 e mais anos, residentes em 6 concelhos do interior, contexto rural e urbano (Guarda, Sabugal, Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Portalegre e Elvas), estratificada por grupos etários quinquenais e por sexo, com um intervalo de confiança de 95%.

O cálculo dos grupos teve por base o recenseamento de 2011 e as estimativas da população de 2016, publicadas pelo INE. A informação foi obtida na rua ou locais públicos entre junho 2018 e janeiro de 2019 e foi analisada com recurso à estatística descritiva de modo a sintetizar valores de mesma natureza e dessa forma obter uma visão global desses valores.

O estudo geral foi desenhado e realizado tendo em conta o Código de Conduta para Investigadores, Universidades, Instituições de Investigação, Instituições, de Financiamento do Gabinete de Ética e Integridade Científica, da Fundação para a Ciência e Tecnologia conforme documento disponível em <https://www.ua.pt/file/52253> e para este artigo apenas foram selecionadas e analisadas as questões que permitiam responder aos objetivos do mesmo.

RESULTADOS

Participaram no estudo 323 indivíduos com idades compreendidas entre 65 e os 99 anos, 178 mulheres e 145 homens distribuídos pelas regiões de Castelo Branco, Guarda e Portalegre (Tabela 1), a média das idades foi 77,1 anos. A maioria dos inquiridos eram casados ou a viver em união de facto (50,8%) e viúvos (41,2%) com um número médio de 1,4 filhos. No que se refere às habilitações literárias, 53,6% dos entrevistados referiu 4 anos de escolaridade, 13,3% referiram não saber ler nem escrever. Apenas cerca de 5% dos inquiridos referiram escolaridade de nível secundário e percentagem idêntica escolaridade de nível superior.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por região, sexo e idade.

Grupo de Idade		Mulheres		Homens		Total
		N	Média ± Desvio Padrão	N	Média ± Desvio Padrão	
65-79 anos	Castelo Branco	49	72,86±4,359	42	71,36±4,113	
	Guarda	29	72,72±4,503	25	72,80±4,349	
	Portalegre	33	72,06±4,235	28	72,39±4,756	
80 e mais anos	Castelo Branco	37	87,11±4,875	25	86,88±5,093	
	Guarda	16	86,31±5,029	14	84,00±3,700	
	Portalegre	14	85,21±4,371	11	83,18±3,683	
						323

Quando questionados sobre o seu estado de saúde, a maioria considerou o seu estado de saúde nos últimos 6 meses como normal (50,5%) ou bom (14,9%) mas 26% considerou-o como mau, apenas um número reduzido de pessoas o considerou muito mau (2,5%). Dos 323 inquiridos, 97 referiram tomar regularmente medicamentos para um ou mais problemas de saúde. A perceção de capacidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD) foi idêntica à perceção de saúde. Cerca de metade dos inquiridos (49,8%) referiu sentir alguma limitação na realização das AVD, relacionada com problemas físicos e 40,2% dos inquiridos referiu não se sentir limitado para desempenhar essas atividades.

A satisfação com a vida também pode indicar o estado de saúde e quase metade dos entrevistados (45,8%) considerou a sua vida interessante, opinião convergente com a perceção de saúde normal também referida por metade dos participantes, contudo 37,2% considerou que a sua vida era monótona e 15,8% considerou-a aborrecida. A preocupação com as coisas no geral, foi comum nesta amostra e referida por 47,7% dos inquiridos.

No que se refere à perceção de necessidade de ajuda, 41,8% da amostra considerou que tinha alguém capaz de os ajudar a ir ao médico, ou preparar uma refeição quando necessário, mas 37,2% considerou que não tinha ajuda para essas atividades. Relativamente à frequência com que as ajudas ou prestações ocorriam ou poderiam ocorrer, a maioria (41,2%) dos inquiridos considerou que as ajudas ocorriam ou poderiam ocorrer sempre que necessário. Para outros a ajuda ocorria ou podia ocorrer, mas por pouco tempo (9,6%) ou apenas às vezes (6,8%).

Perante uma situação concreta de doença ou incapacidade operacionalizada na questão “Há alguém que possa ajudá-lo/a caso fique doente e incapacitado” (Tabela 2) a esmagadora maioria dos inquiridos respondeu que sim (84%) e apenas 10,8% respondeu que não. A análise das repostas a esta questão por grupo etário permitiu verificar que as percentagens não variaram muito entre os grupos.

Tabela 2 – Percepção de ajuda em caso de doença ou incapacidade por grupo etário.

Idade		65-74		75-84		≥85	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Válido	Sim	119	86,2	101	84,2	52	80
	Não	12	8,7	16	13,3	7	10,8
	Total	131	94,9	117	97,5	62	95,4
Omisso	NS/NR*					3	4,6
	Sistema	7	5,1	3	2,5	3	4,6
Total	323	138	100	120	100	65	100

Legenda: *NS/NR – Não sabe/não responde.

No que se refere às fontes de ajuda, identificadas a partir da questão “Quem é que habitualmente se ocupa dos seus cuidados” as respostas centraram-se sobretudo no cônjuge e nos descendentes, mas quando se questionou sobre “quem era a maior ajuda na relação familiar”, à qual responderam os participantes que percecionaram a necessidade efetiva de ajuda (134). Apesar da dispersão nas respostas, os inquiridos referiram recorrer sobretudo aos descendentes, filhos e filhas (20,3%) ou o conjugue, esposa ou companheiro/a (13,6%). Apenas 6 inquiridos referiram ou receber ou vir a receber ajuda de pessoa remunerada sendo muito baixo o número de pessoas que referiu receber ajuda de outros não remunerados. A maior ajuda, na relação familiar é referida como proveniente das esposas em primeiro lugar, seguida dos filhos e filhas, mas também na nora e nas netas (Tabela 3) salientando a importância da dimensão funcional da solidariedade por parte dos elementos da família.

Para além da dimensão funcional da solidariedade, a dimensão efetiva também foi percecionada pelos inquiridos. A quase totalidade (92,6%) referiu ter alguém em quem confiar e metade referiu quase nunca ou nunca se sentir só (53,9%). Apenas 16,1% manifestou sentir-se sozinho, sempre ou muitas vezes e 27,2% algumas vezes. A percepção de sentimentos positivos na relação com os membros da família encontrou alguma falta de reciprocidade uma vez que 41,8% dos participantes referiu que não via os familiares tantas vezes como gostaria.

Tabela 3 – Perceção de maior ajuda nos cuidados, outra ajuda para além da ajuda principal e 3.ª ajuda.

Maior ajuda rel. famil. Válidos 134			2.ª ajuda além da maior Válidos 55			3.ª ajuda Válidos 21		
	Freq.	%		Freq.	%		Freq.	%
Companheira/o	3	0,9	Empreg/instituição	4	0,6	Filha/s	6	1,8
Esposa	23	6,8	Filha/s	14	4	Filho	4	1,2
Cônjuge	19	5,9	Filho/s	23	7,1	Irmã	1	0,3
Empregada	6	1,8	Genro	1	0,3	Irmão	1	0,3
Filha/s	42	12,7	Irmã	2	0,6	Neta	2	0,6
Filho/s	29	7,6	Neta	5	1,5	Neto/s	3	0,9
Irmã	3	0,3	Neto	1	0,3	Nora	3	0,9
Vizinha/outros	9	2,7	Vizinha/outros	5	1,5	Vizinhos	1	0,3

DISCUSSÃO

Embora dispersos por uma área geográfica significativa, os participantes deste estudo partilharam o facto de residirem na região interior centro de Portugal, áreas rurais e urbanas das regiões da Guarda, Castelo Branco e Portalegre onde ainda parece persistir o que Boaventura Sousa Santos designa por sociedade de providência constituída por "redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança" e através das quais trocam bens e serviços numa base não mercantil⁽¹⁹⁾.

As relações entre as gerações das últimas décadas têm sido influenciadas pelas alterações demográficas e sociais às quais investigadores sociais têm estado atentos não comprovando a existência de declínio no apoio mútuo, mas antes afirmando que, a família continua a ser a principal fonte de ajuda das pessoas idosas, embora os amigos e os vizinhos também possam fornecer algum auxílio⁽²⁰⁾. O conceito de família está presente nas instituições legais e sociais e mas como na mente dos indivíduos como os dados salientaram⁽²¹⁾. E na família que os mais velhos esperam encontrar ajuda caso necessitem e tal como expressaram é a família quem maioritariamente se ocupa dos seus cuidados quando precisam e é sobretudo nos elementos da família que confiam. Por isso o envelhecimento das populações não se relaciona nem pode referir-se apenas às pessoas idosas, porque afeta as pessoas de todas as idades e molda os diferentes contextos onde ocorrem as relações entre as diferentes gerações⁽²²⁾.

As mudanças que ocorrem com o envelhecimento são complexas e influenciam a saúde e neste estudo, uma percentagem significativa dos inquiridos considerou a sua saúde como má (26%) ou muito má (2,5%). Ainda assim a maioria percecionou a sua saúde como normal ou boa salientando a grande heterogeneidade do grupo das pessoas idosas e reconhecendo que muitas pessoas com 70 e mais anos podem ainda apresentar níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis dos indivíduos mais jovens conforme defende a OMS⁽¹⁷⁾ mas salientando também a importância da ativação das capacidades de cada um e o reconhecimento e a atenção que deve ser dado às suas necessidades individuais.

As atitudes perante a saúde e a doença variam ao longo do ciclo de vida e a perceção de saúde é influenciada por um número significativo de variáveis e também pelo nível de educação, reconhecendo-se que pessoas mais escolarizadas percecionam maiores níveis de saúde⁽¹⁾. Ainda assim, nesta amostra, o número reduzido de anos de escolaridade não pareceu ter influenciado a perceção de saúde. Relativamente à perceção de capacidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD) a baixa escolaridade da amostra também não parece ter influenciado de modo significativo esta variável. Embora a perceção de diminuição de saúde se possa desenvolver durante o envelhecimento, essa perceção também pode ser atribuída a outras causas⁽¹⁸⁾ e o facto de todos idosos deste estudo residirem ainda nas suas casas e na comunidade pode também ter influenciado positivamente a sua perceção de saúde. Por outro lado a perceção de limitação não grave no desempenho das AVD presente em quase metade da amostra reforça a complexidade dos estados de saúde e funcional deste grupo e simultaneamente apela à necessidade de um maior questionamento sobre o que significa saúde nestas idades e como é que esta pode ser medida, promovida e mantida não descartando os recursos psicológicos e a perceção subjetiva de saúde^(15,16,18).

A grande maioria dos inquiridos referiu acreditar que em caso de doença ou incapacidade tinha alguém na rede familiar que lhe podia dar ajuda, perceção inequívoca de solidariedade por parte da família e depositada sobretudo nos descendentes, filhos e filhas ou no conjugue ou companheiro/a, que são as pessoas percecionadas como as principais fontes de ajuda. A elevada percentagem de inquiridos que acredita ter alguém na rede familiar que poderá cuidar de si, em caso de doença ou incapacidade sugere uma força de compromisso no desempenho dos papéis familiares e cumprimento de obrigações que poderá ser entendida como um imperativo normativo^(9,13) que não é questionado.

A dimensão afetiva da solidariedade caracterizada pelo tipo e grau de sentimentos positivos mantidos em relação aos membros da família e expressa na confiança que os participantes manifestaram na sua rede familiar^(9,13) também foi identificada nesta amostra. A quase totalidade dos inquiridos referiu ter alguém em quem confiar, contudo, o número reduziu-se quando a pergunta foi se, se sentiam sós. A esta questão pouco mais de meta-

de (53,9%) referiu que quase nunca ou nunca se sentia só, embora noutra questão tenham referido não ver os familiares tantas vezes como gostariam, sentimentos que estão presentes em 41,8% dos participantes e que podem sugerir alguma falta de reciprocidade na dimensão afetiva da solidariedade.

Embora o declínio do apoio mútuo entre gerações não se tenha evidenciado⁽²⁰⁾, nesta amostra algumas das dimensões da solidariedade identificadas poderão ficar comprometidas pela tendência das famílias atuais, diversificadas na forma e no número de indivíduos que as compõem e na falta de tempo para as gerações mais velhas⁽¹²⁾.

Nas respostas sobre as fontes de ajuda que têm implícita a dimensão funcional da solidariedade^(9,14), nos inquiridos que referiram recebê-la (134), ficou claro que os apoios e ajudas gratuitas são distribuídos de forma assimétrica entre os sexos como outros estudos também já evidenciaram^(11,20). A perceção de ajuda concreta recaiu maioritariamente na filha ou filhas e esposa e noras. E esta assimetria pode também ter efeitos diferentes no afeto e no conflito, dependendo se ocorre numa sociedade com menos ou com mais recursos⁽⁴⁾ fazendo da solidariedade funcional uma questão de género.

A OMS⁽¹⁵⁾ tem alertado para o facto de estarem a mudar as normas de género. As mulheres desempenham outras funções, que para além de lhes proporcionarem mais segurança no presente também lhes proporcionam confiança em idades avançadas. Mas o direito de diversificarem as suas funções e desempenharem outras, também limita a sua capacidade e a capacidade das famílias para fornecerem cuidados aos idosos tanto pela sua quantidade como pela sua diferenciação. Assim a prontidão e cuidado na ajuda e acompanhamento que caracteriza solidariedade familiar, embora fundamental e relevante, face à mudança nos comportamentos individuais e familiares requer que seja tida em conta esta dimensão normativa da solidariedade e que sejam refletidos e revistos os modelos antigos de cuidados à família porque não se afiguram totalmente sustentáveis.

As solidariedades identificadas neste estudo são idênticas à solidariedade “geral ou desejada”⁽⁵⁾ porque permite suprimir as “falhas do mercado” reforçando a ideia de que perante a perceção de necessidade de ajuda e na ausência de outro tipo de respostas estruturadas, os indivíduos colocam todas as expectativas na família, agora alterada nos seus modos de vida, que são mais amplos, especialmente para as mulheres⁽²²⁾. As regras sociais que definiram a estrutura e os papéis dos membros da família no passado e que endereçaram às mulheres e de um modo quase exclusivo e sem alternativa a função de cuidar, num modelo de vida orientado para o serviço à família, já não se verificam. Portugal, apresenta taxas de emprego feminino idênticas às dos homens e crescentes nos últimos anos⁽²⁴⁾ elucidativas do desejo e direito das mulheres a uma carreira própria. Mas como as obrigações familiares são compromissos de longo prazo que ajudam a definir e reforçar os papéis fami-

liares⁽²¹⁾ as interdependências entre gerações e entre homens e mulheres nas famílias são construídas e reforçadas pelas disposições legais e políticas que recompensam ou fornecem desincentivos a determinados padrões familiares⁽²²⁾ o que reforça a necessidade de outras políticas e de outras leis.

A existência de provisões públicas não prejudica as relações familiares nem faz diminuir as solidariedades⁽²⁵⁾, por isso as ajudas e assistências, às pessoas idosas, pela sua complexidade beneficiam de prestadores profissionais capazes de assumirem os cuidados físicos regulares e assim libertarem as famílias, sobretudo os elementos femininos, das solidariedades funcionais, deixando-lhes espaço e tempo para a solidariedade afetiva mais espontânea e menos exigente, para que tanto os homens como as mulheres se possam realizar plenamente⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Embora este estudo tenha permitido gerar ideias sobre esta população, a amostra não probabilística, não permite a generalização dos resultados.

Agradecimentos/Acknowledgments

Este trabalho foi cofinanciado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) no âmbito do projeto PerSoParAge – Recursos pessoais e sociais para a autonomia e participação social numa sociedade envelhecida.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Arroteia JC. Portugal XXI. Questões de geografia da população. Estudos Gerais de Monte Redondo, Cadernos 2, 2016. [citada em 26 nov 2019]. Disponível em: <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/portugal-xxi-questoes-de-geografia-da-populacao>.
2. Intergenerational Solidarity. Strengthening Economic and Social Ties. Expert Group Meeting, New York City, 2007. [citada em 24 nov 2019]. Disponível em: https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_sanchez.pdf
3. United Nations. Intergenerational solidarity and the needs of future Generations. Report of the Secretary-General, A/68/322, 2013. [citada em 25 nov 2019]. Disponível em: <https://www.futurejustice.org/wp-content/uploads/2013/10/N1342845.pdf>
4. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente 2015-2080, Destaque 29 março, 2017. [citada em 25 nov 2019]. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu
5. Nunes L. Nunes L. Olhares Bioéticos para o Envelhecimento. Dos documentos produzidos pelos Conselhos de Ética. Rev Ibero-Am Saude Envelhec. 2015;1:234-60.
6. Portela J. A economia ou é solidária ou é fratricida. Rev Crítica Ciências Soc. 2009; 84:115-52. doi: 10.4000/rccs.412
7. Stjernø S. The idea of solidarity in Europe. Eur J Soc Law. 2011;3:156-76.
8. Laitinen A, Pessi AB. Solidarity: Theory and practice. An introduction. Solidarity: Theory and practice. 2014 Dec 16:1-29. [citada em 9 set 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323522010_Solidarity_Theory_and_Practice_An_Introduction
9. Caïs J, Folguera L. Redefining the dynamics of intergenerational family solidarity in Spain. Eur Societies. 2013;15:557-76.
10. Nauck B. Affection and conflict in intergenerational relationships of women in sixteen areas in Asia, Africa, Europe, and America. Comparative Population Studies. 2014;39: 647-78.
11. Dykstra P, van den Broek T, Muresan C, Haragus M, Haragus PT, Abramowska-Kmon A, et al. State-of-the-art report: Intergenerational linkages in families. 2014. [citada em 6 out 2019]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1765/50356>

12. Herlofson K, Hagestad G, Slagsvold B, Sørensen AM. Intergenerational family responsibility and solidarity in Europe. Norwegian Social Research; 2011. [citada em 22 nov 2019]. Disponível em: http://www.multilinks-project.eu/wp-content/uploads/2014/01/herlofson_deliverable1.pdf.
13. Timonen V, Conlon C, Scharf T, Carney G. Family, state, class and solidarity: re-conceptualising intergenerational solidarity through the grounded theory approach. *Eur J Ageing*. 2019;10:171-179.
14. Nauck, Bernhard and Steinbach, Tanja and Steinbach, Anja, Intergenerational Relationships. Jul 2009. [citada em 6 out 2019]; RatSWD_WP_116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1462084>
15. World Health Organization. Global Health and Aging .National Institute on Aging National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services; 2011. [citada em 26 nov 2019]. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
16. Warshaw G. Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations*. 2006;30:5-10.
17. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Resumo; 2015. [citada em 6 out 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
18. Jang, Poon LW, Kim Y S, Shin BK. Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *J Aging Stud*. 2004;18:485-96.
19. Santos BD. Sociedade-providência ou autoritarismo social? *Rev Crítica Ciências Sociais*. 1995; 42. [citada em 6 out 2019]. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade_Providencia_ou_Autoritarismo_Social_RCCS42.PDF
20. Mendoza-Núñez, VM, Sarmiento-Salmonán, E, Marín-Cortés, R, et al. Influence of the Self-Perception of Old Age on the Effect of a Healthy Aging Program. *J Clin Med*. 2018; 7:106.
21. Meil G. Individualization and family solidarity. *Social Studies Collection*, 2015. [citada em 26 nov 2019]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277262937_Individualization_and_family_solidarity
22. Seltzer JA. Family Change and Changing Family Demography. *Demogr* 2019;56:405-26.

23. Caïs J, Folguera L. Redefining the dynamics of intergenerational family solidarity in spain, *Eur Societies*. 2013;15:557-76.
24. Base Dados Portugal Contemporâneo. Taxa de emprego: total e por sexo (%). [citada em 24 nov 2019]. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+emprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-549](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+emprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-549)
25. Dykstra, PA. Intergenerational family relationships in ageing societies / Pearl. United Nations Publication, 2010. [citada em 24 nov 2019]. Disponível em: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/Intergenerational-Relationships/ECE-WG.1-11.pdf