

# Geografia das respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal

## Geography of social care for older people in Portugal

Miguel Padeiro<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4996-4308>

Rafael Ferreira<sup>b</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4927-964X>

**Resumo:** Este estudo analisa a distribuição geográfica das respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal continental, e compara os padrões espaciais dos equipamentos dos sectores público, solidário e lucrativo. Os resultados mostram uma distribuição heterogénea e uma tendência para a concentração espacial das estruturas do sector privado em áreas mais urbanizadas. Conclui-se que a crescente liberalização do sector constitui um risco para a equidade territorial dos cuidados sociais.

**Palavras-chave:** Pessoas idosas. Cuidados sociais. Respostas sociais. Distribuição geográfica. Lares de idosos. Portugal.

**Abstract:** This study analyses the geographical distribution of social care for older adults in mainland Portugal, and compares the spatial patterns of public, non-profit and profit institutions. The results show a heterogeneous distribution and a tendency towards spatial concentration of private sector structures in more urbanised areas. We conclude that the increasing liberalisation of the sector constitutes a risk to the territorial equity of social care provision.

**Keywords:** Older adults. Social care. Care provision. Geographical distribution, inequalities. Nursing homes. Portugal.

<sup>a</sup>Departamento de Geografia e Turismo, Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território, Universidade de Coimbra/Coimbra, Portugal.

<sup>b</sup>Departamento de Geografia e Turismo, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

**Recebido:** 22/9/2023 ■ **Aprovado:** 25/10/2023

## 1. Introdução

O envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se nos últimos anos. Portugal é actualmente o quarto país mais envelhecido do mundo, com 23,4% de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em 2021 (INE, 2022), contra 19,03% em 2011 (INE, 2013). Esta evolução faz com que aumente o número absoluto e relativo de idosos com necessidade de cuidados sociais e/ou de saúde. No contexto da globalização, as actuais tendências do mercado de trabalho e da mobilidade residencial, o aumento da idade do primeiro filho e a evolução das condições de vida tornam cada vez mais difícil a prestação de cuidados e o apoio socioemocional por parte dos filhos. Mesmo em países com forte tradição de responsabilidade moral dos filhos adultos em relação aos pais (Saraceno, 2016), a tendência de aumento do recurso a cuidados externos é notável, revelando uma desfamiliarização em curso (São José, 2012; Walker *et al.*, 2019).

Uma das questões importantes na provisão de cuidados sociais reside na sua natureza espacialmente heterogénea e nas desigualdades potenciais que daí resultam. Os cuidados sociais podem ser prestados por uma grande diversidade de instituições, as quais são geralmente agrupadas em três sectores: sector público, sector solidário e sector lucrativo, com fortes variações nos factores de localização.

Este estudo procura analisar a distribuição geográfica, em Portugal continental, das diversas respostas sociais direccionadas para as pessoas idosas em função do sector (público, solidário, privado) a que pertencem. Em particular, pretende-se averiguar duas hipóteses: (i) a distribuição das respostas sociais para pessoas idosas é espacialmente heterogénea; (ii) o sector lucrativo tende a concentrar-se nas áreas mais populosas, onde os níveis de rentabilidade são maiores e os riscos menores, enquanto as respostas dos sectores público e solidário são espacialmente mais homogéneas, estendendo-se a áreas menos povoadas.

## 2. As respostas sociais para a população idosa

### 2.1 A importância das respostas sociais para a população idosa

A literatura recente tem vindo a reforçar a necessidade de uma política de cuidados sociais direccionada para as pessoas idosas. Os casos dos serviços de apoio domiciliário e dos centros de dia são os mais explícitos, porque permitem frequentemente evitar a institucionalização e/ou uma mudança residencial muitas vezes vivida como forçada, permitindo que as pessoas permaneçam nas suas casas (Barber *et al.*, 2021). O apoio domiciliário é geralmente prestado a pessoas com maior grau de vulnerabilidade, temporária ou crónica (Wang *et al.*, 2023), e permite desde logo uma melhor monitorização, em particular na prevenção de quedas (Mézière *et al.*, 2021), na melhoria da capacidade funcional (Tessier *et al.*, 2016), da qualidade de vida e do bem-estar psicológico (Chan *et al.*, 2018). Quanto aos centros de dia, concorrem para a redução do sentimento de solidão (Iecovich; Biderman, 2011), para a manutenção das capacidades funcionais e da autonomia (Keisari *et al.*, 2022). Perante estas soluções, a institucionalização aparece como uma resposta indesejada e associada a diversas consequências negativas, entre elas maior risco de depressão (Wang *et al.*, 2021). Ainda assim, representa uma necessidade para as pessoas idosas que já não podem viver no seu local de residência habitual, e permite o acesso a serviços de reabilitação e assistência nas actividades da vida diária (ADL) (Lee; Cho, 2017), a redução dos custos de saúde e a melhoria da prestação de serviços de saúde (Weeks *et al.*, 2020), e uma maior frequência de intervenções sociais (Zhang *et al.*, 2020).

### 2.2 A oferta de cuidados sociais em Portugal

Em Portugal, os anos que se seguiram à instalação da democracia portuguesa foram marcados por uma alteração do paradigma do cuidado

social, com maior intervenção do Estado e maior cobertura dos riscos sociais (Veloso, 2008). As actuais respostas sociais direccionadas para a população idosa são definidas do ponto de vista normativo pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (Tabela 1).

**Tabela 1.** Tipos de resposta social direccionados para as pessoas idosas em Portugal

<b>Respostas sociais</b>	<b>Acrónimo utilizado neste estudo</b>	<b>Definição normativa</b>
<b>Serviços de Apoio Domiciliário</b>	SAD	Equipa que presta cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.
<b>Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas</b>	ERPI	Equipamento social que visa o alojamento colectivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas e, em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.
<b>Centros de Dia</b>	CD	Equipamento social que funciona durante o dia e presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar.
<b>Centros de Noite</b>	CN	Equipamento social que visa o acolhimento nocturno, dirigido prioritariamente a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia, permaneçam no seu domicílio e que, por se sentirem sozinhas, isoladas ou inseguras, necessitam de acompanhamento durante a noite.
<b>Centros de Convívio</b>	CC	Equipamento social onde se organizam actividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade.
<b>Acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência</b>	AF	Alojamento, temporário ou permanente, de pessoas idosas em casa de famílias idóneas, com competências para lhes proporcionarem um ambiente estável e seguro, quando não possam permanecer em suas casas, por falta de condições familiares ou de outros apoios sociais.

Fonte: ISS (2017).

### 2.3 A liberalização do sector dos cuidados sociais

O processo de envelhecimento em curso tem sustentado discursos alarmistas sobre a insustentabilidade da segurança social (Bloom;

Canning; Fink, 2010), ao mesmo tempo que tem vindo a exercer grande pressão sobre o financiamento do cuidado social (Daniel; Monteiro; Ferreira, 2016). Em resposta a essas dificuldades, três modalidades de acção têm sido privilegiadas.

Na primeira modalidade, a redução da despesa em matéria de cuidados sociais tem acompanhado um discurso de controlo do défice, de responsabilização dos actores do sector e de estigmatização da sua dependência em relação ao Estado-Providência (Veloso, 2008). Esta progressiva retirada do Estado também se verificou noutros países europeus (Lindbom, 2001; Johansson, 2015; Broese Van Groenou; De Boer, 2016; Feltenius, 2017). Em segundo lugar, as políticas públicas procuraram gerar maior capacidade financeira e melhorar os indicadores de eficiência meramente contabilística através de economias de escala. A redução das exigências nas condições de acolhimento é disso exemplo, como recordam Daniel, Monteiro e Ferreira (2016). A terceira modalidade não constitui apenas uma consequência das anteriores: representa o transbordo do paradigma neoliberal para um sector tradicionalmente desenhado por lógicas de justiça e democracia social. Os últimos anos têm-se pautado, na Europa, por uma tendência de mercantilização do regime de bem-estar (Pierre, 1995; Feltenius, 2017; Salamon; Sokolowski, 2018) e de liberalização da provisão de cuidados sociais (Delouette; Nirello, 2016; Mercille, 2018; Simonen; Kovalainen, 2018; Bayliss; Gideon, 2020; Hudson, 2021; Bazin; Paul, 2022). Essa liberalização foi acompanhada por uma crescente financiarização do imobiliário associado e até dos próprios serviços (Trouillard, 2014; August, 2022; Aveline-Dubach, 2022; Horton, 2022). A predominância do sector lucrativo é agora uma realidade em muitos países ocidentais (Netten; Williams; Darton, 2005; Higgs; Langford; Llewellyn, 2022). Nos Estados Unidos, 70% das entidades que prestam cuidados sociais às pessoas idosas são entidades lucrativas (Sengupta *et al.*, 2022). O sector lucrativo representa cerca de 23% do total das residências sénior em França, 24% na Itália e em Espanha, 33% na Bélgica, 40% na Alemanha, 82% no Reino Unido e 89% na Suécia (Winblad; Blomqvist; Karlsson, 2017; Savills Research, 2022; Cushman;

Wakefield, 2023). Alguns países têm mantido elevada proporção de estabelecimentos pertencentes ao sector público ou ao sector solidário: na Noruega, em 2011, 91% das ERPI eram públicas, contra 4 e 5% para os sectores lucrativo e solidário respectivamente (Lindén *et al.*, 2017). No caso português, a percentagem mantém-se ainda abaixo dos restantes países europeus (Cushman; Wakefield, 2023), com um total de 26%.

## 2.4 A hipótese de uma distribuição geográfica desigual

Perante a necessidade de provisão de cuidados sociais acessível ao maior número de pessoas e distribuída nos territórios de forma equitativa, estas tendências são de grande relevância porque as lógicas de localização dos serviços são diferentes. A tendência recente de crescente privatização dos cuidados sociais, que se inscreve no contexto neoliberal das últimas décadas, vem potenciar maior concentração espacial das respostas sociais e questionar o modelo de cobertura territorial. As organizações com fins lucrativos, ao contrário das outras, têm opções de localização que não se regem por objectivos de justiça social e de cobertura universal, mas antes pela maximização do lucro em face do risco.

A hipótese de uma predominância do sector lucrativo e, sobretudo, de uma tendência para a concentração teria consequências, em particular, para o acesso às populações mais vulneráveis. No caso das respostas não institucionalizadas (SAD, CC, CD, CN), a proximidade das pessoas idosas é um importante factor de acesso e de utilização efectiva dos cuidados sociais, com as potenciais vantagens atrás elencadas. As áreas geográficas com opções limitadas de cuidados sociais têm maior probabilidade de desfechos mais negativos na trajectória de saúde das pessoas idosas. No caso da institucionalização em ERPI, a proximidade tem outra dimensão. A pessoa institucionalizada é acolhida num ambiente novo, na maior parte dos casos sem contacto com o espaço exterior (Van Den Berg *et al.*, 2020). A perda de ligação quotidiana com o ambiente exterior oculta a importância da localização da ERPI, uma vez que se pressupõe

que residir na freguesia ou concelho de origem passa a ser considerado como indiferente para quem nunca sai do edifício. Todavia, o desenraizamento é uma realidade mesmo em ambientes interiores. Emergem dificuldades de adaptação: a pessoa institucionalizada pode ter noção de que o lugar (no sentido geográfico) de residência já não é o mesmo; não conhece as pessoas — a proximidade pode originar (re)encontros com outros residentes ou com os visitantes regulares; pode, se tiver possibilidade de frequentar o espaço exterior, perder o conforto de uma paisagem familiar; pode não receber tantas visitas por estar mais longe das pessoas que conhecia (embora, em certos casos, a aproximação à área de residência dos filhos possa favorecer esse contacto).

### 3. Metodologia

#### 3.1 *Dados*

Foram utilizadas três fontes de dados. A Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP) de 2021, obtida na página da Direcção-Geral do Território, serve de base para a cartografia apresentada. Os Censos da População de 2021, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), forneceram dados demográficos e socioeconómicos a nível municipal. Por fim, foi criado um conjunto de dados com base na extracção de dados do site “Carta Social” (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais — extracção 3 de junho 2022). O conjunto de dados contém as seguintes informações: nome do prestador de cuidados, tipo de prestação de cuidados sociais (ERPI, SAD, CD, CN e CC), capacidade (número potencial de utentes), número de utentes no momento da publicação dos dados, nome do proprietário (entidade ou pessoa física), natureza jurídica do equipamento, localização (morada, código postal e freguesia). Os dados da Carta Social apenas contemplam as Instituições localizadas nos 278 municípios de Portugal Continental. A obtenção muito incompleta de dados através do contacto directo junto das entidades existentes nas

duas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores (30 municípios) não permitiu a sua inclusão neste estudo. Quanto às respostas sociais identificadas no território continental, foram detectadas diversas lacunas na informação disponibilizada. Em todos esses casos, a informação foi completada através de pesquisa manual e/ou por contacto directo junto dos estabelecimentos.

### 3.2 Método

Os dados recolhidos foram integrados e analisados em ambiente R (RStudio). A integração dos dados espacializados e a respectiva cartografia foram realizadas com recurso a ArcGIS Desktop 10. Embora se apresentem de forma sucinta o número de equipamentos e a capacidade instalada, este estudo assenta sobretudo no cálculo de taxas de cobertura ao nível dos municípios. A taxa de cobertura é expressa em percentagem e corresponde ao rácio entre a capacidade instalada (número de utentes potencial) e os residentes com idade igual ou superior a 65 anos. A escolha do limite de 65 anos é arbitrária — baseada nas convenções habituais — e discutível. Todavia, a realização de testes com outros limites (75 e 85 anos) mostrou que os resultados não são significativamente diferentes em termos de diferenças entre os territórios. Por último, a análise cartográfica das taxas de cobertura foi realizada por concelho, por sector e por tipo de resposta social. As respostas sociais CD e CC foram reagrupadas (CDCC).

## 4. Resultados

### 4.1 Características e evolução da oferta de respostas sociais

Uma breve comparação dos dados de 2022 com os dados de 2015 apresentados por Daniel, Monteiro e Ferreira (2016) permite traçar um panorama global da evolução das respostas sociais (Tabela 2).

**Tabela 2.** Evolução das respostas sociais, em número de equipamentos e capacidade, por tipo de resposta social (2015-2022)

Respostas sociais	Número de equipamentos			Capacidade (número e % do total)		
	2015	2022	Evol. 2015-2022 (%)	2015	2022	Evol. 2015-2022 (%)
<b>SAD</b>	4 646	2 707	-41,7%	106 278 (37,3%)	112 538 (37,6%)	+5,9%
<b>ERPI</b>	2 271	2 588	+14%	89 443 (31,4%)	102 941 (34,4%)	+15,1%
<b>CD</b>	2 046	2 063	+0,8%	64 448 (22,6%)	64 062 (21,4%)	-0,6%
<b>CN</b>	18	15	-16,7%	232 (0,1%)	188 (0,1%)	-19%
<b>CC</b>	474	396	-16,5%	24 314 (8,5%)	19 771 (6,6%)	-18,7%
<b>TOTAL</b>	<b>9 455</b>	<b>7 769</b>	<b>-17,8%</b>	<b>284 715 (100%)</b>	<b>299 500 (100%)</b>	<b>+5,2%</b>

Fontes: Daniel, Monteiro e Ferreira (2016), Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

De uma forma geral, o número total de equipamentos diminuiu no período 2015-2022, passando de 9 455 para 7 769 (-17,8%). Esta tendência resulta de dinâmicas contrastadas quando se comparam os diversos tipos de resposta social.

A dinâmica mais positiva diz respeito às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), que registaram um relativo aumento: mais 317 equipamentos (+14%) e mais 13 498 utentes (+15,1%). Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) revelam uma dinâmica globalmente positiva, embora com maior concentração: a diminuição do número de instituições é notável, com menos 1 939 equipamentos (-41,7%), mas, ao mesmo tempo, a capacidade de resposta subiu para 112 538 (6 260 utentes adicionais) em comparação com o ano de 2015 (+5,9%). Esta evolução pode ser o resultado de uma maior profissionalização e de uma melhoria das capacidades de organização e de intervenção por parte das entidades, embora não se possa demonstrar no âmbito deste estudo.

Os Centros de Dia (CD) estão em relativa estagnação: têm em 2022 mais 19 equipamentos do que em 2015 (+0,8%), mas, sobretudo, a sua capacidade tem vindo a reduzir-se (menos 386 utentes, -0,6%). Mais acentuada é a tendência negativa que as últimas duas respostas sociais

registaram no período em análise: assim, os Centros de Convívio (CC) têm, em 2022, menos 78 equipamentos (-16,5%) e menos 4 543 utentes em termos de capacidade (-18,7%). Quanto aos Centros de Noite (CN), continuam sem descolar passados quase dez anos desde a sua criação: existem menos três equipamentos do que em 2015 (-16,7%) e a capacidade perdeu 44 utentes (-19%).

#### 4.2 O peso dos sectores público, solidário e lucrativo na oferta de respostas sociais

Com base na informação relativa à natureza jurídica das instituições, foram identificadas 18 designações diferentes (Tabela 3). Em termos globais (incluindo-se todos os tipos de resposta social), é notável a predominância do sector solidário, quer seja no número de equipamentos (6 602, 86% do total de Portugal continental), quer seja na sua capacidade (257 172 utentes, 85,9% do total). Com o total de 1 112 equipamentos e a capacidade para 3 871 utentes, o sector lucrativo representa 14,3% das respostas sociais e 12,9% da capacidade total. O sector público é o menos presente: apenas 55 respostas sociais (0,7% do total) e capacidade de acolhimento para 3 617 pessoas (1,2%).

**Tabela 3.** Distribuição do número e capacidade das respostas sociais por natureza jurídica agregada e por tipo de serviço

	SAD	ERPI	CD	CN	CC	TOTAL
<b>Sector público</b>	15 (0,6%),	10 (0,4%),	12 (0,6%),	0 (0%),	18 (4,6%),	55 (0,7%),
	538 (0,5%)	720 (0,7%)	495 (0,8%)	0 (0%)	1 864 (9,4%)	3 617 (1,2%)
<b>Sector solidário</b>	2 432 (89,8%),	1 795 (69,4%),	1 984 (96,2%),	14 (93,3%),	377 (95,2%),	6 602 (85%),
	98 635 (87,7%)	77 702 (75,4%)	62 770 (98%)	178 (96,7%)	17 887 (90,5%)	257 172 (85,9%)
<b>Sector lucrativo</b>	260 (9,6%),	783 (30,3%),	67 (3,3%),	1 (6,7%),	1 (0,3%),	1 112 (14,3%),
	13 365 (11,9%)	24 519 (23,8%)	797 (1,2%)	10 (5,3%)	20 (0,1%)	38 711 (12,9%)
<b>TOTAL</b>	2 707 (100%),	2 588 (100%),	2 063 (100%),	15 (100%),	396 (100%),	7 769 (100%),
	112 538 (100%)	102 941 (100%)	64 062 (100%)	188 (100%)	19 771 (100%)	299 500 (100%)

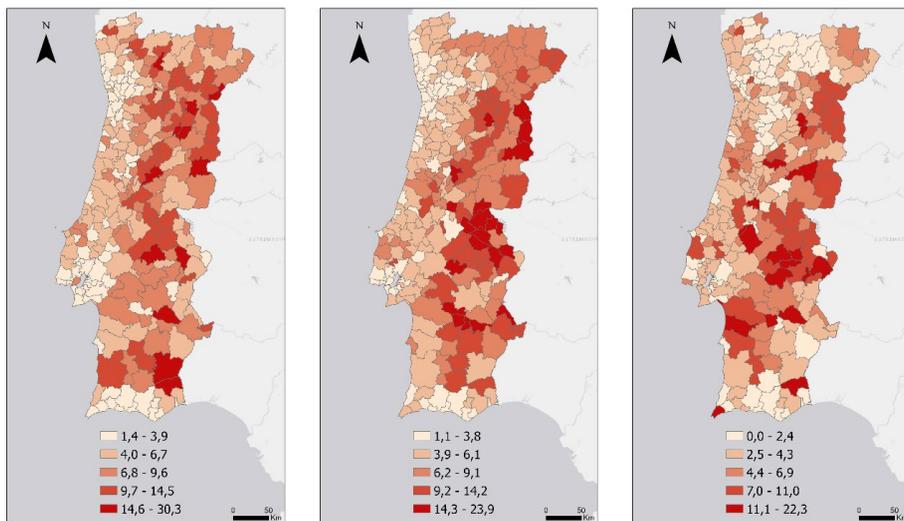
Fonte: Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

Os valores variam consoante o tipo de resposta social, sendo notável uma relativa especialização dos três sectores nalgumas respostas. Assim, se o sector público se encontra muito pouco presente na maior parte dos tipos de respostas sociais (SAD, ERPI, CN, CD), aumenta a sua participação nos CC, com 18 CC (4,6% das respostas sociais) e uma capacidade para 1 864 pessoas (9,4% da capacidade). As autarquias contribuem de forma quase exclusiva neste campo (94,4% das respostas sociais, 97,3% da capacidade instalada). O sector solidário predomina em todas as respostas sociais. Destacam-se três tipos de instituições: as Associações de Solidariedade Social, os Centros Paroquiais e as Irmandades da Misericórdia/SCM, que totalizam sistematicamente, em conjunto, entre 80 e 90% do total de respostas sociais e da capacidade total do sector solidário. Todavia, em termos gerais, a participação relativa do sector solidário é mais baixa no caso das ERPI: com 1 795 equipamentos, representam apenas 69,4% das ERPI existentes e 75,4% da capacidade total. É precisamente neste tipo de resposta social que se concentra o sector lucrativo: 783 ERPI (30,3% do total) são privadas e podem receber 24 519 utentes (23,8% do total). O sector lucrativo está também presente, mas de forma menos intensa, nos SAD (260 SAD, 9,6% do total; 13 365 utentes, 11,9% da capacidade total). São quase inexistentes nas restantes respostas sociais (CC, CN e CD).

#### *4.3 Variações geográficas da oferta por tipo de resposta*

Importa averiguar se a capacidade se adequa às necessidades da população. A taxa de cobertura afigura-se relativamente baixa ao nível de Portugal continental: 4,8% (SAD), 4,4% (ERPI), 2,7% (CD), 0,8% (CC), 0,01% (CN), para um total de cerca de 2 424 milhões de pessoas com 65 ou mais anos. A análise das variações geográficas das taxas de cobertura das três categorias de resposta social conduz a três observações principais.

**Figura 1.** Taxas de cobertura (SAD, ERPI, CDCC) nos concelhos de Portugal continental



Fonte: Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

Em primeiro lugar, a distribuição geográfica das taxas de cobertura evidencia algumas diferenças entre os três tipos de resposta social (Figura 1 e Tabela 4). Regista-se globalmente uma maior incidência na região do Alentejo e nos concelhos do interior. A nível distrital (Tabela 3), é nos distritos da Guarda (11,6%), Beja (8,9%), Portalegre (8,7%) e Bragança (8,3%) que a cobertura de SAD é a mais elevada, contra apenas 2,6%, 3% e 3,3% nos distritos de Setúbal, Faro e Porto, respectivamente. No caso das ERPI, os distritos de Portalegre (12%), Guarda (11,5%), Beja (9,2%) e Bragança e Évora (8,2%) apresentam as maiores taxas de cobertura, enquanto os distritos do Porto (2,3%), Setúbal (3%), Lisboa (3,3%), Faro e Aveiro (ambos 3,4%) apresentam os valores mais baixos. No caso dos CDCC, os distritos de Portalegre (9%), Évora (7,5%), Guarda (6,6%) e Castelo Branco (6,3%) evidenciam maiores taxas de cobertura, e os distritos de Vila Real (2,3%), Braga (2,4%), Viseu e Faro (2,6%) são os menos servidos.

A oferta apresenta uma variação importante entre concelhos (Figura 1). No caso dos SAD, os valores variam de apenas 1,4% em Sobral de Monte Agraço e Albufeira a 30,3% em Fornos de Algodres (média = 6,7%;

desvio-padrão = 4,1%); no caso das ERPI, vão de 1,1% em Paços de Ferreira a 23,9% em Vila de Rei (média = 6,8%; desvio-padrão = 4,2%); no caso dos CDCC, vão de 0% em Aljezur e Vila de Rei a 22,3% em Arraiolos (média = 4,6%; desvio-padrão = 3,6%).

**Tabela 4.** Taxas de cobertura das respostas sociais por distrito

<b>Distritos</b>	<b>SAD</b>	<b>ERPI</b>	<b>CDCC</b>
Aveiro	3,9%	3,4%	3,0%
Beja	8,9%	9,2%	3,9%
Braga	4,9%	3,8%	2,4%
Bragança	8,3%	8,2%	4,5%
Castelo Branco	7,0%	7,9%	6,3%
Coimbra	6,1%	5,4%	5,1%
Évora	7,6%	8,2%	7,5%
Faro	3,0%	3,4%	2,6%
Guarda	11,6%	11,5%	6,6%
Leiria	5,6%	5,3%	3,3%
Lisboa	4,1%	3,3%	3,4%
Portalegre	8,7%	12%	9,0%
Porto	3,3%	2,3%	3,0%
Santarém	4,9%	6,0%	5,3%
Setúbal	2,6%	3,0%	3,1%
Viana do Castelo	5,0%	4,0%	3,0%
Vila Real	7,8%	5,8%	2,3%
Viseu	7,5%	6,6%	2,6%
<b>Portugal Continental</b>	<b>4,8%</b>	<b>4,4%</b>	<b>3,6%</b>

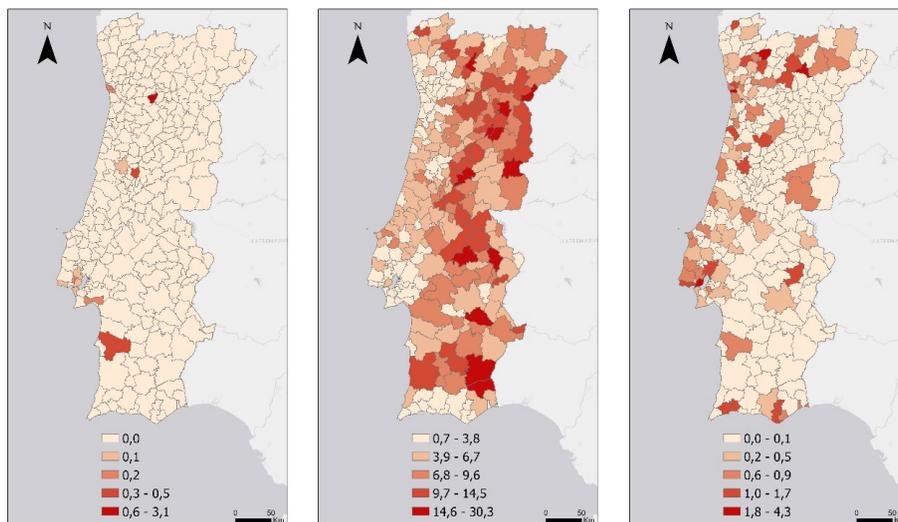
Fonte: Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

#### *4.4 Variações geográficas por tipo de resposta e por sector (público, solidário e lucrativo)*

Analisando as variações geográficas das respostas em função dos sectores (público, solidário e privado lucrativo) dos intervenientes, as

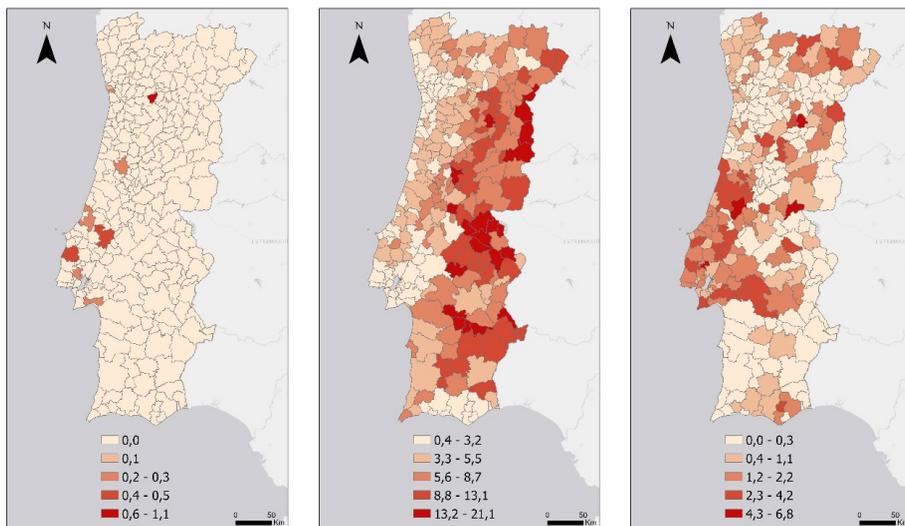
diferenças na distribuição geográfica são consideráveis no caso dos SAD (Figura 2). O sector público está presente em apenas 13 concelhos, atingindo o seu valor máximo em Resende, com uma taxa de cobertura de 3,1%. A distribuição geográfica não parece obedecer a uma lógica territorial clara, podendo reflectir iniciativas locais (Resende, Lousã e Santiago do Cacém), embora se identifiquem vários municípios urbanos (Odivelas, Setúbal, Matosinhos, Porto, Amadora, Almada, Cascais, Loures e Lisboa, e Coimbra). O sector solidário tem muito maior expressão em municípios urbanos e rurais das regiões interiores. O concelho com maior representação é Fornos de Algodres, com uma taxa de cobertura de 30,3%. Por fim, relativamente ao sector lucrativo, se é certo que as taxas de cobertura são globalmente baixas, com 191 municípios (68,7%) sem nenhum dos SAD privados, a distribuição favorece sobretudo os municípios fortemente urbanizados do litoral e em redor das duas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, mas também nos principais concelhos de outras regiões (Coimbra, Vila Real, Évora, Castelo Branco e Bragança).

**Figura 2.** Taxas de cobertura dos SAD nos concelhos de Portugal continental, por natureza jurídica agregada aos estabelecimentos



Fonte: Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

**Figura 3.** Taxas de cobertura das ERPI nos concelhos de Portugal continental, por natureza jurídica agregada aos estabelecimentos

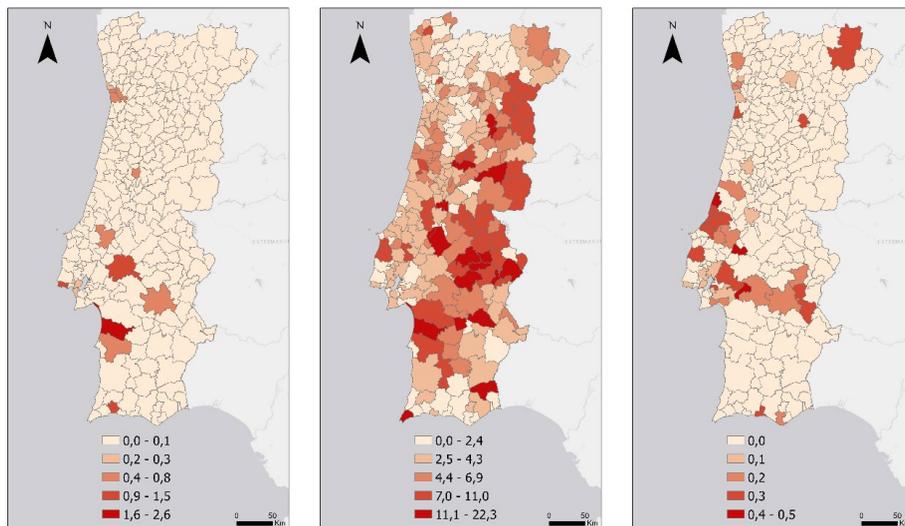


Fonte: Carta Social (Ministério da DGEEP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

No caso das ERPI (Figura 3) e à semelhança dos SAD, são pouquíssimas as instituições do sector público. Apenas nove municípios têm alguma resposta desta categoria, a maior parte deles fortemente urbanizados e quase todos localizados na faixa litoral. São estes os municípios de Resende (valor mais alto, com taxa de cobertura de 1,1%), Torres Vedras, Santarém, Loures, Setúbal, Coimbra, Porto, Alcobaça e Matosinhos. O sector solidário, à semelhança dos SAD, mostra uma maior representação nos municípios das regiões interiores. O sector lucrativo evidencia uma distribuição mais litoralizada e urbana que os restantes sectores, mas sem chegar ao nível de heterogeneidade apresentado no caso dos SAD. Existem ERPI privadas em 152 municípios. As maiores taxas de cobertura de ERPI privadas situam-se maioritariamente em municípios de baixa — ou relativamente baixa — densidade, como é o caso de Ourém, 6,1%, e Vila Velha de Ródão, 5,7%, mas a sua presença é forte, principalmente, na Área Metropolitana de Lisboa ou em territórios muito próximos: Arruda dos Vinhos

(5,5%), Vendas Novas (4,2%), Palmela (3,7%), Montemor-o-Novo (2,9%), Sesimbra (2,7%), Azambuja (2,7%), Mafra (2,7%), Coruche (2,2%), Benavente (2,1%) e Montijo (2,1%).

**Figura 4.** Taxas de cobertura dos CDCC nos concelhos de Portugal continental, por natureza jurídica agregada aos estabelecimentos



Fonte: Carta Social (Ministério da DGEOP/MTSS, Rede de Serviços e Sociais), cálculos dos autores.

Por fim, os CDCC evidenciam um padrão relativamente próximo do observado no caso dos SAD e das ERPI, à excepção do sector lucrativo. No caso do sector público, os valores são globalmente baixos: apenas 16 municípios têm CDCC públicos. São concelhos sobretudo situados na metade Sul do país, nalgumas cidades e nos concelhos mais centrais das duas áreas metropolitanas: Grândola (2,6%, a maior taxa de cobertura do país), Portimão, Cascais, Coruche, Vila Nova de Gaia, Santiago do Cacém, Santarém, Lousã, Porto, Évora, Gondomar, Matosinhos, Almada, Amadora, Lisboa e Coimbra. Quanto ao sector solidário, não se observa uma distribuição tão vincada no interior do país como nos SAD ou nas

ERPI. A sua presença é também notável em muitos municípios da metade Oeste. Apenas dois municípios não dispõem de CDCC do sector solidário (Aljezur e Vila de Rei). Quanto ao sector lucrativo, não é tão visível a tendência para servir territórios urbanizados. Entre os municípios servidos por CDCC privados, encontram-se municípios situados a Norte da Área Metropolitana de Lisboa (Marinha Grande, Caldas da Rainha, Nazaré, Benavente e Torres Vedras), municípios centrais da Área Metropolitana do Porto (Porto, Vila Nova de Gaia, Matosinhos e Maia), municípios situados ao longo de um eixo WNW-ESE entre Benavente e Reguengos de Monsaraz, incluindo Montijo, Montemor-o-Novo e Évora, Estremoz e Redondo, e municípios mais dispersos pelo território nacional (Macedo de Cavaleiros, Albufeira, Barcelos e Coimbra).

## 5. Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, as taxas de cobertura assentam nas delimitações geográficas dos municípios e não envolvem uma estimativa da acessibilidade geográfica real baseada nas redes viárias. É possível que o efeito de fronteira altere pontualmente algumas situações: por exemplo, um dos SAD situados no limite de dois municípios tem, na prática, uma área de actuação mais ampla que a área do concelho de origem. Uma segunda limitação reside na ausência de informação sobre a qualidade e as características dos estabelecimentos que prestam cuidados sociais. A necessidade de uma boa cobertura territorial de cuidados sociais não se pode limitar a um número de estabelecimentos por mil residentes idosos. Outros factores, como a qualidade dos cuidados, a adequação das instalações ou os preços, contribuem para tornar efectiva a acessibilidade das respostas sociais (Higgs; Langford; Llewellyn, 2022). Noutros casos, não é a proximidade à pessoa idosa que importa, mas sim a distância ou o tempo de percurso em relação a quem a acompanha ou a quem a visita.

## 6. Considerações finais

Este estudo pretendia averiguar, por um lado, se a distribuição das respostas sociais para pessoas idosas em Portugal continental é espacialmente heterogénea e, por outro, se existe a este respeito uma diferença entre o sector lucrativo e os outros (público e solidário). Os resultados confirmam as duas hipóteses iniciais. Primeiro, as taxas de cobertura das respostas sociais variam muito de forma geral, com territórios mais bem servidos e outros tendencialmente mais carentes. Embora a distribuição de cada tipo de resposta social tenha as suas especificidades, a cobertura aparece normalmente mais elevada nos concelhos do interior e mais baixa nas áreas mais urbanizadas do litoral. Segundo, as respostas sociais do sector privado lucrativo apresentam maior grau de concentração espacial que as respostas dos sectores público e solidário. O sector lucrativo tende a privilegiar — embora com algumas notáveis excepções — as áreas metropolitanas e, de maneira geral, as áreas mais próximas do litoral, mais densamente povoadas. Num contexto marcado por uma crescente liberalização, mercantilização e financiarização dos cuidados sociais, os resultados levantam pelo menos duas questões para o futuro dos cuidados sociais dirigidos às pessoas idosas.

A primeira prende-se com o papel e à intervenção do Estado (incluindo as Autarquias) na decisão de localização e na instalação dos estabelecimentos, e de forma geral na demografia institucional (criações de estabelecimentos e cessação de actividade). Garantir uma taxa de cobertura mais homogénea, mais em adequação com a população idosa actual e futura (projectada), implica um papel mais pró-activo no incitamento à instalação de estabelecimentos de qualquer um dos tipos de resposta social. A geografia das respostas sociais é, no entanto, dominada por lógicas de escala micro, independentemente do tipo de interveniente (sector privado lucrativo, sector solidário ou sector público).

A segunda questão relaciona-se com as consequências, em termos de evolução do acesso geográfico, da chegada dos grandes grupos

multinacionais e do sector financeiro, como se tem verificado noutros países, que se substituem progressivamente aos estabelecimentos privados, muitas vezes com raízes familiares e forte implantação local. Em Portugal, cerca de 10% da oferta de camas em ERPI privadas lucrativas pertence a quatro grandes grupos. É uma proporção ainda relativamente baixa quando comparada com outros países, mas é quase certo que irá aumentar ao longo dos próximos anos. Se, ao mesmo tempo, as estruturas privadas privilegiam localizações em decorrência de outras lógicas, é de prever uma evolução tendencialmente negativa do acesso (geográfico) universal aos cuidados sociais.

## Agradecimentos

Este estudo integra o projecto Socio-spatial inequalities in dementia (SINDIA), financiado com fundos nacionais pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT, I.P.), com a referência 2022.04684.PTDC. Também recebeu suporte do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), igualmente financiado por fundos nacionais pela FCT, I.P., com a referência UIDB/04084/2020.

## Referências

---

AUGUST, M. Securitising seniors housing: the financialisation of real estate and social reproduction in retirement and long-term care homes. *Antipode*, v. 54, n. 3, p. 653-680, 2022.

AVELINE-DUBACH, N. Financializing nursing homes? The uneven development of health care REITs in France, the United Kingdom and Japan. *Environment and Planning A: Economy and Space*, v. 54, n. 5, p. 984-1004, 2022.

BARBER, B. *et al.* Hospital to home: supporting the transition from hospital to home for older adults. *Canadian Journal of Nursing Research*, v. 54, n. 4, p. 483-496, 2022, 12/1/2021.

BAYLISS, K.; GIDEON, J. The privatisation and financialisation of social care in the UK. *SOAS Department of Economics Working Paper*, n. 238, 2020.

BAZIN, F.; PAUL, C. Accompagnement du grand âge: personne ne pourra dire que l'on ne savait pas. *Après-demain*, v. 63, n. 3, p. 10-13, 2022.

BLOOM, D. E.; CANNING, D.; FINK, G. Implications of population ageing for economic growth. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 26, n. 4, p. 583-612, 2010.

BROESE VAN GROENOU, M. I.; DE BOER, A. Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, v. 13, n. 3, p. 271-279, 2016.

CHAN, D. E.-Y. *et al.* Older patients' participation in physical activity during hospitalization: a qualitative study of ward nurses' perceptions in an Asian context. *Geriatric Nursing*, 2018.

CUSHMAN & WAKEFIELD. *Marketbeat nursing homes in Europe 2023*. [S. l.]: Cushman & Wakefield, 2023.

DANIEL, F.; MONTEIRO, R.; FERREIRA, J. Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 126, p. 235-261, 2016.

DELOUETTE, I.; NIRELLO, L. Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, v. 34, n. 7, p. 387-408, 2016.

FELTENIUS, D. Towards a more diversified supply of welfare services? Marketisation and the local governing of nursing homes in Scandinavian countries. *Promoting Active Citizenship: Markets and Choice in Scandinavian Welfare*, p. 117-157, 2017.

HIGGS, G.; LANGFORD, M.; LLEWELLYN, M. Towards an understanding of inequalities in accessing residential and nursing home provision: the role of geographical approaches. *Health & Social Care in the Community*, 2022.

HORTON, A. Financialization and non-disposable women: real estate, debt and labour in UK care homes. *Environment and Planning A: Economy and Space*, v. 54, n. 1, p. 144-159, 2022.

HUDSON, B. *Clients, consumers or citizens?: the privatisation of adult social care in England*. Bristol: Policy Press, 2021.

IECOVICH, E.; BIDERMAN, B. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International Psychogeriatrics*, v. 24, n. 3, p. 439-448, 2011.

INE. *Censos 2011*. Lisboa, 2013.

INE. *Censos 2021*. Lisboa, 2022. Disponível em: [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html). Acesso em: 15 jun. 2022.

ISS. *Guia prático: apoios sociais — pessoas idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P. 2017. p. 15.

JOHANSSON, S. Social care in ageing Sweden: learning from the life stories of care recipients. In: KOMP, K.; JOHANSSON, S. (ed.). *Population ageing from a lifecourse perspective*. Bristol: Policy Press, 2015. p. 183-202.

KEISARI, S. *et al.* Participation in life-review playback theater enhances mental health of community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, v. 16, n. 2, p. 302, 2022.

LEE, K.; CHO, E. Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: a comparison of home care and nursing home care. *Japan Journal of Nursing Science*, v. 14, n. 2, p. 103-111, 2017.

LINDBOM, A. Dismantling the social democratic welfare model? Has the Swedish welfare state lost its defining characteristics? *Scandinavian Political Studies*, v. 24, n. 3, p. 171-193, 2001.

LINDÉN, T. S.; FLADMOE, A.; CHRISTENSEN, D. A. Does the type of service provider affect user satisfaction? Public, for-profit and nonprofit kindergartens, schools and nursing homes in Norway. *Promoting Active Citizenship: Markets and Choice in Scandinavian Welfare*, p. 261-284, 2017.

MERCILLE, J. Neoliberalism and health care: the case of the Irish nursing home sector. *Critical Public Health*, v. 28, n. 5, p. 546-559, 2018.

MÉZIÈRE, A. *et al.* Exercise interventions with trained home helpers for preventing loss of autonomy and falls in community-dwelling older adults receiving home health physical therapy T4H: a randomized controlled pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, v. 44, n. 3, p. E138-E149, 2021.

NETTEN, A. N. N.; WILLIAMS, J.; DARTON, R. Care-home closures in England: causes and implications. *Ageing and Society*, v. 25, n. 6, p. 319-338, 2005.

PIERRE, J. The marketization of the state: citizens, consumers, and the emergence of the public market. *Governance in a Changing Environment*, v. 1995, p. 55-81, 1995.

SALAMON, L. M.; SOKOLOWSKI, W. The size and composition of the European third sector. In: ENJOLRAS, B.; SALAMON, L. M. *et al.* (ed.). *The third sector as a renewable resource for Europe: concepts, impacts, challenges and opportunities*. Cham, Switzerland: Palgrave MacMillan, 2018. p. 49-94.

SÃO JOSÉ, J. A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: complexidades, desigualdades e preferências. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 69, p. 63-85, 2012.

SARACENO, C. Varieties of familialism: comparing four southern European and East Asian welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, v. 26, n. 4, p. 314-326, 2016. Acesso em: 6 jul. 2022.

SAVILLS RESEARCH. *UK & European care homes 2022: the countercyclical asset class?* London: Savills, 2022.

SENGUPTA, M. et al. Post-acute and long-term care providers and services users in the United States, 2017-2018. *Vital Health Statistics*, n. 47, p. 1-93, maio 2022.

SIMONEN, L.; KOVALAINEN, A. Paradoxes of social care restructuring: the finnish case. In: LEWIS, J. (ed.). *Gender, social care and Welfare State restructuring in Europe*. Oxfordshire: Routledge, 2018. p. 229-255.

TESSIER, A. et al. Effectiveness of reablement: a systematic review. *Healthcare Policy*, v. 11, n. 4, p. 49, 2016.

TROUILLARD, E. L'ancrage territorial des "résidences avec services" privées en Île-de-France: une géographie d'actifs immobiliers financiarisés? *Espace Géographique*, v. 43, n. 2, p. 97-114, 2014.

VAN DEN BERG, M. E. et al. Understanding the barriers and enablers to using outdoor spaces in nursing homes: a systematic review. *The Gerontologist*, v. 60, n. 4, p. e254-e269, 2020.

VELOSO, E. A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. In: CONGRESSO PORTUGUÊS, 6., 2008. *Actas [...]*. [S. l.: s. n.], 2008.

WALKER, B. B. et al. A GIS analysis of East Asian care gaps in residential and assisted living facilities in Vancouver, Canada. *Journal of Housing For the Elderly*, v. 33, n. 2, p. 103-119, 2019.

WANG, F. et al. Prevalence of depression in older nursing home residents in high and low altitude regions: a comparative study. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 669234, 2021.

WANG, J. et al. The correlation between falls efficacy and activities of daily living among older adults receiving different types of care: a 2018-2019 cross-sectional study in Shanghai, China. *BMC Public Health*, v. 23, n. 1, p. 746, 2023.

WEEKS, L. et al. Supporting the transition from hospital to home for older adults: case study results. *Innovation in Aging*, v. 4, n. Supplement 1, p. 81-81, 2020.

WINBLAD, U.; BLOMQVIST, P.; KARLSSON, A. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2017.

ZHANG, H. et al. Playing mahjong for 12 weeks improved executive function in elderly people with mild cognitive impairment: a study of implications for TBI-induced cognitive deficits. *Frontiers in Neurology*, v. 11, p. 178, 2020.

## Sobre os autores

MIGUEL PADEIRO – Geógrafo. Doutor em Urbanismo e Ordenamento do Espaço. Professor Associado do Departamento de Geografia e Turismo. Membro Integrado do Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT).  
*E-mail:* jmnp@uc.pt

RAFAEL FERREIRA – Geógrafo. Licenciado em Geografia. Bolseiro de investigação do projecto SINDIA. Mestrando em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis.

*E-mail:* rafael.ferreira15027@aesps.pt

