



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Fátima Cristina Senra Barbosa

«Cuidarei, enquanto puder": a Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos

Fátima Cristina Senra Barbosa
«Cuidarei, enquanto puder": a Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos

Este trabalho foi apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, através da atribuição de Bolsa de Investigação com a Referência SFRH/BD/72257/2010, financiada pelo QREN - POPH - Tipologia 4.1 - Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCTES.





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Fátima Cristina Senra Barbosa

**«Cuidarei, enquanto puder"': a Qualidade de
Vida e a (in)satisfação das necessidades dos
cuidadores informais com 50 e mais anos**

Tese de Doutoramento em Sociologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Delerue Matos
e do
Professor Doutor Claude Michel Loriaux

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta de Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 21 Setembro de 2015

Fátima Cristina Senra Barbosa

Fátima Cristina Senra Barbosa

AGRADECIMENTOS

Depois de quatro anos de muito trabalho e de muita aprendizagem gostaria de agradecer a um conjunto de pessoas e instituições as oportunidades e a confiança depositada, as quais foram imprescindíveis para a realização desta tese.

Em primeiro lugar queria agradecer aos meus orientadores. À Professora Doutora Alice Delerue Matos pela oportunidade de trabalhar com ela num grande projeto europeu, o SHARE, e por sempre ter acreditado nas minhas capacidades. Através do seu apoio, sabedoria e amizade fui sempre superando obstáculos e desafios, os quais sempre pensei serem inatingíveis. Desde já agradeço toda a sua dedicação e compreensão. Ao Professor Doutor Claude Michel Loriaux pela sua amabilidade, sabedoria e por me aceitar como sua orientanda.

Queria também agradecer à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) pela atribuição de uma Bolsa de Doutoramento, a qual me permitiu realizar esta tese e entrar no “mundo da investigação”.

Ao projeto SHARE, pelos dados quantitativos, por todos os conhecimentos adquiridos e experiências vividas ao longo destes quatro anos, e a todas as instituições (Centro Social Paroquial de Sobreposta, Centro Cultural e Social de Santo Adrião, Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos Vale D’este, Centro Comunitário S. Martinho de Dume, Centro Social de Cultura e Recreio da Silva, Fundação Stela & Oswaldo Bomfim e Santa Casa da Misericórdia de Barcelos) e cuidadores conjugais que participaram no estudo qualitativo. O meu muito obrigada pela disponibilidade e partilha.

Ao Instituto de Gerontologia do King’s College em Londres, particularmente à Professora Doutora Karen Glaser e à Professora Doutora Debora Price, pelo acolhimento, enquanto investigadora visitante.

Ao Professor Doutor José Machado e Professor Doutor Patrício Costa pelas formações e conhecimentos partilhados em estatística, os quais foram indispensáveis para a execução desta tese.

Aos meus colegas de Doutoramento por todos os desafios que partilhámos juntos e por todas as ajudas fornecidas ao longo destes quatro anos. Um obrigada muito especial também à Manuela André pela ajuda na formatação da tese.

Por fim, queria agradecer à minha família, aos meus verdadeiros amigos, à D. Glória, ao Paulo e ao meu filho Tiago, que nasceu durante esta grande aventura do Doutoramento. Obrigado por tudo, pois sem vocês nada teria sentido!

Este trabalho foi apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, através da atribuição de Bolsa de Investigação com a Referência SFRH/BD/72257/2010, financiada pelo QREN - POPH - Tipologia 4.1 - Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCTES.



RESUMO

“Cuidarei, enquanto puder”: a Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos

Reconhecendo a crescente importância dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos e a existência de diferenças entre a prestação de suporte informal corresidencial e extrarresidencial, esta investigação visa atingir três objetivos: a caracterização dos prestadores de cuidado corresidencial e prestadores de apoio extrarresidencial, relativamente aos não prestadores de cuidado/apoio ao nível sociodemográfico, económico, de saúde, proximidade emocional dentro da rede social e atividades sociais; a análise da relação entre prestação de cuidado corresidencial e/ou apoio extrarresidencial e a Qualidade de Vida (QdV) dos indivíduos com 50 e mais anos; e a análise dos preditores de QdV dos cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos. Para tal, privilegamos a investigação por métodos mistos, mais concretamente o Desenho Explicativo Sequencial.

Na primeira fase do trabalho (fase quantitativa) analisamos amostras representativas de 16 países europeus, participantes na quarta vaga do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), e concluímos que existem diferenças significativas entre os cuidadores corresidenciais e prestadores de apoio extrarresidencial, relativamente aos não prestadores de cuidado/apoio, ao nível das variáveis analisadas; que a relação entre prestação de suporte informal e QdV varia de acordo com o país e o tipo suporte informal realizado; e que o maior número de limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), possuir duas ou mais doenças crónicas, ter quatro ou mais sintomas depressivos, realizar pouca ou nenhuma atividade física e prestar de cuidados ao cônjuge assumem-se como preditores de baixa QdV nos cuidadores corresidenciais, enquanto estar envolvido em atividades sociais apresenta-se como preditor que aumenta a QdV.

Na segunda fase do trabalho (fase qualitativa) centramo-nos na realidade portuguesa e analisamos as características do cuidado conjugal providenciado pelos indivíduos com 50 e mais anos e tentamos compreender porque é que este tipo de cuidados está relacionado com uma baixa QdV. A análise revela que a prestação de cuidados corresidenciais conjugais caracteriza-se pela execução de um complexo conjunto de tarefas, pela existência de um conjunto de incapacidades pessoais e um

défice de políticas públicas, contexto que limita as oportunidades sociais dos cuidadores e contribui para a insatisfação das suas necessidades.

Esta investigação contribui para um maior conhecimento sobre a realidade dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos em 16 países europeus e evidencia a existência de importantes diferenças na QdV destes indivíduos, de acordo com o país e tipo de suporte informal realizado.

ABSTRACT

“I will take care, for as long as I can”: The Quality of Life the (dis)satisfaction of needs of informal caregivers aged 50+

Recognizing the increasing importance of individuals aged 50+ in the provision of informal support and the fact that there are clear differences between co-residential and extra-residential informal support, this investigation has three main objectives: characterization of co-residential carers and extra-residential helpers compared to non-carers/helpers at the socio-demographic, economic, health, emotional closeness within social network and social activities levels; analysis of the relation between co-residential care and/or extra-residential help and the Quality of Life (QoL) of individuals 50+; and co-residential carers 50+ QoL predictors' analysis. To that end, the mixed methods research was selected, more specifically the Sequential Explanatory Design.

In the first phase (quantitative phase), a representative sample of 16 European countries was analysed, which participated in the fourth wave of SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). The following conclusions were drawn: there are significant differences between co-residential carers and extra-residential helpers compared to non-carers/helpers considering the analysed variables; the relation between the provision of informal support and QoL of individuals 50+ varies between countries and the type of informal support provided; and that having more limitations in daily living basic activities, two or more chronic diseases, four or more depressive symptoms, lower physical activity and being a spousal caregiver are predictors of low QoL within co-residential carers, while being involved in more social activities is a predictor of high QoL.

In the second phase (qualitative phase), the Portuguese reality was studied and the characteristics of spousal care provided by individual 50+ were analysed, focusing on understanding why this type of informal support is related with low QoL. Co-residential spousal caregivers are involved in a complex set of activities; they experience a set of personal incapability and the absence of public policies that limit or reduce their social opportunities and contribute to their needs dissatisfaction.

This research contributes to a better understanding of the realities of informal supporters aged 50+ in 16 European countries and highlights the existence of important

differences within the QoL of these individuals according to the country and type of informal support provided.

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico e Metodológico	9
Capítulo I - Envelhecimento demográfico.....	11
1.1. Desafios do Envelhecimento Demográfico	11
1.1.1. Desafios ao nível social e económico.....	13
1.1.2. Desafios ao nível da saúde.....	14
1.1.3. Desafios ao nível dos cuidados.....	17
1.2. Prestadores de suporte informal com 50 e mais anos.....	22
Capítulo II – Estados de Bem-estar	29
2.1. Regimes de Bem-estar	29
2.2. Regimes de cuidados	36
Capítulo III - Qualidade de Vida	43
3.1. O Conceito de QdV	43
3.2. A Multidimensionalidade do conceito de QdV	44
3.2.1. A dimensão objetiva do conceito de QdV	44
3.2.2. A dimensão subjetiva do conceito de QdV.....	46
3.2.3. Coexistência das dimensões objetiva e subjetiva de QdV.....	48
3.3. O Contexto Social na avaliação da QdV	50
3.4. Diferentes abordagens de QdV: diferentes modelos, domínios e dimensões de QdV	52
3.5. Problemas e complexidade na definição do conceito de QdV	54
3.6. Qualidade de vida do Idoso	58
Capítulo IV – Necessidades.....	63
4.1. O conceito de Necessidades Humanas	63
4.2. Distinção entre necessidade e querer.....	64
4.3. Perspetiva histórica do conceito de Necessidades Humanas.....	65
4.4. O conceito de Necessidades Humanas e o contexto social e momento histórico	70
Capítulo V - Uma nova abordagem da QdV dos idosos.....	73
Capítulo VI – Metodologia: a escolha dos métodos mistos	77
6.1. Método quantitativo (Primeira fase).....	78
6.2. Método qualitativo (Segunda fase).....	81
6.2.1. Amostra.....	82
6.2.2. Entrevista semiestruturada.....	84

6.2.3. Procedimentos para interpretar e organizar os dados	85
6.3. Procedimentos de validade na investigação por Métodos Mistos	86
6.3.1. Validade da investigação quantitativa	87
6.3.2. Validade e legitimação da investigação qualitativa.....	90
6.4. Integração dos dados Quantitativos e Qualitativos.....	91
Parte II – Investigação Empírica	95
Capítulo VII - Estudo Quantitativo (Fase 1)	97
7.1. Preditores de QdV e modelo de análise de QdV da população com 50 e mais anos.....	97
7.2. Análise descritiva e inferencial.....	104
7.3. Chances (Odds ratio) do grupo dos cuidadores corresidenciais e do grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio.....	111
7.4. Análise da relação entre prestação de cuidado corresidencial e apoio extrarresidencial e a QdV	125
7.4.1. Variável dependente	125
7.4.2. Variáveis independentes	126
7.4.3. Análise da relação entre prestação de cuidados corresidenciais e/ou prestação de apoio extrarresidencial e a QdV.....	129
7.5. Preditores de QdV dos cuidadores corresidenciais e modelo de análise da QdV dos cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos.....	131
7.5.1. Análise descritiva e inferencial.....	140
7.5.2. Preditores de QdV dos cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos	143
7.5.3. Caracterização dos tipos de cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos	145
Capítulo VIII – Estudo Qualitativo (Fase II).....	155
8.1. Introdução.....	155
8.2. Caracterização dos cuidadores conjugais 50 e mais anos e beneficiários de cuidados.....	157
8.3. Descrição da prestação de cuidados conjugais	160
8.3.1. Tarefas realizadas	160
8.3.2. Apoio informal recebido pelos cuidadores conjugais.....	165
8.3.3. Apoio formal recebido pelos cuidadores conjugais.....	168
8.3.4. Discussão dos resultados	172
8.4. Motivações.....	175
8.4.1. Introdução	175
8.4.2. Motivos para cuidar	179
8.3.4. Discussão dos resultados	190
8.5. Capacidades: entre o querer e o poder.....	191
8.5.1. Introdução	191
8.5.2. Capacidades dos cuidadores conjugais	193

8.5.3. Discussão dos resultados	221
8.6. A (in)satisfação das necessidades dos cuidadores conjugais com 50 e mais anos	222
8.6.1. Introdução	223
8.6.2. Necessidades dos cuidadores conjugais com 50 e mais anos	224
8.6.3. Discussão dos resultados	236
Capítulo IX- Discussão e integração dos resultados	239
Referências bibliográficas	263
 Anexos	
Anexo 1. Pedido de colaboração formal dirigido à direção das IPSS, Fundações e Santas Casas da Misericórdia	1
Anexo 2. Guião de Entrevista dos cuidadores conjugais corresidenciais com 50 e mais anos	2
Anexo 3. Análise sociodemográfica e de saúde dos cuidadores conjugais e beneficiários de cuidados.....	4
Anexo 4. Índice de Lawton.....	5
Anexo 5. Índice de Barthel	6
Anexo 6. Consentimento Informado	7
Anexo 7. Codebook	8
Anexo 8. Consistência Interna (Alfa de Cronbach) da medida CASP-12 por país ..	10
Anexo 9. Análise do pressuposto da normalidade da RLM, Teste Kolmogorov-Smirnov por país.....	11
Anexo 10. Análise do pressuposto da Normalidade da RLM, valores de Curtose e Assimetria por país	15
Anexo 11. Análise dos pressupostos da Normalidade RLM, Normal P-P Plot of Regression Standardized residual por país	16
Anexo 12. Análise dos pressupostos da Normalidade da RLM, Histogramas por país	18
Anexo 13. Análise do pressupostos da Linearidade da RLM, Scatterplot por país .	20
Anexo 14. Análise do pressuposto da Homoscedasticidade da RLM, Scatterplot por país	22
Anexo 15. Análise do pressuposto da independência dos erros, teste Durbin-Watson por país	24
Anexo 16 Análise do pressuposto de multicolinearidade.....	25
Anexo 17 Análise do pressuposto da Normalidade da RLM, Teste Kolmogorov-Smirnov por grupo de países	33
Anexo 18 Análise do pressuposto da Normalidade, análise dos valores de Assimetria e Curtose por grupo de países.....	35
Anexo 19 Análise do pressuposto da Normalidade, Histograma por grupo de países	37

Anexo 20 Análise do pressuposto da Normalidade ,Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual por país.....	38
Anexo 21 Análise do pressuposto da Linearidade, scatterplots por grupo de países	39
Anexo 22 Análise do pressuposto da Homoscedasticidade, Scatterplot por grupo de países	40
Anexo 23 Análise do pressuposto de Independência dos erros, Teste Durbin-Watson por grupo de países	41
Anexo 24 Análise do pressuposto de Multicolinearidade, Correlação de Pearson, Valores de VIF e Tolerance por grupo de países.....	42
Anexo 25 Perguntas e pontuação da medida CASP-12.....	48
Anexo 26 Regressão linear múltipla por país	49
Anexo 27 Resultados da Regressão Linear Múltipla segundo grupo de países	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipologia de posições de bem-estar, Zapft	48
Figura 2. Modelo visual para a abordagem por Métodos Mistos, Desenho Explicativo Sequencial.....	93
Figura 3. Modelo de Qualidade de Vida.....	103
Figura 4. Prestadores de cuidados corresidenciais no total da população 50 e mais anos	104
Figura 5. Prestadores de apoio extrarresidencial no total da população 50 e mais anos	106
Figura 6. Frequência do apoio extrarresidencial	107
Figura 7. Não prestadores de cuidado/apoio no total da população 50+.....	108
Figura 8. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da idade	112
Figura 9. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do género	113
Figura 10. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função de ter parceiro(a).....	114
Figura 11. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da escolaridade	115
Figura 12. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da situação perante o emprego	116
Figura 13. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do rendimento.....	117
Figura 14. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função das limitações na mobilidade.....	118

Figura 15. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função das doenças crónicas	119
Figura 16. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função de ter quatro ou mais sintomas depressivos	120
Figura 17. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da memória.....	121
Figura 18. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da ausência de atividade física moderada ou intensa	122
Figura 19. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do número de atividades sociais	123
Figura 20. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do número de indivíduos considerados muito a extremamente próximos.....	124
Figura 21. Modelo de QdV dos cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos	139
Figura 22. QdV dos cuidadores conjugais, segundo Regimes de cuidado	153
Figura 23. Capacidades dos cuidadores conjugais	193
Figura 24. Modelo de satisfação das necessidades.....	225

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Prestadores de cuidados corresidenciais segundo o tipo de relação com o beneficiário de cuidados	105
Tabela 2. Prestador de apoio extrarresidencial segundo o tipo de relação com o beneficiário de apoio	108
Tabela 3. % de cuidadores corresidenciais no total da população com 50 e mais anos e no total de cada grupo etário, segundo o género e o país	110
Tabela 4. % de prestadores de apoio extrarresidencial no total da população com 50 e mais anos e no total de cada grupo etário, segundo o género e o país	111
Tabela 5. Prestadores de cuidado corresidencial por grupos de países	142
Tabela 6. Características dos tipos de cuidadores nos países do Sul da Europa	147
Tabela 7. Características dos tipos de cuidadores nos países do Centro da Europa.....	149
Tabela 8. Características dos tipos de cuidadores nos países do Leste da Europa.....	151
Tabela 9. Caracterização dos cuidadores conjugais segundo grupo de países	154
Tabela 10. Tarefas realizadas pelos cuidadores, segundo género do cuidador e período da semana	165
Tabela 11. Apoio informal recebido pelos cuidadores, segundo género do cuidador e período da semana	168
Tabela 12. Apoio formal recebido pelos cuidadores, segundo género dos cuidadores e período da semana	171

SIGLAS

- ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CD – Centro de Dia
CSI – Complemento Solidário para Idosos
EUA – Estados Unidos da América
EUROSTAT – Gabinete de Estatística da União Europeia
HRQOL – Health-Related Quality of Life
INE – Instituto Nacional de Estatística
ISCED-97 – International Standard Classification of Education-97
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
QdV – Qualidade de Vida
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RLM – Regressão Linear Múltipla
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
PIB – Produto Interno Bruto
UE – União Europeia

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, ocorrido nas últimas décadas, tem representado um complexo desafio, tanto para as políticas públicas, como para as famílias e para os próprios idosos. Se por um lado, parte da população idosa, mais precisamente o escalão dos 65 aos 74 anos, vive um maior número de anos de uma forma ativa e saudável, por outro lado a população muito idosa (75 e mais anos) lida frequentemente com a deterioração da sua saúde e com a dependência, não conseguindo cuidar de si própria e exigindo cuidados formais e informais (Beck-Gernsheim, 2002; Gaymu, 2008; Lafortune & Balestat, 2007).

Para fazer face a estas novas exigências de cuidados formais e informais, os Estados europeus, mesmo aqueles com forte tradição institucional, como é o caso da Holanda e da Suécia (Riedel & Markus, 2011; Rogero-García & Rosenberg, 2011; Stoltz, Uden, & Willman, 2004; Sundström & Johansson, 2005), têm defendido a implementação de políticas de *ageing in place*. A opção por este tipo de políticas é sustentada nas ideias de desinstitucionalização da velhice, cumprimento da vontade da pessoa dependente em permanecer na sua habitação, necessidade de contenção da despesa, melhor qualidade de cuidado e promoção da QdV do beneficiário de cuidados (Horrel, Breheny, & Stephens, 2014; Lopes, 2005; OCDE, 2005a). Contudo as circunstâncias que envolvem a promoção destas políticas contribuem para um aumento da responsabilidade da família no apoio aos idosos dependentes, através da transferência da prestação de cuidados diários para o domicílio (Given, Given, & Kozachik, 2001, p. 213), aumento da necessidade de cuidadores informais domiciliários (Pickard et al., 2000; Tarricone & Tsouros, 2008, pp. 3–6) e consequentemente o aumento da dependência dos beneficiários de cuidados relativamente às suas famílias (Papastavrou, Charalambous, Tsangari, & Karayiannis, 2012, p. 188; Soares & Fialho, 2011).

A par do aumento da responsabilização familiar pelos cuidados aos idosos dependentes, impelido pelas políticas de *ageing in place*, a transformação da família tradicional, as mudanças na normal biografia feminina (maior participação das mulheres no mundo laboral, maior autonomia e independência), assim como o aumento da emigração, a diminuição do número de filhos, aumento do divórcio, diminuição da coabitação intergeracional e promoção de uma cultura familiar mais individualista têm

contribuído para uma menor disponibilidade da família para a prestação de cuidados (Beck-Gernsheim, 2002, p. 80; Jacobs, De Koker, Lodewijckx, & Vanbrabant, 2006; Lundsgaard, 2006; Mentzakis, McNamee, & Ryan, 2009; Solé-Auró & Crimmins, 2012). Esta realidade contribui para que se verifique, simultaneamente, um aumento das necessidades de cuidado informal aos idosos e um decréscimo do número de pessoas que assumem a prestação de cuidados informais (Beck-Gernsheim, 2002; Lundsgaard, 2006).

Neste novo contexto, os indivíduos com 50 e mais anos têm vindo a assumir-se como importantes prestadores de suporte informal (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005; Haberkern, Schmid, Neuberger, & Grignon, 2012; Hosseinpoor, Bergen, & Chatterji, 2013), com as projeções a indicarem um forte aumento da participação destes indivíduos na prestação de suporte informal nos próximos anos (Hosseinpoor et al., 2013; NATSEM, 2004; Oudijk et al., 2011; Pickard & King, 2012). Fatores como a melhoria da saúde, aumento da esperança de vida, redução da dimensão da família, aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e ainda o facto dos indivíduos mais velhos terem maiores chances de terem alguém para prestar suporte contribuem para que os indivíduos com 50 e mais anos assumam, mais frequentemente, funções de suporte informal depois da reforma (Haberkern et al., 2012; Hank & Stuck, 2008; Andreas Hoff, 2007; Mentzakis et al., 2009; Rösler-Schidlack, Stummer, & Ostermann, 2011). Nestas idades as pessoas parecem ter maior disponibilidade para a prestação de suporte informal (ausência de trabalho pago e de responsabilidades familiares típicas da meia idade) e a realização deste tipo de atividades é cada vez mais aceite (Rösler-Schidlack et al., 2011). Assim, quanto mais saudável for o idoso, maior probabilidade tem de ser prestador de suporte informal e de assumir estas atividades por um longo período. Nesta perspetiva, vários autores defendem que a crescente necessidade de suporte informal poderá ser assegurada por indivíduos idosos, reformados, ativos e em boa saúde (Attias-Donfut, Ogg, & Wolff, 2008; Oudijk et al., 2011).

No que confere às atividades de suporte informal, a literatura evidencia a necessidade de diferenciar o tipo de suporte (cuidado e apoio) e o local de realização das atividades de suporte (no domicílio do cuidador ou fora do domicílio do cuidador). Segundo Glendinning et al. (2009) o cuidado, por oposição ao apoio, compreende a realização de um maior número de tarefas e tarefas mais desgastantes, tais como lavar, vestir e realizar a higiene pessoal, enquanto o apoio abarca a realização de tarefas mais

leves, tais como compras, preparação de refeições e tarefas domésticas. Quanto ao local de prestação de suporte informal, alguns estudos sublinham a existência de diferenças entre o suporte corresidencial e o suporte extrarresidencial (Barrow & Harrison, 2005; De Koker, 2009; Tennstedt, Crawford, & McKinlay, 1993). O suporte corresidencial é mais intensivo, implica maior número de horas de cuidados, tarefas mais exaustivas e é normalmente providenciado por indivíduos mais velhos e com maiores problemas de saúde (Alber & Kohler, 2004; De Koker, 2009; Glendinning et al., 2009; Tennstedt et al., 1993). Este tipo de suporte encontra-se ainda associado a beneficiários de cuidados mais débeis, nomeadamente ao nível funcional e cognitivo e a múltiplas desordens comportamentais (Friedman, Steinwachs, Temkin-Greener, & Mukamel, 2006). Neste sentido, os estudos concluem que o cuidado corresidencial encontra-se relacionado com a necessidade de cuidados formais mais especializados (físicos e médicos), onerosos e intensivos (cuidados pessoais) (Brandt, Haberkern, & Szydlik, 2009; De Koker, 2009; Glendinning et al., 2009; Igel, Brandt, Haberkern, & Szydlik, 2009). Quanto à prestação de suporte extrarresidencial, a literatura refere que este tipo de suporte se encontra associado à execução de tarefas menos complexas (Brandt et al., 2009; Igel et al., 2009) e é normalmente realizado por mulheres com 60 ou menos anos, indivíduos adultos casados e que não declaram ter filhos no agregado (Alber & Kohler, 2004; De Koker, 2009).

A características do suporte realizado em cada um dos locais parece também ter diferentes efeitos na saúde dos indivíduos. Barrow & Harrison (2005) compararam o grupo dos cuidadores corresidenciais com o grupo dos cuidadores extrarresidenciais e concluíram que os cuidadores corresidenciais tinham maiores chances de sofrer de morbilidade psiquiátrica, dores no corpo e obesidade, enquanto os cuidadores extrarresidenciais beneficiavam de boa saúde e tinham mais chances de serem fisicamente ativos. A prestação de cuidados corresidenciais parece ter um efeito negativo na saúde dos cuidadores e estar associada a maior risco de mortalidade prematura (Barrow & Harrison, 2005, p. 295; De Koker, 2009). Contrariamente, os cuidadores que providenciam cuidado extrarresidencial avaliam o seu estado de saúde como bom ou não são verificadas diferenças significativas, comparativamente com o grupo dos não cuidadores (Barrow & Harrison, 2005, p. 295; De Koker, 2009).

A literatura realça também a maior frequência do suporte corresidencial nos países do Sul da Europa, enquanto o apoio/cuidado extrarresidencial é mais evidente nos países do Norte da Europa. As altas taxas de corresidência existentes nos países do Sul e

quase inexistentes nos países do Norte poderão explicar em parte esta realidade (Glendinning et al., 2009; Isengard & Szydlik, 2012; Kalmijn & Saraceno, 2008; Litwin, 2009; Ogg & Renaut, 2006; Pommer, Woittiez, & Stevens, 2007; Rodrigues, Huber, & Lamura, 2012), na medida em que os familiares que corresidem com a pessoa dependente têm maior probabilidade de se tornarem cuidadores (Igel et al., 2009; Kalmijn & Saraceno, 2008). Todavia a corresidência não reflete apenas circunstâncias individuais e/ou familiares, reflete também incertezas e pressões económicas, políticas e sociais (Isengard & Szydlik, 2012; Sarasa & Mestres, 2007), problemas de saúde (maior necessidades de cuidados), condições de vida, reduzidos serviços de apoio ou a combinação desses fatores (Glendinning et al., 2009). Também a obrigação legal dos filhos cuidarem dos pais parece potenciar a forte participação familiar nas atividades de cuidado informal (Roger-García & Rosenberg, 2011). Neste sentido, as questões culturais, económicas, as reduzidas estruturas de apoio formal, a existência de Estados-providência pouco desenvolvidos e o défice de políticas de cuidados parecem potenciar a prestação de cuidado informal corresidencial nos países do Sul da Europa (Bolin, Lindgren, & Lundborg, 2008; Igel et al., 2009; Pommer et al., 2007; Portugal, 2008; Reimat, 2009; Sarasa & Mestres, 2005). Inversamente a elevada proporção de prestadores de apoio extrarresidencial em países com Regimes de Bem-estar mais desenvolvidos confirma que a existência de amplos serviços formais tendem a encorajar o apoio familiar, em vez do cuidado informal (Kääriäinen & Lehtonen, 2006; Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer, & Von Kondratowitz, 2005). Sobre estas diferenças Hank & Stuck (2008) evidenciam que as estruturas de oportunidade têm um forte impacto no suporte informal, com os Regimes de Bem-estar a atuarem como impulsionadores ou inibidores desse envolvimento.

Relativamente à relação entre prestação de suporte informal (cuidados corresidenciais e/ou cuidados/apoio extrarresidencial) e a QdV da população com 50 e mais anos, a literatura revela muitas fragilidades, lacunas e contradições. As medidas de QdV usualmente adotadas são reducionistas e grande parte carece de fundamentação teórica (Bowling, 1995; Dijkers, 2005; Gabriel & Bowling, 2004; Higgs, Hyde, Wiggins, & Blane, 2003). A maioria das medidas baseia-se essencialmente na saúde, mais concretamente na falta de saúde, e na psicologia subjetiva, através de indicadores tais como o bem-estar, felicidade e satisfação com a vida, não possuindo uma perspetiva multidimensional (Bowling, 2009; Fernández-Ballesteros, 2011; Higgs et al., 2003).

As medidas de QdV não acompanharam as mudanças (demográficas, da saúde, económicas e sociais) ocorridas nas últimas décadas, não valorizando a heterogeneidade e o crescente papel ativo e reflexivo dos idosos na sociedade. Perante esta fragilidade surge a necessidade de adotar uma medida de QdV específica para a terceira idade, com uma base teórica sólida e que vá para além das abordagens reducionistas e instrumentais que anulam a perspetiva subjetiva do indivíduo (Blane, Higgs, Hyde, & Wiggins, 2004; Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003; Kelley-Gillespie, 2009; Netuveli & Blane, 2008).

Na avaliação da QdV dos prestadores de suporte informal mais velhos verificam-se também algumas lacunas e contradições. A maior parte dos estudos não diferenciam o local de prestação de cuidados (Barrow & Harrison, 2005) e os resultados da relação entre a prestação de suporte informal e a QdV não são consensuais. Hubley, Hemingway, & Michalos (2003) e McMunn, Nazroo, Wahrendorf, Breeze, & Zaninotto (2009) constatam que prestar cuidados a alguém não tem relação com a QdV, enquanto Wahrendorf, Kenesebeck, & Siegrist (2008), na análise da associação entre produtividade social (voluntariado, apoio informal e cuidado informal) e QdV dos indivíduos com 50 e mais anos, concluem que esta associação era mais forte no caso do voluntariado, menos consistente no caso do apoio informal e ausente no caso do cuidado informal. Contudo Wahrendorf, Kenesebeck, & Siegrist (2008, p. 194) evidenciam que os indivíduos que iniciaram uma atividade de apoio informal entre duas vagas do SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) revelaram um aumento da QdV, da mesma forma que os indivíduos que deixaram de prestar cuidados informais registaram um aumento de QdV. Por outro lado Netuveli, Wiggins, Hilden, Montgomery, & Blane (2006), Rösler-Schidlack, Stummer, & Ostermann (2011), Ross, Lloyd, Weinhardt, & Cheshire (2008), Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham (2009), Wong, Lam, Chan, & Chan (2012) e Yang, Hao, George, & Wang (2012) concluíram que os cuidadores apresentavam piores níveis de QdV comparativamente com os não prestadores de cuidado. Inversamente Ekwall, Sivberg, & Hallberg (2005) constataram que os cuidadores com 75 e mais anos possuíam maior QdV comparativamente com os não prestadores de cuidados da mesma faixa etária.

Tendo em atenção o atual número de prestadores de suporte informal com 50 e mais anos e as recentes projeções de aumento do número de indivíduos deste grupo nos

próximos anos, torna-se relevante conhecer as características destes indivíduos e aprofundar e clarificar a relação entre prestação de cuidado corresidencial¹ e/ou prestação de apoio extrarresidencial² e a QdV da população com 50 e mais anos. A análise desta relação com medidas multidimensionais, teoricamente fundamentadas e adaptadas para a população mais velha assume uma extrema importância para a promoção da QdV dos indivíduos com 50 e mais anos e para a criação de políticas públicas que promovam a QdV dos prestadores de suporte informal.

Reconhecendo a existência de fragilidades, lacunas e contradições na investigação sobre as características dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos e da relação entre a prestação de suporte informal e a QdV, definimos, de acordo com o quadro teórico, três objetivos gerais e duas hipóteses de investigação.

Como objetivos gerais:

- i. A caracterização dos prestadores de cuidado corresidencial e prestadores de apoio extrarresidencial, comparativamente aos não prestadores de cuidado/apoio informal ao nível sociodemográfico, económico, saúde, número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos e atividades sociais em 16 países europeus;
- ii. A análise da relação entre a prestação de cuidado informal corresidencial e/ou apoio extrarresidencial e a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos em 16 países europeus;
- iii. A análise dos preditores de QdV dos cuidadores informais corresidenciais com 50 e mais anos.

Como hipóteses de investigação:

- i. Os prestadores de cuidado informal corresidencial e os prestadores de apoio informal extrarresidencial diferem significativamente dos não prestadores de cuidado/apoio informal ao nível das características sociodemográficas, económicas, de saúde, número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos e número de atividades sociais;
- ii. A prestação de cuidado informal corresidencial é um preditor de má QdV.

¹ Prestadores de cuidado corresidencial são os indivíduos que prestam cuidados pessoais, tais como lavar, levantar da cama ou vestir, a alguém dependente diariamente ou quase todos os dias.

² Prestadores de apoio extrarresidencial são os indivíduos que prestam apoio nos cuidados pessoais, tais como lavar, levantar da cama ou vestir, ou ajuda nas tarefas domésticas, a alguém dependente.

Organização da dissertação

A presente investigação encontra-se dividida em duas grandes partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico e metodológico, que se encontra dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo abordamos a “problemática” do envelhecimento demográfico, explorando os desafios que este lança ao nível social, económico, de saúde, dos cuidados e do aumento do número de prestadores de suporte informal com 50 e mais anos. No segundo capítulo centramo-nos na análise dos conceitos de Regimes de Bem-estar e Regimes de Cuidados analisando as suas diferentes dinâmicas na Europa. No terceiro e quarto capítulo explanamos o conceito de Qualidade de Vida e de Necessidades Humanas, enquanto no quinto capítulo apresentamos uma nova abordagem de QdV dos mais velhos, baseada na análise da Satisfação das Necessidades Humanas. Terminamos a primeira parte da tese com a apresentação, no sexto capítulo, da metodologia adotada nesta investigação. Na segunda parte integramos a componente empírica desta investigação, através de três capítulos. O capítulo sete refere-se ao estudo quantitativo (fase 1) e pretende, através da utilização de amostras representativas de 16 países europeus participantes na quarta vaga do SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), analisar os objetivos gerais da investigação. O capítulo oito refere-se ao estudo qualitativo (fase 2) e pretende clarificar os resultados encontrados na investigação quantitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas a cuidadores conjugais corresidentiais com 50 e mais anos. Por fim, no capítulo nove realizamos a discussão e integração dos resultados da análise quantitativa e qualitativa e a análise das principais conclusões, limitações e implicações dos resultados para as políticas públicas e investigações futuras.

Em suma, esta investigação pretende, através de uma revisão bibliográfica aprofundada e da utilização dos métodos mistos, contribuir para um maior conhecimento e compreensão das características, QdV e necessidades dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO

CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

“A demografia sozinha pode mudar o atual perfil dos cuidadores informais”.

(Hoffman & Rodrigues, 2010, p. 5)

1.1. DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

As últimas décadas foram marcadas por uma revolução demográfica sem precedentes na Europa. Os avanços nos serviços de saúde, a adoção de estilos de vida mais saudáveis, a melhoria das condições de vida e o maior nível de educação aumentaram significativamente a esperança de vida dos europeus (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011; Comissão Europeia, 2011; Costa-Font et al., 2008; Lafortune & Balestat, 2007; Marín & Casasnovas, 2001; OCDE, 2013, 2014). Na Europa dos 28, num período de 22 anos (1990-2012) a esperança média de vida aumentou 5.1 anos, passando de 74.1 anos para 79.2 anos (OCDE, 2014). Como resultado registou-se, ao longo dos últimos anos, um forte crescimento dos grupos etários mais velhos. Entre 2003 e 2014, na Europa dos 28, a população entre os 50 e os 64 anos aumentou de 17.7% para 19.9% (EUROSTAT, 2015d). Tendência semelhante foi registada no mesmo período para o grupo de indivíduos entre os 65 e os 79 anos, que aumentou de 12.5% para 13.4%, e para o grupo dos 80 e mais anos, que aumentou de 3.7% para 5.1% (EUROSTAT, 2015d).

Dados do EUROSTAT (2015f) revelam também que nos últimos anos se tem verificado uma descida da taxa de fecundidade, apesar da existência de uma grande variação entre países. Em 2014, Portugal, Espanha e Polónia possuíam as taxas de fecundidade mais baixas na Europa dos 28 (1.21; 1.27; e 1.29 respetivamente), enquanto países como França, Irlanda e Suécia apresentavam as taxas de fecundidade mais elevadas (1.99; 1.96; e 1,89 respetivamente), muito próximas ao nível de renovação das gerações (EUROSTAT, 2015f). A diminuição da taxa de fecundidade deu origem a uma “segunda transição demográfica”, marcada por uma tendência de adiamento do nascimento dos filhos, aumentando o risco de problemas de saúde para a mulher e para os filhos, uma redução do período dedicado à maternidade e uma diminuição do número de filhos (OCDE, 2007, p. 2). A diminuição da fecundidade veio contrastar com as tradicionais preocupações de fecundidade, que se focavam num

excesso populacional e numa preocupação sobre as suas implicações na natureza e nos recursos ambientais (Sleebos, 2003). Esta realidade, subestimada por muitos demógrafos, que pensavam que a diminuição da taxa de fecundidade seria temporária, conduziu a um atraso na criação de políticas de intervenção para o aumento da fecundidade, por parte dos governos (McDonald, 2007).

Estas tendências, ou seja a diminuição da população jovem e em idade ativa e o aumento da proporção de pessoas idosas na população total, têm conduzido a um acelerado envelhecimento demográfico e a um contínuo aumento do índice de dependência dos idosos (o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas entre os 15 e os 64 anos). Entre 2001 e 2014 o índice de dependência dos idosos na Europa dos 28 subiu de 23.5 para 28.1 (EUROSTAT, 2015c).

Portugal não se encontra alheio a estas realidades. As estatísticas nacionais evidenciam que em 5 anos (2007-2012) verificou-se uma diminuição da proporção de jovens (0-14 anos) de 15.6% para 14.8% e de pessoas em idade ativa (14-64 anos) de 66.7% para 65.8%, enquanto o número de idosos (65 e mais anos) aumentou de 17.7% para 19.4% (INE, 2013). Dados mais recentes revelam ainda que entre 2012 e 2014, a proporção de indivíduos com 65 e mais anos aumentou de 19.4% para 19.9% e que, no contexto da Europa dos 28, Portugal tem a quarta maior proporção de indivíduos com 65 e mais anos, depois da Grécia, Alemanha e Itália (20.5%, 20.8% e 21.4% respetivamente) (EUROSTAT, 2015e). Estas alterações resultaram num aumento do índice de envelhecimento de 114 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens entre 2007 e 2013 (Carrilho & Craveiro, 2015). Estes resultados estão de acordo com as projeções do INE (2009), que indicam que nos próximos cinquenta anos, Portugal continuará com dez milhões de residentes, mas com características bem distintas da população atual. Segundo o cenário central das projeções da população do INE, haverá uma diminuição da população com menos de 15 anos (de 15.3% em 2008 para 11.9% em 2060) e da população ativa entre os 15 e os 64 anos (62.7% em 2008 para 55.7% em 2060) e um forte aumento das pessoas com 65 e mais anos (17.4% em 2008 para 32.3% em 2060) e das pessoas com 80 ou mais anos (4.2% em 2008 para 12.7% a 15.8% em 2060) (INE, 2009).

O envelhecimento demográfico vivenciado em Portugal resulta principalmente de três fatores: baixa taxa de natalidade; fluxos migratórios; e aumento da esperança de vida (António, 2013, p. 85). No contexto europeu, Portugal apresenta a menor taxa de fecundidade, com as estatísticas internacionais (EUROSTAT, 2015f) a destacarem a

forte descida entre 1990 e 2013 de 1.56 para 1.21. Entre 2008 e 2012 verificou-se também uma diminuição do número de imigrantes e um forte aumento do número de emigrantes (INE, 2013), realidades que contribuem para uma diminuição da taxa de natalidade e para uma conseqüente diminuição da população ativa. Relativamente à esperança de vida dos portugueses, constatou-se que entre 1990 e 2012, os portugueses ganharam em média 6.5 anos de vida. A esperança de vida dos portugueses passou de 74.1 anos para 80.6 anos (83.6 para as mulheres e 77.3 para os homens) (INE, 2013; OCDE, 2014).

Mediante estas tendências, Portugal e a Europa têm vivenciado, ao longo dos últimos anos, um envelhecimento demográfico muito acelerado (OCDE, 2013). Como resultado, emergiram vários desafios ao nível social, económico, de saúde e dos cuidados (Ahtonen, 2011).

1.1.1. DESAFIOS AO NÍVEL SOCIAL E ECONÓMICO

Ao nível social e económico, a existência de taxas de fecundidade incapazes de assegurar a substituição das gerações tem efeitos económicos (menor número de pessoas em idade ativa o que leva a uma redução do PIB, diminuição do rendimento per capita, menos trabalhadores para apoiar os reformados e menor poupança interna) e conseqüências indiretas (aumento do número de pessoas que não têm ou têm poucos laços familiares, maior necessidade de cuidados informais e mudança nas relações intergeracionais, nomeadamente o número dos avós poderá exceder o número dos netos e a existência de mais crianças sem irmãos) capazes de causar grandes problemas para a sociedade (Sleeboos, 2003, p. 12). Mediante as projeções da diminuição da população economicamente ativa, fruto da diminuição da taxa de fecundidade, os dados OCDE (2013) apontam para que o envelhecimento demográfico poderá afetar o financiamento dos sistemas de proteção social e a mão-de-obra potencial para o crescimento económico.

Estatísticas recentes revelam que em 2012, nos países da OCDE, existiam quatro pessoas em idade ativa (15-64 anos) para cada pessoa com 65 e mais anos e que, em 2050, prevê-se uma drástica diminuição, com 2 pessoas em idade ativa para cada indivíduo com 65 e mais anos (OCDE, 2013, p. 170). Perante esta realidade, o envelhecimento demográfico parece ter um forte impacto nas gerações mais novas, que terão de suportar financeiramente e cuidar das gerações mais velhas e, simultaneamente,

nos Estados, através do aumento do encargo financeiro nas pensões, sistemas de saúde e cuidados de longa duração (Ahtonen, 2011).

O envelhecimento demográfico surge assim como uma das maiores provocações aos Regimes de Bem-estar, através do aumento dos gastos dos governos (pensões e serviços) e o aumento do índice de dependência, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde e cuidados de longa duração (Athenosy & Revenco, 2014). Para tentar minimizar esta realidade, ao longo dos últimos anos, os Estados têm adotado algumas medidas ao nível dos gastos com pensões e ao nível da saúde e cuidados de longa duração. Relativamente aos gastos com as pensões, os Estados têm promovido políticas que impulsionam o aumento da idade da reforma e têm limitado as reformas antecipadas, com o objetivo de prolongar a participação dos idosos no mundo do trabalho e reduzir as despesas com as pensões (Athenosy & Revenco, 2014). Ao nível da saúde e cuidados de longa duração, os Estados têm promovido a implementação de cuidados domiciliários “*ageing in place*”, que resultam numa transferência da responsabilidade dos cuidados diários dos pacientes para as suas famílias, aumentando a dependência dos beneficiários relativamente às suas famílias e as responsabilidades familiares e contribuindo para uma diminuição das despesas com os cuidados de saúde (Horrell, Stephens, & Breheny, 2014; Papastavrou et al., 2012; Soares & Fialho, 2011).

1.1.2. DESAFIOS AO NÍVEL DA SAÚDE

Ao nível da saúde, as mudanças verificadas nos últimos cinquenta anos despoletaram fortes transformações, com efeitos muito importantes para a organização da sociedade. A existência de uma forte heterogeneidade nos idosos remete-nos para a necessidade de analisar os envelhecimentos, como uma oportunidade para melhor compreender este fenómeno, e para abandonar ideias pré-definidas sobre o envelhecimento como sinónimo de doença. Segundo Victor (2006, p. 146) a saúde na terceira idade assume-se como um produto de uma complexa interação entre o nível individual, macro social, fatores ambientais e fatores relacionados com a organização da saúde e dos cuidados sociais. Esta realidade reflete a interação de vários fatores, tais como composição genética, comportamentos dos indivíduos, exposição a riscos ambientais e ocupacionais e a fatores sociais (género, classe e etnicidade) (Victor, 2006, p. 146), e ainda a processos sociais cumulativos e desvantagens que ocorrem ao longo da vida (Blane et al., 2004).

Alguns autores referem que o envelhecimento populacional tem implicações para a saúde e morbidade da população e que os problemas de saúde irão aumentar (mais doenças crónicas típicas da idade e multimorbidade) à medida que o número de idosos aumente (OCDE, 2005b; Schneider & Schwartz, 2007). No que confere à dependência na população idosa, dados da OCDE (2005b, p. 43) revelam que o aumento do número de indivíduos muito idosos pode levar a um aumento do número dos indivíduos com dependência severa, mesmo que de uma maneira geral a dependência esteja a declinar. Numa perspetiva inversa, vários autores (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009; Crimmins, 2004; OCDE, 2013, 2014; Schoeni, Freedman, & Martin, 2008) defendem que as pessoas vivem mais anos sem incapacidade severa e limitações funcionais e que a presença de um maior número de doenças crónicas é agora superada pela existência de diagnósticos precoces, de tratamentos melhorados, de tecnologias avançadas ao serviço da saúde, melhores condições de vida (melhores habitações e mais políticas sociais) e de trabalho e aumento da escolaridade. Nesta perspetiva, Timonen (2008, p. 61) realça que, apesar dos idosos serem o grupo populacional que mais utiliza os cuidados de saúde, não se tem verificado um aumento do tempo de utilização dos serviços, mas antes um adiamento da sua utilização, devido à alta qualidade dos serviços de saúde atualmente existentes. Sobre esta temática, a literatura atual revela ainda que os gastos com a saúde concentram-se principalmente nas idades mais avançadas, especialmente nos últimos anos de vida (Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone, & Higginson, 2013; Palm, 2013). Outros estudos mostram que a dependência na terceira idade está a diminuir e que, atualmente, ter uma doença é sinal de menos debilidade do que no passado (Batljan, Lagergren, & Thorslund, 2009; Christensen et al., 2009; Crimmins, 2004; Schoeni et al., 2008).

Relativamente à incapacidade na terceira idade, verificamos que esta é usualmente definida em termos das dificuldades nas tarefas básicas de cuidados pessoais ou atividades físicas da vida diária (tomar banho, vestir-se, ser continente (urinário), alimentar-se, transferir-se da cadeira para a cama) ou nas atividades mais instrumentais da vida diária (usar telefone, fazer compras, preparar as refeições, limpar a habitação, tratar das roupas, usar os transportes públicos, tomar a medicação e tratar de assuntos de finanças). Segundo Schoeni et al. (2008) a taxa de incapacidade na terceira idade diminuiu entre 1980 e 2000, devido principalmente aos avanços nos cuidados médicos (expansão dos procedimentos médicos e farmacológicos para as doenças cardiovasculares, aumento das cirurgias oftalmológicas, aumento dos tratamentos e

medicamentos para as doenças reumatológicas e de artrite) e a mudanças nos fatores socioeconómicos (maior nível de escolaridade, declínio da pobreza e da viuvez). Para Wolf, Hunt & Knickman (2005) os avanços na tecnologia assistida (recursos e serviços que contribuem para aumentar as habilidades funcionais dos indivíduos com deficiência), as mudanças nas políticas sociais, mudanças na percepção de incapacidade podem ter contribuído para uma diminuição da incapacidade. Sobre esta temática Rechel et al. (2009) alertam para o facto de as tendências de saúde nos idosos serem complexas e que em alguns países existe mesmo uma diminuição da incapacidade severa, em relação ao passado, mas que na maior parte dos países verifica-se um aumento leve da dependência e da deficiência.

Em relação à expectativa de anos de vida saudáveis depois dos 65 anos, os países europeus possuem ainda um quadro bastante desigual. As estatísticas revelam que, na Europa dos 28, em 2013 as mulheres possuíam uma expectativa de anos de vida saudáveis depois dos 65 anos de 8.6 anos e os homens de 8.5 anos (EUROSTAT, 2015b). Neste quadro, os países nórdicos (Noruega, Suécia e Dinamarca) e Malta apresentam o maior número de anos de vida saudáveis, depois dos 65 anos, tanto para as mulheres (14.8; 13.8; 12.7; e 12.7 respetivamente), como para os homens (15; 12.9; 11.6; e 12.8 respetivamente) (EUROSTAT, 2015b). Inversamente países como a Estónia, Croácia e Roménia possuem o menor número de anos de vida saudáveis depois dos 65 anos tanto para as mulheres (5.7; 5.9; e 5.2 respetivamente) como para os homens (5.1; 5.5; e 5.8 respetivamente) (EUROSTAT, 2015b).

O aumento da longevidade e o aumento do número de idosos com 80 e mais anos provocaram ainda um aumento da incidência de demência. Vários autores (Comissão Europeia, 2005; Murphy, O'Shea, Cooney, Casey, & People, 2007; Nunes, 2005; OCDE, 2013, 2014; Pittela, 2006; Ritchie & Kildea, 1995; Sequeira, 2010) defendem que a incidência e a prevalência de demência tendem a aumentar com a idade, principalmente após os 65 anos e que fatores como o género (feminino), a baixa escolaridade e maior idade são considerados fatores de risco para o aparecimento de demência. Também os fatores biológicos (ex. genes e sexo), individuais (ex. experiências individuais), familiares e sociais (ex. suporte social), económicos e ambientais (ex. status económico e condições de vida) parecem influenciar a condição mental das pessoas. Dados OCDE (2013, p. 176) referem que, em 2012, cerca de 35.5 milhões de pessoas no mundo sofriam de demência e prevê-se que em 2030 sejam 65.7 milhões e em 2050 sejam 115.4 milhões.

O aumento do número de anos de vida dos indivíduos está cada vez mais associado à necessidade de elaboração de novas políticas que promovam a saúde, o bem-estar e a QdV dos mais velhos, permitindo que estes participem socialmente e economicamente o mais tempo possível e que vivam de uma maneira autónoma, evitando custos sociais e económicos para os Estados, famílias e sociedade em geral.

1.1.3. DESAFIOS AO NÍVEL DOS CUIDADOS

Ao nível dos cuidados, o envelhecimento demográfico e o aumento do número de pessoas muito idosas (com 80 anos ou mais) irão aumentar as necessidades de cuidados de longo prazo (Callegaro & Pasini, 2008; Gaymu, 2008; OCDE, 2013; Oudijk, Woittiez, & de Boer, 2011; Pickard, 2008; Van Houtven & Norton, 2004). Segundo Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel (2009) parece existir um consenso de que os indivíduos com menos de 85 anos são capazes de gerir as suas atividades diárias por mais tempo do que os seus antecessores, contudo para as pessoas com 85 e mais anos a situação é menos clara e consensual. Tendo em consideração que o risco de dependência física e mental aumenta com a idade, vários autores evidenciam que o forte aumento deste grupo populacional irá contribuir para um aumento da necessidade de cuidados de longa duração (Colombo et al., 2011; Costa-Font et al., 2008; EUROSTAT, 2012; Gaymu, Ekamper, & Beets, 2007; Lafortune & Balestat, 2007; OCDE, 2013; Sarasa & Mestres, 2005). Reconhecendo que os cuidados de longo prazo constituem uma parte significativa das despesas sociais e de saúde e uma questão chave para as sociedades desenvolvidas (Costa-Font et al., 2008), o crescimento da necessidade de cuidados constitui um enorme desafio para as famílias e políticas públicas dos países, que terão de cuidar de mais idosos, durante um maior número de anos (Soares & Fialho, 2011). A par desta realidade, a recente crise económica e a conseqüente necessidade de redução dos gastos pelos Estados de Bem-estar têm responsabilizado a família pela prestação de cuidados informais, enquanto os recursos formais têm vindo a diminuir (Brandt, 2013). Como resultado, verificou-se ao longo das últimas décadas um aumento da preocupação com as necessidades atuais e futuras de suporte informal e formal à população idosa (Glaser, Tomassini, & Grundy, 2004; Lafortune & Balestat, 2007; OCDE, 2013).

Relativamente ao suporte informal, vários autores (Alber & Kohler, 2004; Hoffman & Rodrigues, 2010; OMS, 2005; Palm, 2013; Pickard & King, 2012; Schmid, Brandt, & Haberkern, 2012; Soares & Fialho, 2011; Solé-Auró & Crimmins, 2012; Van Houtven

& Norton, 2004) evidenciam a existência de mudanças capazes de comprometer a capacidade de prestação deste tipo de suporte informal. A diminuição da taxa de fecundidade vivenciada ao longo dos últimos anos é apontada como uma das potenciais ameaças para a continuação da prestação de cuidados informais, dada a diminuição do número de filhos disponíveis para a prestação de cuidados (Hoffman & Rodrigues, 2010; Sleebos, 2003). Outra importante mudança referida pela literatura é o aumento do número de divórcios, realidade que contribui para uma diminuição da proximidade física dos elementos da família e para uma conseqüentemente diminuição do potencial de suporte informal (Soares & Fialho, 2011; Van Houtven & Norton, 2004). Também a diminuição da coresidência, principalmente nos países do Sul da Europa, surge como uma ameaça para a continuação da prestação de cuidados informais, na medida em que os familiares que coresidem com a pessoa dependente possuem maiores probabilidades de se tornarem cuidadores (Igel et al., 2009; Kalmijn & Saraceno, 2008). De igual modo a menor disponibilidade por parte das filhas, devido à participação no mercado de trabalho e à criação dos filhos, constitui uma mudança muito importante na dinâmica do suporte informal (Van Houtven & Norton, 2004). Paralelamente, as políticas adotadas pela UE, ao longo dos últimos anos, nomeadamente através da Estratégia de Lisboa, com o objetivo de promover um crescimento económico sustentável, acabaram por comprometer o potencial de apoio dos familiares (Hoffman & Rodrigues, 2010). Medidas como o adiamento da idade da reforma e a promoção do emprego feminino nas idades mais avançadas (45-64 anos) têm contribuído para aumentar a fragilidade ao nível da prestação de suporte informal (Hoffman & Rodrigues, 2010; Soares & Fialho, 2011).

Tendo em atenção que o número de idosos e muitos idosos saudáveis e com dependências continuará a aumentar nas próximas décadas (Muszynska & Rau, 2012), nos próximos 30 anos o aumento da procura de cuidados é provável que exceda a provisão de cuidado informal (Pickard & King, 2012). Segundo Hoffmann & Rodrigues (2010) o coeficiente de apoio projetado (a proporção de mulheres entre os 45 e os 64 anos para as pessoas com 80 ou mais anos) diminuiu nos últimos 15 anos para muitos países da Europa ocidental, realidade que se deverá estender aos países do Leste europeu. Também o maior número de anos de vida vividos de uma maneira saudável e o aumento da idade da reforma irão contribuir para que os cuidadores habituais (filhos e cônjuges) comecem a assumir a prestação de cuidados em idades cada vez mais avançadas (Alber & Kohler, 2004; Ekwall et al., 2005; Soares & Fialho, 2011, p. 73).

Nesta perspetiva, Lundsgaard (2006) adverte que o papel dos filhos e dos netos na prestação de cuidados pode diminuir, enquanto o papel dos esposos e de outros cuidadores idosos pode aumentar. Segundo Gaymu (2008) a presença de cônjuges no grupo etário dos 85 e mais anos aumentará de 9%, em 2000, para 22%, em 2030, o que conduzirá a um aumento do cuidado conjugal. Neste sentido, o cuidado conjugal irá ser mais comum nas idades mais avançadas, ao contrário do cuidado prestado aos pais e netos, que tenderá a diminuir com o avançar da idade dos indivíduos (Johnson & Schaner, 2005).

Estas alterações exigem a criação de novas formas de cuidado e maior suporte para os cuidadores informais, na medida em que, normalmente, os grupos dos cuidadores conjugais e cuidadores idosos possuem maiores problemas de saúde (Glendinning et al., 2009; Lundsgaard, 2006). Na prestação de cuidados em idades mais avançadas (75 e mais anos), vários estudos (Colombo et al., 2011; Gonçalves, Costa, Martins, Nassar, & Zunino, 2011; Pimenta, Costa, Gonçalves, & Alvarez, 2009) destacam ainda o aumento da participação masculina. Num estudo realizado no Porto, sobre cuidadores de idosos fragilizados no domicílio, Pimenta, Costa, Gonçalves, & Alvarez (2009) concluíram que 17% dos cuidadores eram do sexo masculino. Quatro anos mais tarde um estudo semelhante (Gonçalves et al., 2011), também realizado no Porto, alerta para a crescente importância dos cuidadores masculinos, referindo que o número de cuidadores masculinos quase que duplicou em quatro anos, passando de 17% para 27,1%. Os homens assumem mais frequentemente a prestação de cuidados nas idades avançadas, prestando cuidados principalmente às esposas, resultado do aumento da esperança de vida masculina e ainda da falta de apoio dos filhos (Del Bono, Sala, & Hancock, 2009; Hoffman & Rodrigues, 2010). De acordo com dados recentes (OCDE, 2014), ao longo das últimas décadas, tem-se registado uma diminuição da diferença de esperança de vida entre géneros. Entre 1990 e 2012 a diferença diminuiu de 7,1 anos para 6,1 anos, com as projeções a apontarem para uma contínua diminuição nas próximas décadas (OCDE, 2014). Segundo as projeções da população (Comissão Europeia, 2012, p. 48) em 2060 espera-se que, na Europa, a esperança de vida à nascença seja de 87,4 anos para os homens e 90,6 anos para as mulheres, existindo apenas uma diferença de 3,2 anos entre géneros.

Também o aumento do número de idosos que vivem sós (Hoffman & Rodrigues, 2010; INE, 2013) representa outro novo desafio para a sociedade, especialmente para as políticas de *ageing in place*, que se sustentam no apoio do suporte informal. Esta nova

realidade pode sugerir um aumento na procura dos serviços formais no futuro (Hoffman & Rodrigues, 2010) e por outro lado um aumento de outro tipo de prestadores de suporte informal, tais como vizinhos e amigos (Kalwij, Pasini, & Wu, 2014), como importantes provedores de suporte aos indivíduos que vivem sós.

Apesar destas alterações, dados recentes revelam que, na Europa, a família continua a assumir-se como a “espinha dorsal” dos sistemas de cuidados de longa duração, apesar da existência de uma grande variação do cuidado familiar e cuidado formal entre os países (Hoffman & Rodrigues, 2010; OCDE, 2013, p. 180; Sigurdardottir, Sundstrom, Malmberg, & Bravell, 2012). Segundo Lyberaki, Tinios, Mimis & Georgiadis (2013) as redes de apoio informal cumprem um importante papel na prestação de cuidados aos idosos nos países do Sul da Europa, enquanto o cuidado formal é mais frequente nos países do Norte da Europa. Hoffmann & Rodrigues (2010) e Glaser et al. (2004) discordam da “simples” divisão Norte-Sul ou da existência de uma família “fraca” nos países do Norte e Centro e da existência de uma família “forte” nos países do Sul. Para estes autores (Glaser et al., 2004; Hoffman & Rodrigues, 2010) as diferenças entre países são muito mais complexas do que uma simples divisão de países segundo região. Para clarificar esta realidade vários autores defendem que estas disparidades resultam de diferenças ao nível:

- Dos índices de coresidência entre pais e filhos (maiores nos países do Sul, devido a estruturas de oportunidade, nomeadamente devido às dificuldades no mercado de trabalho e de habitação e ao facto de nestes países ser uma obrigação legal cuidar dos pais) (Daatland, 2001; Kohli, Kunemund, & Ludicke, 2005);
- Das proximidades geográficas entre pais e filhos (maiores nos países do Sul da Europa, aumentando o potencial e a intensidade da ajuda, normalmente mais associado ao cuidado pessoal) (Ogg & Renaut, 2006; Stuifbergen, Van Delden, & Dykstra, 2008);
- Das estruturas de apoio formal (existência de um maior número de estruturas de apoio formal nos países do Norte e Centro da Europa, o que permite a manutenção do idoso dependente na habitação e um maior liberdade para os filhos que passam a prestar um apoio menos instrumental) (Brandt et al., 2009; Daatland, 2001; Glaser et al., 2004);

- Das taxas de participação da mulher no mercado de trabalho (existência de uma sobrecarga das mulheres nos países do Sul da Europa, especialmente em Portugal onde se a taxa de emprego feminina se aproxima da taxa de emprego feminina dos países do Norte e Centro da Europa, colocando desafios ao sistema de proteção social, devido à falta de apoios formais e contrastando com uma maior flexibilização e maior número de estruturas de apoio existentes nos países do Norte e Centro da Europa) (Esping-Andersen, 2008; EUROSTAT, 2012; Portugal, 2008);
- E de padrões culturais de lealdades familiares, alianças e autoridade (Glaser et al., 2004; Kohli et al., 2005).

Relativamente ao suporte formal, constata-se uma crescente política de manutenção das pessoas idosas no seu domicílio o mais tempo possível “*ageing in place*” (OCDE, 2005b; Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies, & Darton, 2000; Soares & Fialho, 2011; Tarricone & Tsouros, 2008). Segundo Tarricone & Tsouros (2008, pp. 3–6), o aumento da necessidade de cuidados domiciliários resulta de mudanças sociais, nomeadamente ao nível da diminuição das unidades familiares; aumento da participação da mulher no mercado de trabalho; mobilidade entre países; mudanças na epidemiologia (aumento das doenças não transmissíveis ex.: doença mental cada vez mais reconhecida e tratada; maior prevalência de doenças mentais tais como a demência e Alzheimer; mais pessoas que vivem com as consequências da diabetes, ataques cardíacos, doenças respiratórias, AVC, cancro...); inovação ao nível da ciência e tecnologia (avanços na medicina e na tecnologia médica e não médica); mudança nas atitudes e expectativas (aumento das expectativas do consumidor e da voz do cidadão, aumento do atendimento individualizado e ênfase nas soluções e serviços baseados na comunidade); e escolhas e prioridades políticas (desinstitucionalização e soluções baseadas na comunidade e restrições à despesa pública).

O cuidado domiciliar, baseado no cuidado informal e formal e num conjunto de inovações tecnológicas e médicas, permite a manutenção do idoso em contexto domiciliar, beneficiando o indivíduo e as suas escolhas e não comprometendo a saúde e bem-estar do beneficiário de cuidados. Neste sentido, a opção pelo cuidado domiciliar ganha uma nova importância na sociedade, mas também cria importantes e complexos desafios. Segundo Lundsgaard (2006), para alcançar o objetivo do *ageing in place*, é necessário um complexo conjunto de serviços de saúde, reabilitação, cuidados de longa duração e serviços sociais, assim como um suporte adequado ao cuidador informal. A

adoção de políticas de “*Ageing in place*” pode resultar em menos custos para os serviços de saúde, mais emprego e mais receitas públicas se os estados proporcionarem condições para um alívio das famílias e encorajarem as mulheres a terem um emprego pago (Sarasa & Mestres, 2005, p. 6). Se tal não acontecer os Estados poderão estar por um lado a diminuir as despesas de saúde e por outro a agravar a saúde dos cuidadores e aumentar a despesa com a saúde dos cuidadores (Sarasa & Mestres, 2005).

Podemos assim concluir que na Europa, ao nível dos cuidados, existem muitas desigualdades, resultado de diferenças culturais, económicas, políticas, sociais e de disparidades ao nível das estruturas formais. Apesar da existência destas diferenças, a literatura recente aponta para a existência de uma convergência ao nível das políticas de cuidados com alguns países do Norte e Centro da Europa a demonstrar sinais de uma crescente responsabilização familiar nos cuidados informais. A comprovar esta realidade, estudos recentes revelam que os governos da Holanda (Oudijk et al., 2011), Suécia (Stoltz et al., 2004) e Inglaterra (Nolan, Ingram, & Watson, 2002; Wittenberg et al., 2008) têm tentado diminuir as responsabilidades do estado no apoio aos idosos dependentes, através de uma redução dos cuidados formais e da despesa pública referente ao cuidado formal e de um aumento na responsabilização dos familiares nos cuidados informais.

1.2. PRESTADORES DE SUPORTE INFORMAL COM 50 E MAIS ANOS

“...academics and policy-makers have not shown a great interest in studying the conditions of older men and women as carers, although the provision of care in this age group represents a very significant social and economic phenomenon.”

(Del Bono et al., 2009, p. 272)

Estudos recentes comprovam que os idosos prestam mais suporte informal do que recebem (Ogg & Renaut, 2013) e que os mesmos representam um importante recurso para a sustentabilidade fiscal dos serviços de saúde e cuidados de longa duração (Del Bono et al., 2009; Ekwall et al., 2005; Haberkern, Schmid, Neuberger, & Grignon, 2012; Hosseinpoor, Bergen, & Chatterji, 2013; Lundsgaard, 2006; Oudijk et al., 2011; Pickard & King, 2012). Reconhecendo que a necessidade de suporte informal para os idosos irá continuar a aumentar nas próximas décadas (Callegaro & Pasini, 2008; Gaymu, 2008; Lundsgaard, 2006; Pickard, 2008; Sarasa & Mestres, 2005; Van Houtven

& Norton, 2004) e que se verifica uma menor disponibilidade para a prestação de suporte informal dos cuidadores informais habituais (Beck-Gernsheim, 2002, p. 80; Lundsgaard, 2006; Mentzakis et al., 2009; Solé-Auró & Crimmins, 2012), no futuro, cada vez mais idosos serão chamados a exercer a atividade de suporte informal (Ekwall et al., 2005; Hosseinpour et al., 2013; Oudijk et al., 2011; Pickard & King, 2012). Perante esta realidade, torna-se importante analisar as condições de atuação dos prestadores de suporte informal mais velhos.

Nas últimas décadas temos assistido a uma mudança do perfil do cuidador informal, principalmente ao nível idade dos cuidadores. Oudijk et al. (2010, p. 7) evidenciaram que na Holanda, entre 2001 e 2008, registou-se um forte aumento dos cuidadores informais com 55 e mais anos, enquanto no mesmo período verificou-se uma redução dos cuidadores entre os 18 e os 54 anos. Os mesmos resultados foram encontrados por Pinquart & Sörensen (2007) e Glendinning et al. (2009) que concluíram que a maior parte dos cuidadores encontrava-se na meia-idade ou nas idades mais avançadas. Em Portugal, um estudo, efetuado por Rebelo (1996) a prestadores de cuidados informais de idosos com mais de 80 anos, na Freguesia de Moreira da Maia, revelou que cerca de 20% dos prestadores de cuidados eram idosos. Mais tarde, em 2011, Gonçalves, Costa, Martins, Nassar & Zunino, num estudo sobre a dinâmica de família de idosos de 80 e mais anos, cuidados por seus familiares em âmbito domiciliar, na região do grande Porto (utentes registados na Unidade de Saúde Familiar da grande região do Porto), constataram importantes mudanças relativamente ao que está registado na literatura. Com os cuidadores masculinos e os cuidadores conjugais idosos a assumirem uma maior importância na prestação de cuidados informais (Gonçalves et al., 2011, p. 7). Mais recentemente, também Soares & Fialho (2011) e Aboim, Vasconcelos & Wall (2013) alertaram para a crescente importância do grupo dos prestadores de suporte informal idosos em Portugal.

Na análise ao suporte informal realizado depois dos 50 anos, a literatura alerta para a existência de algumas especificidades. De acordo com Breeze & Stafford (2010), o grupo de cuidadores entre os 50 e os 64 anos tem maior probabilidade de cuidar dos pais/sogros, comparativamente com o grupo dos 65 e mais anos e que os indivíduos com fragilidade física têm menores probabilidades de cuidarem dos pais e maiores probabilidades de cuidar dos seus parceiros. As mesmas autoras (Breeze & Stafford, 2010) concluíram ainda que os cuidadores com 75 e mais anos providenciam um maior número de horas semanais de cuidados, comparativamente com os cuidadores de 50-64

anos (cerca de mais 41 horas semanais a mais), e que quem cuida do seu cônjuge/parceiro cuida mais horas semanais (107 horas), comparativamente com quem cuida dos filhos (93.5 horas) e dos pais/sogros (33 horas). O mesmo estudo revelou ainda que homens e mulheres com 50 e mais anos despendem o mesmo número de horas nos cuidados informais e que os homens com 65 e mais anos possuem maiores probabilidades de cuidar das esposas/parceiras, enquanto as mulheres cuidam mais dos pais/sogros, netos e outros (Breeze & Stafford, 2010).

Utilizando os dados do SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), Hank & Stuck (2008, p. 1289) concluíram ainda que a participação na prestação de suporte informal depois dos 50 anos varia entre regiões europeias. Na análise à população com 50 e mais anos, de 11 países Europeus, os autores evidenciaram que os idosos mais ativos eram os escandinavos, belgas e holandeses e os menos ativos os idosos da Espanha, Itália e Grécia (Hank & Stuck, 2008). Como explicação para esta realidade, os autores alertaram para o facto de as estruturas de oportunidade terem um forte impacto no envolvimento nas atividades produtivas, ou seja os Regimes de Bem-estar atuam como impulsionadores ou inibidores desse envolvimento (Hank & Stuck, 2008). Nesta análise os estudos advertem ainda que os prestadores de suporte com 50 e mais anos tendem a realizar diferentes tipos de suporte, de acordo com os países em que vivem. Nos países do Sul da Europa o suporte informal prestado por indivíduos com 50 e mais anos é maioritariamente corresidencial (Glendinning et al., 2009; Isengard & Szydlik, 2012; Kalmijn & Saraceno, 2008; Litwin, 2009; Ogg & Renaut, 2006; Pommer et al., 2007; Rodrigues et al., 2012), enquanto nos países do Norte e Centro da Europa este suporte é sobretudo extrarresidencial (Hank, 2011; Ogg & Renaut, 2006; Rodrigues et al., 2012). Na análise às tarefas de suporte, Colombo et al. (2011, p. 86) concluem que cerca de um em cada três adultos com idade superior a 50 anos prestam apoio informal mais direcionado para as atividades básicas de vida diária nos países do Sul da Europa e apoio mais direcionado para as atividades instrumentais de vida diária nos países do Norte da Europa.

O aumento da esperança média de vida e a melhoria na saúde aumentaram o número de indivíduos reformados saudáveis capazes de exercer um papel ativo na sociedade (Bonsang, Adam, & Perelman, 2012; Dave, Rashad, & Spasogovic, 2008; Lundsgaard, 2006). Face a esta realidade, vários autores (Attias-Donfut et al., 2008; Herrera et al., 2013; Johnson & Schaner, 2005; Rösler-Schidlack et al., 2011) defendem que a

necessidade de suporte informal pode ser atendida por idosos reformados, ativos e com boa saúde.

A participação em atividades produtivas como a prestação de suporte informal é mais provável depois da idade da reforma, em idades em que as pessoas não estão tão envolvidas em atividades, tais como o trabalho pago e a educação dos filhos (McMunn et al., 2009; Rösler-Schidlack et al., 2011). Assim, os idosos europeus que atualmente estão a entrar na reforma ou já se encontram reformados, desempenham uma variedade de atividades produtivas dirigidas para os seus familiares e rede social, podendo ainda continuar a exercer um papel de profissional a tempo inteiro ou em part-time ou até mesmo sendo voluntário (Attias-Donfut et al., 2008; Hank & Stuck, 2008). Para alguns idosos a reforma passou a ser apenas uma ausência de patrão e de horários, na medida em que os mesmos continuam a trabalhar para o bom funcionamento da sociedade e família. Nesta perspetiva a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 10) refere que “(...) a maioria das pessoas mais velhas em todos os países continua a representar um recurso vital para as famílias e comunidades.”

Atualmente os idosos são chamados a prestar suporte informal às gerações ascendentes (pais), aos indivíduos da mesma geração (cônjuges, amigos, vizinhos e irmãos) e às gerações descendentes (filhos e netos). Os grandes progressos na área da saúde parecem ter criado super-idosos capazes de continuar a ajudar aqueles que necessitam de apoio. Contudo o não reconhecimento por parte de muitos Estados Europeus (políticas sociais e de saúde) do papel do cuidador informal, aliado às novas estruturas familiares e valores inerentes (individualização e a realização pessoal dos indivíduos) geraram um desafio, relativamente aos cuidados informais, difícil de ultrapassar pelos cuidadores informais, principalmente pelos cuidadores informais idosos, que muitas vezes vivenciam eles próprios muitas vulnerabilidades. Prestar suporte informal na terceira idade constitui hoje um grande desafio, na medida em que os idosos tendem a ter mais problemas de saúde (Crimmins, 2004; Herrera et al., 2013; Palm, 2013; Rösler-Schidlack et al., 2011) e a despenderem mais tempo nas tarefas de cuidados (Dahlberg, Demack, & Bambra, 2007; Herrera et al., 2013), comparativamente com os cuidadores mais novos.

Para Haberkern et al. (2012, p. 190), os idosos são atualmente um grupo heterogéneo em relação à sua saúde e atividade, havendo a necessidade de dividir os idosos em dois grupos. O grupo dos idosos com 65-74 anos são normalmente fisicamente independentes e saudáveis, enquanto o grupo dos idosos com 75 anos e

mais anos possuem maiores chances de vivenciarem pior saúde e serem mais dependentes (Haber Kern et al., 2012). Neste sentido, alguns estudos alertam para o facto de apenas os idosos mais novos terem capacidades para responderem à crescente necessidade de suporte informal (Hosseinpoor et al., 2013; OCDE, 2013). Na perspectiva de Rösler-Schidlack et al. (2011, p. 275) só os idosos saudáveis conseguem lidar com as exigências do papel de cuidador, enquanto os idosos que possuem uma saúde fragilizada não se tornarão cuidadores. Esta ideia é corroborada por Johnson & Schaner (2005) e Herrera et al. (2013) que constataram que a prestação de cuidados era realizada por indivíduos com saúde excelente ou muito boa saúde. Também Herrera et al. (2013), na sua análise aos riscos e fatores de proteção associados ao cuidado informal, realizado por cuidadores idosos com 70 ou mais anos, concluíram que os cuidadores informais idosos, comparativamente com os idosos não cuidadores, tinham uma função física e cognitiva melhor, contudo os cuidadores estavam mais expostos a riscos de sintomas depressivos e declínio cognitivo associado à tarefa de cuidar. Logo, quanto mais saudável for o idoso, maior probabilidade tem de se tornar cuidador e de assumir o cuidado por um longo período ao idoso dependente (McCann, Hebert, Bienias, Morris, & Evans, 2004).

Outros estudos evidenciam uma realidade diferente. Segundo Sigurðardóttir & Bravell (2013) muitos dos cuidadores idosos providenciam cuidados, mesmo quando eles próprios necessitam de apoio. Nesta perspectiva, vários autores (De Koker, 2009; Glendinning et al., 2009; Mentzakis et al., 2009; Navaie-Waliser et al., 2002) chamam a atenção para o facto dos cuidadores idosos possuírem fracas condições de saúde. Rösler-Schidlack et al. (2011) e Palm (2013) ressaltam ainda que os beneficiários de cuidados são maioritariamente idosos e muitas vezes são os próprios parceiros. Cientes desta realidade, Dahlberg, Demack & Bambra (2007) reconhecem que os cuidadores idosos necessitam de mais apoio, na medida em que são mais frágeis a nível físico, social e intelectual. Na mesma linha de pensamento, Collins & Swartz (2011) evidenciam que, comparativamente com o passado, os recetores de cuidados são mais idosos e mais dependentes, exigindo por isso novas intervenções dos cuidadores informais.

Reconhecendo que os estudos apontam (Glendinning et al., 2009; Hirst, 2001; Hoffman & Rodrigues, 2010; Jani-Le Bris, 1994) para que no futuro a maior parte dos cuidadores serão idosos (65 e mais anos), irão providenciar cuidados intensivos (mais de 35 horas por semana), cuidarão principalmente do seu cônjuge no mesmo domicílio

(cuidado corresidencial) e que existirá um maior equilíbrio de género na atividade do cuidado informal, novas medidas terão que ser adotadas para suportar estes cuidadores. Neste sentido, os prestadores de suporte informal irão necessitar de maior proteção e orientação, tanto dos seus familiares, como das equipas de cuidados formais na gestão das tarefas e exigências físicas e mentais da prestação de cuidados (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008). Nas idades mais avançadas, a realização de tarefas de suporte informal poderá exigir um complemento de mais apoios ou serviços, mais concretamente de mais apoios formais e informais. Se tal não se verificar, os cuidadores familiares idosos correrão sérios riscos de agravar a sua saúde, levando à perda da sua autonomia, aumentando dependência na terceira idade e conseqüentemente aumentando a necessidade de criação de mais serviços de saúde na terceira idade (Herrera et al., 2013).

Como resultado do aumento do número de prestadores de suporte informal idosos, surge um novo tipo de cuidador, ainda pouco analisado, mas que se caracteriza pela total disponibilidade e permanência (Ekwall et al., 2005) e por um grande comprometimento com a ajuda ao outro (Burr, Choi, Mutchler, & Caro, 2005, p. S255). Esta realidade pode reforçar a ideia de que a terceira idade é um período ideal para a prestação de suporte informal e que o conceito de cuidar se tornará um conceito de vida cada vez mais aceite nas idades mais avançadas (Rösler-Schidlack et al., 2011). Esta aceitação terá que ser acompanhada por um conjunto de mudanças ao nível das políticas públicas e de uma maior consciencialização da sociedade perante estes “novos” protagonistas sociais.

CAPÍTULO II – ESTADOS DE BEM-ESTAR

2.1. REGIMES DE BEM-ESTAR

“Throughout Europe, the family is still an important provider of care, but welfare state policies of individual countries may support and/or supplement the family in different ways, generating different social and economic outcomes.”

(Bettio & Plantenga, 2004, p. 85)

Anteriormente à existência do Estado de Bem-Estar, a família era a única responsável pelo apoio aos seus familiares e idosos (Daatland & Herlofson, 2003; Reher, 1998). Porém com o desenvolvimento do modelo capitalista e com a Revolução Industrial começou a surgir a necessidade de desenvolver modos de produção de bem-estar, que garantissem a provisão e a regulamentação de direitos sociais, assim como a promoção do bem-estar da população.

As reformas realizadas por Bismark, em 1880, na Alemanha, abriram novas perspectivas na política social, através da criação de três seguros obrigatórios: Seguro de Saúde (em 1883); Seguro de Acidentes (em 1884); e o Seguro de Velhice e Invalidez (em 1889). A criação destes seguros esteve associada à necessidade de cobrir alguns riscos associados ao trabalho, à própria sobrevivência e à diminuição do potencial revolucionário dos trabalhadores. Apesar destes objetivos, este modelo de seguros era bastante desigual, abrangendo apenas os direitos sociais da classe trabalhadora e apostando numa diferenciação do status económico do indivíduo. Anos mais tarde, em 1942, William Beveridge elaborou um relatório sobre a segurança social britânica que originou o *Plano Beveridge*, marcando o princípio do Welfare State na Grã-Bretanha e no mundo. O *Plano de Beveridge* era um plano de política social que se resumia a quatro objetivos: Sistema Generalizado; Sistema Unificado; Sistema Uniforme; e Sistema Centralizado (Nogueira, 2001). Este plano visava assumir a condição de cidadania como universal, através da universalização da proteção social, seguros sociais, assistência social e Estado de Bem-estar social (Nogueira, 2001). A ideia de “Welfare State” na Grã-Bretanha baseou-se no direito a usufruir de direitos sociais (direitos de bem-estar social tais como emprego, reforma, educação, saúde) declarados pela sociedade, fruto da cidadania. Apesar do sucesso desta ideia, o conceito de Estado de Bem-Estar só adquiriu maior importância nos países industrializados, após a

Segunda Grande Guerra Mundial (Arretche, 1995; Gomes, 2006; Zimmermann & Alves, 2009), assumindo várias denominações, nomeadamente Estado Providência, Estado Protetor, Estado de Bem-Estar Social e Estado Reformista.

O estudo e a caracterização dos diferentes modelos de Estado de Bem-Estar, adotados depois da Segunda Grande Guerra mundial, tiveram o seu auge com Esping-Andersen. Para a realização desta análise o autor introduziu o conceito de “desmercadorização” (Esping-Andersen, 1991). Segundo o autor (Esping-Andersen, 1991, p. 102) a “(...) *desmercadorização ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado*”. Portugal (2008, p. 1) traduz este conceito como “(...) *a capacidade que o sistema confere ao indivíduo de aceder a condições de vida razoáveis sem ter que vender a sua força de trabalho no mercado*”.

Após a análise aos Regimes de Bem-estar dos países industrializados, Esping-Andersen reuniu as características comuns e criou três modelos de Regime de Bem-estar (Regime de Bem-estar Liberal, Regime de Bem-estar Conservador/Corporativista e Regime de Bem-estar Social-Democrata) segundo três princípios teóricos: qualidade dos direitos sociais; sistema de estratificação social; e relação entre o Estado, o Mercado e a Família na provisão social (Esping-Andersen, 1991, p. 111). Segundo o autor (Esping-Andersen, 1991, p. 108), o Regime de Bem-estar Liberal caracterizava-se pela assistência aos comprovadamente pobres e pela existência de benefícios universais reduzidos e restritos a indivíduos com baixos rendimentos e dependentes do Estado. Este regime tentava promover a participação no mercado de trabalho, através da limitação dos benefícios e do estigma para os que não participam no mercado de trabalho. Neste sentido, o Estado impulsionava a participação no mercado, através do desenvolvimento de estruturas de proteção social privadas e o mínimo apoio estatal. Neste regime a “desmercadorização” é reduzida e traduzia-se numa divisão entre os que possuíam rendimentos capazes de elaborar planos privados de proteção social e os que não possuíam rendimentos para elaborar planos privados de proteção social e dependem do estado. Segundo o autor (Esping-Andersen, 1991), os países com Regime de Bem-estar Liberal eram a Austrália, Estados Unidos da América e Canadá.

O segundo regime foi apelidado de Regime de Bem-estar Conservador/Corporativista e caracterizava-se por um nível moderado de “desmercadorização” (Esping-Andersen, 1991, pp. 108–109). Nestes países o mercado e a mercadorização não eram considerados importantes e os direitos sociais não eram

muito contestados, ao contrário das diferenças de classes e status que sempre foram preservadas. Segundo Esping-Andersen (1991) estes países eram fortemente influenciados pela igreja e pela manutenção da família tradicional, ignorando as mulheres que não participavam no mercado, promovendo pouco as instituições sociais e intervindo apenas quando a capacidade familiar se esgotava. Esping-Andersen (1991) agregou neste regime países como a Áustria, Alemanha, França e Itália.

Por fim, o Regime de Bem-estar Social-Democrata, caracterizava-se por um elevado nível de “desmercadorização” e agregava os países escandinavos (Esping-Andersen, 1991). Este regime contemplava o universalismo, a igualdade e a “desmercadorização” dos direitos sociais. Todos os trabalhadores usufruíam de direitos sociais iguais, não existindo diferenças entre classes. A provisão pública predominava sobre o mercado e a família e emancipava o indivíduo do mercado e da família, através de transferências monetárias e equipamentos sociais.

Na análise aos Regimes de Bem-estar, Esping-Andersen (1991, pp. 110–111) alertou que os modelos dos Estados de Bem-estar não eram completamente puros. Segundo o autor, apesar dos países escandinavos serem predominantemente social-democratas também possuíam elementos liberais (Esping-Andersen, 1991, pp. 110–111). Na mesma lógica o autor referiu que os países liberais também possuíam elementos social-democratas e que os países conservadores também possuíam elementos liberais e social-democratas (Esping-Andersen, 1991, pp. 110–111).

Nesta análise, os países do Sul da Europa foram implicitamente associados por Esping-Andersen ao Regime Corporativista, contudo vários autores se insurgiram contra esta inclusão e prontamente emergiram várias análises sobre a especificidade dos países do Sul da Europa (Portugal, Espanha, Grécia e Itália) (Andreotti et al., 2001; Arts & Gelissen, 2002; Ferreira, 2006; Ferrera, 1996, 1999; Rhodes, 1996). Segundo estes autores, o modelo de Bem-Estar dos países do Sul da Europa (Portugal, Itália, Espanha e Grécia) diferenciava-se do modelo Corporativista e assumia algumas especificidades, nomeadamente através:

- Da existência de um atraso nas políticas sociais relativamente aos restantes países da Europa;
- De uma tardia consolidação democrática (Grécia em 1975, Portugal em 1976 e Espanha em 1978, com a exceção da Itália cuja consolidação democrática ocorrera em 1947);
- De uma tardia e fraca industrialização (década de 60 e 70);

- De um número elevado de trabalhadores por conta própria (exclusão destes nos sistemas dos principais benefícios de proteção social) e de emigrantes;
- Da existência de diferenças regionais (socioeconómicas) dentro dos próprios países;
- De baixos níveis de provisão estatal de bem-estar social (que apesar do aumento das despesas sociais nas últimas décadas continua a perpetuar a desigualdade e o desequilíbrio);
- De uma forte influência da Igreja Católica;
- De laços familiares e comunitários fortes;
- De uma tardia saída de casa dos jovens;
- Da existência de poucas instituições de apoio à família (Lares, Creches, Centros de Dia, ...);
- Da existência de clientelismo e de uma sociedade fragmentada pelos interesses de alguns grupos sociais;
- Da existência de uma sociedade civil fraca;
- De pensões estreitamente ligadas aos anos de serviço, ao nível de contribuições e status social.

Ferrera (1999, pp. 460–464) realçou ainda a existência de sete traços que distinguem os países do Sul da Europa dos restantes regimes:

1. Elevada relevância das remunerações de transferência, baseadas no status profissional e num marcado grau de fragmentação, onde se verifica uma boa proteção aos que se encontram dentro do mercado de trabalho, uma fraca proteção aos que se encontram no mercado não institucional e a recente introdução do rendimento mínimo;
2. Distribuição desequilibrada da proteção social, através da superproteção do risco de velhice e dos idosos como grupo social, do subdesenvolvimento dos benefícios e serviços para a família e subdesenvolvimento da habitação social e dos subsídios para a habitação;
3. Abordagem universalista dos serviços de saúde;
4. Articulação entre instituições e atores públicos e não públicos, principalmente na saúde e nos serviços sociais;
5. “Particularismo institucional” para a distribuição dos subsídios monetários.

6. Uma distribuição altamente desequilibrada dos custos pelos diversos grupos ocupacionais devido a disparidades legais;
7. Uma elevada incidência da economia paralela e da evasão fiscal.

Nos países do Sul da Europa, a família assumia-se como a principal rede de suporte, prestando uma assistência gratuita na prestação de cuidados aos familiares (crianças, idosos e dependentes) e no apoio, aquando da existência de riscos sociais (doença, desemprego, ...). Este regime foi apelidado de familista e caracterizava-se por uma forte participação da família nas responsabilidades de cuidados aos idosos (Pommer et al., 2007; Rogero-García & Rosenberg, 2011), um fraco serviço público e privado (Pommer et al., 2007; Reimat, 2009), um elevado número de coresidência entre pais e filhos (devido a um efeito de estrutura de oportunidades, tais como emprego e mercado de habitação) (Isengard & Szydlik, 2012) e a uma tendência cultural de laços intergeracionais próximos (Kohli et al., 2005). Estes países caracterizam-se pela existência de um fraco apoio social estatal e pelo facto das entidades não governamentais (Igreja, Família e IPSS) serem chamadas a fazer face às lacunas do Estado de Bem-estar (Albano & Barbera, 2010, p. 683). Estas realidades promovem a participação da família na prestação de cuidados e o cuidado de longa duração realiza-se principalmente sob a forma de coresidência (Reimat, 2009). Neste regime de Bem-estar a mulher assume um papel muito importante entre a família e o Estado (Andreotti et al., 2001), trabalhando (cada vez mais) no mercado formal e ao mesmo tempo assumindo muitas responsabilidades familiares. Se por um lado a família forte existente no Sul da Europa apoia mais os seus familiares (crianças, jovens, adultos e crianças), através de uma solidariedade familiar mais materializada, também é verdade que estes estão hoje expostos a mais riscos e desafios. Segundo Andreotti et al. (2001, p. 52), as mudanças demográficas (menos nascimentos, aumento da esperança de vida, prolongamento da coabitação entre pais e filhos adultos) e económicas (jovens desempregados, instabilidade e precarização do emprego, menos salários para contribuir para a sustentabilidade económica do sistema e mais despesas na saúde) criam “*novas áreas de vulnerabilidade*”, principalmente nos países do Sul da Europa. A pressão exercida sobre os familiares nestes países é hoje maior do que no passado, com a mulher a assumir um papel cada vez mais ativo no mercado de trabalho e a construção de estruturas de bem-estar e as medidas de apoio estatal à família a não acompanharem as recentes alterações sociais. Segundo Esping-Andersen (2008, p. 23) a revolução feminina coloca vários desafios ao sistema de proteção social, porque afeta profundamente um dos pilares da

família: a mulher. A “masculinização” do papel feminino verifica-se cada vez mais nos países industrializados através da elevada escolarização feminina (nível superior) e uma redução do tempo de direito à maternidade (Esping-Andersen, 2008, pp. 19–20), contudo não se verifica uma “feminização” proporcional nos homens (Esping-Andersen, 2008, p. 44), o que pode levar a uma sobrecarga nos papéis femininos. Neste sentido, as famílias dos países do Sul da Europa continuam a ter um papel bastante importante no bem-estar dos seus elementos, principalmente através da figura feminina, enquanto o Estado caracteriza-se pela fraqueza das suas políticas sociais.

Na análise ao Modelo de Bem-estar dos países do Sul da Europa, alguns autores (José, Wall, & Correia, 2002; Portugal, 2008) defendem que Portugal parece assumir algumas especificidades, nomeadamente através da existência de um elevado número de mulheres no mercado de trabalho formal e informal; escassez de equipamentos sociais de apoio à família; e forte responsabilidade das mulheres na realização das tarefas familiares. Em Portugal o número de mulheres no mercado de trabalho formal é elevado, comparativamente aos restantes países do Sul da Europa. Em 2014 a taxa de emprego feminino (64,2%) em Portugal aproximou-se dos países do Norte e Centro da Europa, ao contrário da taxa de emprego feminino de Espanha (54,8%), Itália (50,3%) e Grécia (44, 3%) que se mostrou menos elevada (EUROSTAT, 2015a). Em Portugal verifica-se também um “claro enviesamento de justiça” e um “desequilíbrio social”, que faz com que as mulheres trabalhem mais do que os homens (considerando o setor formal e informal) e tenham um rendimento inferior (Rego, 2010, p. 87). Mesmo com uma taxa de emprego feminina muito próxima da taxa de emprego masculina (64,2% e 71,3% respetivamente, segundo Eurostat, 2014) as mulheres portuguesas continuam a assumir um papel bastante importante na prestação de cuidados aos familiares necessitados (crianças, jovens, idosos e dependentes) e a viver mais fragilidades laborais e mais esforços em prol do bem-estar da família. Segundo Carvalho (2005, p. 8) “(...) a família tem, no modelo de Estado-Providência português, um grande peso na prestação de cuidados aos seus membros dependentes” (Carvalho, 2005:8) sendo a mulher a face mais visível desta prestação e aquela que mais se sacrifica para conseguir conciliar as responsabilidades formais e informais.

A “(...) insuficiência de infraestruturas e serviços face às necessidades das populações e a transferência de responsabilidades estatais para a sociedade civil (...)” (Portugal, 2008:19) constituem outra especificidade portuguesa. O Estado apoia-se nas fortes redes de solidariedade familiar existentes em Portugal e na criação de parcerias

com o terceiro setor (lucrativos e sem fins lucrativos). Segundo Ferreira (2006) verifica-se nos serviços sociais portugueses uma crescente mistura entre o sector público, o setor privado e o setor das instituições particulares sem fins lucrativos. O Estado transfere para a sociedade civil obrigações sociais e apenas intervém quando a família ou a sociedade não consegue resolver o problema social. Neste sentido, verifica-se a existência de lacunas no sistema social português não existindo, muitas vezes, respostas adequadas às necessidades apresentadas.

O fraco desenvolvimento das políticas sociais de apoio ao idoso dependente e às suas famílias, a fraca rede de respostas sociais (não satisfação das necessidades das famílias e dos utentes), a forte participação feminina nas tarefas familiares e no mercado de trabalho conduzirá a uma forte pressão sobre a conciliação entre o sistema formal e informal, levando o Estado e a família à necessidade de uma nova reorganização social.

Na análise aos Regimes de Bem-estar, Esping-Andersen não considerou os países do Leste da Europa, criando segundo Aidukaite (2009, p. 36), uma lacuna empírica e teórica nos modelos de Bem-estar. Estes países, também apelidados de ex-comunistas, foram excluídos por mais de 20 anos da teoria dos Estados de Bem-estar. Com o objetivo de colmatar esta falha, vários autores (Aidukaite, 2009; Kääriäinen & Lehtonen, 2006; van Oorschot & Arts, 2005) concluíram que os países do Leste europeu (ex-comunistas) constituíam um Regime de Bem-Estar com características distintas dos outros regimes. Segundo Aidukaite (2009, pp. 34–35) os países do Leste da Europa caracterizam-se ao nível micro por uma diversidade de políticas sociais, contudo ao nível macro possuem características semelhantes, nomeadamente uma elevada taxa de segurança social, mas baixos benefícios sociais, assim como uma herança dos sistemas de política social soviéticos e um baixo nível de confiança das pessoas nas instituições do Estado. Os baixos benefícios sociais desmotivam as pessoas a serem honestas e a declararem os seus verdadeiros rendimentos (Aidukaite, 2009). Nestes países o mercado e a família constituem os agentes mais importantes no apoio à manutenção de um nível de vida adequado (Aidukaite, 2009, p. 35). Neste sentido, os países do Leste europeu aproximam-se dos países do Sul da Europa ao nível do familialismo, níveis de confiança no Estado e nos fracos níveis de apoio social (segurança social fraca) (Kääriäinen & Lehtonen, 2006).

A perspetiva de Esping-Andersen foi questionada por diversos autores (Fenger, 2007; Reimat, 2009; Scruggs & Allan, 2006, 2008) Segundo Scruggs & Allan (2006, p. 56) “(...) every country today presents a system mix (...)”, logo não deveremos falar em

diferentes tipos de regimes, mas sim em programas individuais de bem-estar. Fenger (2007), através da sua análise aos Regimes de Bem-estar pós-comunistas dos países da Europa Central e Oriental, concluiu que nem todos os países europeus podem ser classificados segundo a tipologia de Esping-Andersen, defendendo que estes países podem ser subdivididos em três grupos, com características diferentes da tipologia de Esping-Andersen (1º grupo engloba os países da ex-URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), nomeadamente a Rússia e a Bielorrússia; 2º grupo engloba países da Europa Central e Oriental, nomeadamente a Polónia e a República Checa; 3º grupo é constituído por países com Estados de Bem-estar em desenvolvimento, nomeadamente a Roménia, Moldávia e Geórgia). Na mesma perspetiva, Reimat (2009, pp. 5–6) questiona se os países pertencentes a cada regime de Bem-estar são realmente semelhantes ou se têm especificidades únicas, argumentando que os países podem evoluir de acordo com novas pressões, novas necessidades, novas dificuldades, restrições económicas, ambientes e novas dificuldades específicas. Para tal o autor (Reimat, 2009) dá o exemplo do Modelo Social-Democrata que pode estar a enfrentar alguns problemas orçamentais, mais controlo nos gastos com o bem-estar, maior assistência familiar, privatização de serviços e novas formas de financiamento e que o modelo Familista que não se encontra adaptado às aspirações das mulheres e ao modelo familiar com dois trabalhadores. Na perspetiva de Daatland (2001) os diferentes Estados de Bem-Estar possuem diferentes prioridades, baseadas nas necessidades, recursos, mas também em escolhas distintas.

2.2. REGIMES DE CUIDADOS

No estudo sobre a prestação de cuidados, vários autores orientaram a sua análise não para o conceito de Regimes de Bem-Estar, mas para o conceito de Regimes de Cuidado (Care Regimes). Este conceito deu lugar a nova literatura, focada no papel que o Estado Social tem no suporte à família, enquanto principal provedora de cuidados (Bettio & Plantenga, 2004; Hoff & Hamblin, 2011).

Esta temática teve como precursores Anttonen & Sipilä (1996) que desenvolveram uma tipologia de regimes de cuidado social baseada na disponibilidade de cuidado formal e informal na Europa. Mediante esta tipologia os autores detetaram a existência de quatro clusters de países. O primeiro cluster compreende os países do Sul da Europa (Espanha, Itália e Grécia) e caracteriza-se pelo baixo nível de desenvolvimento do

cuidado formal e um alto nível de desenvolvimento do cuidado informal. Nestes países a família é a principal responsável pela prestação de cuidados às crianças e aos idosos. O cluster dois é constituído pelo Reino Unido e Holanda e, à semelhança do cluster um, caracteriza-se por uma elevada responsabilização familiar pelos cuidados. Contrariamente ao cluster um, os países do cluster dois possuem mais serviços privados para as crianças e mais serviços públicos formais de apoio aos idosos. O cluster três é constituído pela Alemanha e Áustria e caracteriza-se, à semelhança dos primeiros clusters, por uma valorização do cuidado informal. Neste cluster, as crianças e os idosos usufruem de cuidados formais médios. Por fim, o cluster quatro é representado pelos países escandinavos e caracteriza-se por uma baixo cuidado informal e um cuidado formal médio-alto. Nestes países o Estado disponibiliza uma rede robusta de serviços formais, tanto para as crianças, como para os idosos e a família presta um apoio reduzido no cuidado informal.

Anos mais tarde, Leitner (2003), através da análise da existência de serviços de suporte domiciliários e transferências realizadas para as famílias dos idosos, reconheceu a existência de três tipos de Regimes de Cuidados: Regime explícito, Regime implícito e Regime opcional. No Regime explícito (Áustria, Bélgica, França e Alemanha) verifica-se a existência de transferências monetárias diretas para o cuidado aos idosos e simultaneamente uma fraca cobertura de serviços de apoio domiciliário para os idosos (Leitner, 2003, pp. 363–365). No Regime implícito (Grécia, Itália, Holanda, Portugal e Espanha) não existe apoio monetário para o cuidado aos idosos, nem uma cobertura de serviços de apoio domiciliário eficaz, responsabilizando as famílias pela prestação de cuidados aos idosos (Leitner, 2003, pp. 363–365). Por fim, o Regime opcional (Dinamarca, Finlândia e Suécia) caracteriza-se pela existência de generosas transferências monetárias e de um vasto conjunto de serviços de apoio domiciliário, libertando as famílias da prestação de cuidados (Leitner, 2003, pp. 363–365).

Com o mesmo objetivo, Bettio & Plantenga (2004) analisaram a provisão de cuidados a idosos na Europa, tendo em consideração o cuidado informal, cuidado formal, apoios financeiros, serviços sociais e licenças existentes. Mediante estes critérios os autores dividiram a provisão de cuidados em cinco clusters. O primeiro cluster é caracterizado pela delegação da gestão do cuidado na família e está dividido pelos países chamados típicos (Itália, Grécia e Espanha) e os países atípicos (Portugal e Irlanda). Nos países típicos verifica-se um alto nível de cuidado informal e um subdesenvolvimento nos cuidados formais. Em Portugal, e à semelhança dos restantes

países do cluster um, verifica-se um baixo nível de cuidados formais, mas um baixo nível de cuidado informal, originado por uma alta participação das mulheres no mercado de trabalho e uma estrutura familiar semelhante aos países mediterrânicos. Na Irlanda verifica-se níveis médios nos serviços providenciados aos idosos. Neste sentido, Bettio & Plantenga (2004, p. 101) referiram que a Irlanda poderia ser considerada como um “trampolim” entre os serviços providenciados no cluster um e no cluster dois (Reino Unido e Holanda).

Os países (Reino Unido e Holanda) do cluster dois valorizam o cuidado informal, contudo verifica-se diferenças entre na abordagem política do cuidado para as crianças e para os idosos. Na Holanda a família valoriza mais o cuidado às crianças e o Estado assume a administração de cuidado aos idosos. No Reino Unido o governo local providencia, em último recurso (na ausência de outras soluções), o cuidado aos idosos.

No cluster três, Áustria e Alemanha, verifica-se um grande foco no cuidado informal, contudo nestes países verifica-se a existência de subsídios de apoio aos familiares cuidadores, em vez de intervenções diretas por parte do Estado. No cluster quatro, Bélgica e França, os serviços formais de cuidado a idosos e crianças estão bem desenvolvidos. Nestes países verificam-se serviços formais bem desenvolvidos e uma fraca aposta nas estratégias que permitam a combinação entre o trabalho e cuidado informal. No último cluster, mais concretamente nos países nórdicos, verificam-se níveis moderados a elevados de serviços de cuidado formal. Neste cluster a família ocupa um lugar modesto na providência de cuidados e o Estado em vez de apoiar a família tende a substituí-la. Mediante estes resultados, Bettio & Plantenga (2004) referem que estas diferentes realidades têm implicações nos resultados sociais e económicos e que é necessário ter alguma precaução na análise destes clusters, na medida em que estes podem não ser totalmente robustos.

Em 2007, Pommer, Woittiez & Stevens categorizaram três tipos de Regimes de Cuidado: Público (países escandinavos), Familiar (países mediterrâneos) e o Misto (países continentais). Os autores seguiram o modelo de Anderson & Newman (1973) e construíram o modelo de utilização do cuidado segundo as necessidades, recursos e circunstâncias sociais. Os autores analisaram três tipos de necessidades de saúde (deficiências físicas, sintomas depressivos e deficiências cognitivas), a disponibilidade de recursos de cuidados, nomeadamente os membros da família (cuidado informal) e serviços públicos (cuidado formal) e circunstâncias sociais (sexo e idade, escolaridade e rendimento).

Segundo os autores (Pommer et al., 2007), no Modelo Público o Estado é o principal provedor de cuidados. Neste modelo as famílias são apenas responsáveis pelas tarefas mais leves, enquanto o Estado é responsável pelo cuidado formal profissional e pela realização das tarefas complexas (cuidado pessoal). No modelo Familiar a família alargada tem a obrigação legal de cuidar dos seus familiares e os serviços públicos estão disponíveis apenas para indivíduos com défice de recursos informais. Por fim, no Modelo Misto a família é a unidade primária de cuidados, mas as pessoas com problemas de saúde mais sérios têm acesso legal aos serviços públicos.

Relativamente às necessidades de saúde verifica-se que os indivíduos do Modelo Familiar (países mediterrânicos) possuem os maiores níveis de défices cognitivos e problemas físicos, enquanto os indivíduos dos países do Modelo Misto possuem níveis moderados e os países do Modelo Público (países escandinavos) e a Holanda os menores níveis. Quanto aos recursos, no Modelo Familiar os filhos ainda vivem com os pais (extended family), apesar de esta realidade estar a diminuir, e as pessoas têm acesso a uma maior rede informal no domicílio e fora deste. No Modelo Misto verifica-se um alto nível de cuidado informal e de serviços formais, enquanto no modelo Público verifica-se um alto nível de cuidado formal e baixo nível de cuidado informal, apesar de alguns autores (Sundström & Johansson, 2005) referirem que a Suécia está a mudar para o modelo continental de cuidado. Neste sentido, Pommer et al. (2007) concluem que a disponibilidade dos cuidados varia muito entre países. Segundo os autores (Pommer et al., 2007), nos países do Mediterrâneo (Modelo Familiar) muitas pessoas não recebem cuidados e se recebem estes são maioritariamente informais. Nestes países as pessoas que recebem cuidados formais sofrem de sérias dependências físicas, comparativamente com os outros países. Neste sentido, o cuidado formal nos países do mediterrâneo é reservado aos que sofrem de graves dependências físicas.

Mais tarde, Saraceno & Keck (2010, p. 676), com o objetivo de compreender como é que o Estado alocava a divisão de responsabilidades intergeracionais entre o Estado e a família, propuseram a distinção de quatro tipos de padrões de responsabilidade entre o familialismo e a desfamiliarização:

1. *Familialismo por predefinição* ou familialismo não suportado, quando não existe apoio formal nem suporte financeiro para os familiares cuidadores;
2. *Familialismo suportado* quando existem políticas de suporte aos familiares para manter as suas responsabilidades financeiras e de cuidado;

3. *Desfamiliarização* quando a individualização dos direitos sociais reduzem as responsabilidades e dependências familiares;
4. Opção entre o Familiarismo suportado e a Desfamiliarização.

Para tal os autores analisaram a existência de serviços de cuidado (residenciais e domiciliários) e subsídios monetários para o cuidado em 27 países europeus. Considerando a existência de serviços residenciais (Lares de Idosos) e domiciliários (Apoio domiciliário) para os idosos, os autores concluíram que os países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Suécia e Finlândia), a Holanda, Bélgica e França possuem um alto nível de desfamiliarização com elevados níveis de cuidado residencial e domiciliário (Saraceno & Keck, 2010, p. 687). Enquanto países como Estónia, Áustria, Malta e Reino Unido possuem uma alta cobertura de cuidados domiciliários, seguidos da Alemanha, República Checa e Portugal (Saraceno & Keck, 2010, p. 687). Saraceno & Keck (2010, p. 687) concluíram ainda que na maioria dos países do Centro e Leste da Europa, assim como na Grécia, Itália e Espanha, a cobertura de serviços é baixa e o nível de familiarismo por predefinição é alto.

Quanto à existência de subsídios monetários para apoio ao cuidado, os autores (Saraceno & Keck, 2010, p. 687) destacam a existência deste tipo de apoio na maioria dos países, ainda que sejam prestados em diferentes condições e com diferentes níveis de apoio. Segundo os autores na maioria dos países este apoio é dado diretamente à pessoa cuidada, contudo existem países onde este apoio é dado ao cuidador, como é o caso do Reino Unido (Saraceno & Keck, 2010, p. 687). Estes apoios são materializados de diferentes formas, em alguns países estes apoios são utilizados para substituir serviços, noutros são utilizados para pagar serviços de acordo com a escolha do indivíduo, enquanto noutros países existe a possibilidade de escolha entre receber apoio monetário ou serviços (Saraceno & Keck, 2010). Nesta análise os autores consideram também o sistema público de pensões, como uma forma de desfamiliarização, na medida em que pretende garantir a autonomia financeira dos idosos e a existência, na maioria dos países, da provisão do rendimento mínimo para os idosos (Saraceno & Keck, 2010). De acordo com esta análise, os apoios são díspares e os autores apenas destacam a existência de um cluster estatisticamente significativo, com os países do Norte da Europa a apresentarem os apoios mais consistentes e generosos.

Como conclusão, os autores referem que existe ainda um grande número de países com poucos ou limitados serviços de cuidados para os idosos e com apoios monetários para os familiares cuidadores e que as necessidades de cuidados dos idosos ainda são

pouco reconhecidas pelos governos (Saraceno & Keck, 2010). De acordo com a Reimat (2009, p. 15) os países europeus revelam ainda muitas diferenças ao nível dos cuidados de longa duração para os idosos. Os serviços de cuidados domiciliares tendem a ser menores em países com políticas familistas e maiores em países com políticas sociais individualistas (Daathand, 2001:16). Segundo Brandt et al. (2009) nos Estados de Bem-Estar do Sul da Europa existem poucos profissionais disponíveis para a prestação de cuidados e por esta razão os filhos têm maior probabilidade de fornecer cuidados, enquanto nos países do Norte da Europa os idosos são mais propensos a receber ajuda em casa ou a receber cuidados profissionais. Para os autores (Brandt et al., 2009) parece existir um pensamento de que nos países do Sul da Europa os laços familiares são fortes e a comunidade familiar é autossuficiente, logo o Estado não necessita de providenciar muito suporte às famílias e aos indivíduos com necessidades. Mediante esta realidade Daathand (2001, p. 19) refere: *“The irony is that what is considered as a pro-family social policy in these countries, maintains family responsibilities by force (lack of alternatives), but at the expense of family formation.”*

Ao nível dos cuidados aos idosos, esta aparente divisão europeia tem perdido alguma força ao longo dos últimos anos, com alguns países do Norte da Europa a demonstrar sinais de crescente responsabilização familiar nos cuidados informais. A comprovar esta realidade, os governos da Holanda (Oudijk et al., 2011) e Suécia (Stoltz et al., 2004; Sundström & Johansson, 2005) têm tentado diminuir as responsabilidades do Estado no apoio aos idosos dependentes, através de uma redução dos cuidados formais e da despesa pública referente ao cuidado formal e de um aumento na responsabilização dos familiares nos cuidados informais. Segundo Sundström & Johansson (2005) a Suécia tem reduzido o apoio formal e fomentado o apoio informal e o cuidado privado nas últimas décadas. Na perspetiva dos autores (Sundström & Johansson, 2005), os Estados dos países nórdicos prestam menos apoio público do que há uma década atrás, sugerindo que os países nórdicos se estão a aproximar do modelo continental, onde os serviços públicos são menos abundantes (Sundström & Johansson, 2005, p. S11).

Na análise aos regimes de bem-estar, Pavolini & Ranci (2008) encontraram mesmo uma tendência convergente na prestação de cuidado aos idosos entre países. Os autores analisaram seis países europeus (França, Alemanha, Itália, Holanda, Suécia e Reino Unido) e verificaram a existência de duas tendências. Segundo os autores (Pavolini & Ranci, 2008) os países tradicionalmente próximos do modelo de serviços têm adotado,

ao longo dos últimos anos, novas formas de intervenção baseadas na flexibilidade e numa maior atenção à capacidade familiar. Inversamente, os países historicamente mais ligados ao cuidado informal aumentaram a cobertura pública da dependência e têm mudado progressivamente para formas mais organizadas de intervenção, onde as famílias são cada vez mais suportadas. Mediante estas mudanças Pommer et al. (2007) questionam se estas tendências para o Modelo Misto serão suficientes para que as pessoas com necessidades de saúde consigam satisfazer as suas necessidades.

CAPÍTULO III - QUALIDADE DE VIDA

“The literature on quality of life (QOL) can be described as a jungle: vast, dense and difficult to penetrate, especially for those entering the field without a specialist QOL background.”

(Hambleton, Keeling, & McKenzie, 2009, p. 3)

3.1. O CONCEITO DE QdV

O conceito de QdV remonta ao período antes de Cristo, mais concretamente ao conceito de “*Eudaimonia*” ou “felicidade” de Aristóteles. Segundo o filósofo, apenas o ser humano seria capaz de alcançar a “*felicidade*”, pois só a ele teria sido “(...) *dado o poder do raciocínio lógico, criativo, inteligente e excepcionalmente superior aos outros seres*” (Almeida, 2008, p. 6). Apesar da ideia de QdV remontar a muitos séculos, só em 1920 foi aplicada à economia e ao bem-estar (Walker & Maesen, 2003). No livro *The Economics of Welfare*, Pigou (1932) assume-se como o primeiro cientista social a abordar as questões relativas ao suporte governamental de bem-estar fornecido aos indivíduos das classes mais baixas e como esse suporte afetaria as suas vidas e o Orçamento de Estado (Paschoal, 2006; Walker & Maesen, 2003). Todavia o conceito de QdV só viria a ser adotado pelos países ocidentais depois da Segunda Grande Guerra Mundial.

Em 1964, Lyndon Johnson, presidente dos EUA, utilizou a expressão Qualidade de Vida associada à economia e à ideologia de “Great Society”, afirmando que os objetivos da economia não poderiam ser medidos apenas através do balanço dos bancos, mas também através da Qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Bech, 1993). Lyndon Johnson referiu que o objetivo da “Great Society” era garantir à população um contexto, capacidades e estruturas sociais que lhes permitissem prosseguir com a sua felicidade, reforçando assim a preocupação, não só com os aspetos quantitativos, mas também com a QdV das populações (Campbell, 1981, p. 4).

O elevado desenvolvimento do nível de vida material vivido nos finais dos anos 60 levou à necessidade da criação de um conceito multidimensional, que não se direcionasse apenas para a riqueza material, mas que também envolvesse outras dimensões da vida, tais como a saúde, as relações sociais e a qualidade do ambiente

(Berger-Schmitt & Noll, 2000). O conceito de QdV sofreu assim ao longo dos tempos fortes mudanças conceptuais. Inicialmente o conceito de QdV foi associado apenas à riqueza material (ter casa, carro, bens, viajar, passar férias, ...) e num segundo momento passou a englobar aspetos não materiais, tais como liberdade pessoal, satisfação e bem-estar emocional (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976; Fallowfield, 1990; Farquhar, 1995).

3.2. A MULTIDIMENSIONALIDADE DO CONCEITO DE QdV

O conceito de QdV evoluiu de uma perspetiva unidimensional, onde se valorizava apenas uma dimensão da vida humana (material), para uma perspetiva multidimensional (Baernholdt, Hinton, Yan, Rose, & Mattos, 2012; Berger-Schmitt & Noll, 2000; Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002; Bowling, 1995; Castellón, 2003; Cummins, McCabe, Romeo, & Gullone, 1994; Felce & Perry, 1995; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Maciá, 1996; Fernández-Ballesteros, 2011; Gozman, 2007; Lawton, 1991; Paschoal, 2006; Romney & Evans, 1996; Veenhoven, 2004).

As primeiras tentativas de conceptualização do conceito de QdV caracterizaram-se pela existência de duas visões contrárias: a visão escandinava, que contemplava as condições objetivas de vida (Nível de Vida: ex. rendimentos, saúde, características do contexto, ...) e a visão americana, que enfatizava o bem-estar subjetivo das pessoas (Qualidade de Vida: ex. satisfação com a vida e bem-estar psicológico) (Berger-Schmitt & Noll, 2000; Walker & Maesen, 2003). A primeira visão utilizava principalmente indicadores sociais que apenas representavam as condições de vida, enquanto a segunda visão utilizava indicadores subjetivos baseados na auto percepção do indivíduo sobre a sua vida.

3.2.1. A DIMENSÃO OBJETIVA DO CONCEITO DE QdV

A perspetiva de Allardt (1976) baseou-se principalmente no bem-estar, enquanto satisfação das necessidades e no nível de vida (condições materiais e impessoais), valorizando mais a dimensão objetiva. Allardt (1976, p. 228) distinguiu bem-estar (grau de satisfação das necessidades) de felicidade (percepções e experiências subjetivas). Para o autor o bem-estar é uma categoria mais objetiva do que felicidade, na medida em que os indivíduos podem avaliar a sua satisfação das necessidades, o que eles necessitam

para ter uma “boa vida” e o que necessitam para não ter uma “má vida”. Allardt (1976, p. 228) diferencia nível de vida (recursos materiais e impessoais com os quais o indivíduo pode comandar a sua vida, nível de satisfação das necessidades, definida como os recursos materiais e impessoais tais como o rendimento, a habitação, emprego, ...) de QdV (avaliações e percepções subjetivas). Contudo, refere que tanto o nível de vida como a QdV podem ser avaliados por visões objetivas e subjetivas: nível de vida objetivo (necessidades que são satisfeitas pelo ter “having”, domínio dos recursos materiais e impessoais); QdV objetiva (necessidades que são satisfeitas através dos relacionamentos humanos ou como o indivíduo se relaciona com as outras pessoas e com a sociedade); nível de vida subjetivo (avaliação e percepção subjetiva da sua satisfação pessoal com as suas condições de vida materiais) e QdV subjetiva (avaliação e percepção subjetiva da sua satisfação pessoal com as relações humanas e sociais).

Na mesma linha de pensamento, Erickson (2009, pp. 72–73) focou-se nas condições de vida dos indivíduos referindo que “*The individual’s command over resources in the form of money, possessions, knowledge, mental and physical energy, social relations, security and so on, through which the individual can control and consciously direct his living conditions*” . Erikson (2009) defendeu que os recursos disponíveis (dinheiro, posses, conhecimento, energia física e mental, relações sociais, segurança, ...) eram as pré-condições para a QdV.

Ainda na visão objetiva, Sen (2009, p. 31) sustentou uma abordagem de QdV baseada nas capacidades (Capability approach). Segundo o autor, a capacidade que os indivíduos possuem para alcançar “*funcionalidades valiosas*” tende a diferir entre indivíduos, de acordo com um conjunto de fatores (capacidades pessoais e oportunidades sociais, etc.) (Sen, 2009, pp. 31–33). Nesta abordagem os funcionamentos assumem-se como as várias coisas que o indivíduo consegue fazer ou ser na vida. Para Sen (1993) as capacidades humanas constituem formas de liberdade, que não são apenas o fim do desenvolvimento, mas também o principal meio para o desenvolvimento. Nesta perspetiva, Sen distinguiu cinco tipos de liberdades (1999, p. 10):

- Liberdades políticas;
- Disponibilidades económicas;
- Oportunidades sociais;
- Garantias de transparência;

- Proteção da segurança.

O autor argumentou que as liberdades se conectavam entre si e que cada liberdade funcionava como oportunidades ou direitos que ajudavam a promover a capacidade da pessoa. Neste sentido, as liberdades políticas ajudavam a promover a segurança económica e as facilidades económicas ajudavam a criar abundância pessoal e recursos públicos para as facilidades sociais (Sen, 1999, p. 11).

Para Sen (1999, p. 2293) a capacidade humana conduz os indivíduos a valorizar e a elevar as suas escolhas reais através da liberdade e do bem-estar das pessoas, da mudança social e da produção económica. Sen distingue capacidade humana de capital humano, defendendo que o capital humano está mais relacionado com a produção económica, enquanto a capacidade humana é mais abrangente e engloba, para além da produção económica o bem-estar, a liberdade e a mudança social (1999, pp. 292–297). A liberdade-centrada, ou seja o conjunto das cinco liberdades existentes, é para Sen (1999, p. 24) similar ao conceito de Qualidade de Vida, na medida em que ambas se concentram no bem-estar, nas liberdades, na mudança social e na produção económica.

Alhardt (1976), Erikson (2009) e Sen (2009) basearam-se sobretudo nas condições objetivas de vida, valorizando os recursos materiais e impessoais como condição para o bem-estar e QdV.

3.2.2. A DIMENSÃO SUBJETIVA DO CONCEITO DE QdV

A dimensão subjetiva baseia-se na perspetiva subjetiva do indivíduo. Campbell *et al.* (1976) referiram que a QdV se assumia como um sentimento de satisfação, estado de ânimo positivo, determinado por elementos psicológicos e comportamentais, influenciados pelas características individuais e pelos padrões³ de referência. Os autores identificaram doze⁴ domínios específicos da satisfação com a vida, onde a família, o casamento, os amigos, os rendimentos e a saúde (só valorizada a partir de determinada idade) assumiam um papel fulcral. Campbell (1981) reconhece que a QdV depende em

³Padrões de referência de Campbell et al. (1976): 1. Aspirações, aspetos que a pessoa deseja conseguir num dado domínio; 2.Expectativas pessoais (o que a pessoa pensa obter num futuro próximo); 3.Nível patrimonial, ganhos justos que o indivíduo investe relativamente aos outros; 4. Referências ao grupo que se insere; 5. Necessidades pessoais.

⁴Doze domínios específicos da satisfação para com a vida, segundo Campbell et al. (1976): relação conjugal, vida familiar, saúde, vizinhança, rede de amigos, trabalho doméstico, estatuto profissional, educação, atividades recreativas e de lazer, situação financeira, religião, participação social e ainda aspetos relacionados com a comunidade e política de saúde do país.

grande parte das condições económicas dos países e que o bem-estar económico é claramente uma pré-condição para o contentamento, mas que este não se assume como garantia de felicidade.

Também Lawton (1983, pp. 350–353) propôs um modelo de QdV baseado no modelo “*the good life*”, composto: (i) pela competência comportamental (saúde, saúde funcional, cognição, uso do tempo e comportamento social), (ii) bem-estar psicológico (avaliação subjetiva da sua experiência de qualidade: efeito negativo (ansiedade, depressão, pessimismo, ...), felicidade (julgamento cognitivo positivo que afeta o indivíduo durante um período longo), efeito positivo (sensação de prazer ativo e de tempo limitado) e congruência (entre objetivos desejados e atingidos)), (iii) ambiente objetivo (as características físicas que envolvem o indivíduo ex. habitação e condições económicas); (iv) e qualidade de vida percebida (conjunto de avaliações que a pessoa faz sobre cada grande domínio da sua vida). Neste modelo Lawton (1983) valorizou a componente subjetiva do conceito de QdV, através da introdução do bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida.

Em 1994 e 1995 um grupo internacional de investigadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) fomentou uma nova conceptualização teórica e metodológica na avaliação da QdV (WHOQOL, 1994, 1995). Nesta conceptualização a QdV é definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994, 1995). Esta conceptualização, à semelhança de Lawton, valoriza a perspetiva subjetiva do indivíduo e compreende as dimensões física, psicológica, cultural, social, espiritual e ambiental e é fortemente determinada pela capacidade de manter a autonomia e a independência.

Também valorizando a perspetiva subjetiva, Veenhoven (2004) considera que o melhor indicador resumo disponível da QdV consiste em saber quanto tempo e de forma feliz a pessoa vive. Veenhoven (2000, p. 4) distingue oportunidades (potencialidades para uma boa vida) de resultados (concretização das oportunidades), defendendo que estes são operacionalizados pelas qualidades externas (contexto) e pelas qualidades internas (qualidades dos indivíduos).

O autor defende que faz mais sentido falar em quatro tipos de QdV que se afetam entre si e que não podem ser somadas, constituídas por duas oportunidades de vida (Habitabilidade do ambiente e Capacidade de vida da pessoa) e dois tipos de resultados de vida (Utilidade do ambiente de vida e Valorização da vida pela pessoa):

- Habitabilidade do ambiente: características e oportunidades do contexto (ambiente ecológico, social, económico e cultural);
- Capacidade de vida da pessoa: oportunidades de vida internas ou capacidades pessoais (saúde física, saúde mental, conhecimento e arte de viver);
- Utilidade do ambiente de vida: uma boa vida deve ser boa para algo mais do que para si mesma, deve ter uma utilidade externa, nomeadamente ao nível da intimidade (criação dos filhos, apoio a amigos), da sociedade (ser bom cidadão) e da perfeição moral (autenticidade, compaixão, moralidade);
- Valorização da vida: apreciação subjetiva da vida, relacionada com o bem-estar subjetivo, satisfação, felicidade (avaliação dos aspetos da vida, humores prevalentes e outras avaliações cognitivas e afetivas).

3.2.3. COEXISTÊNCIA DAS DIMENSÕES OBJETIVA E SUBJETIVA DE QdV

As visões objetiva e subjetiva deram lugar a um consenso sobre a necessidade de coexistência das duas dimensões na definição de QdV (Browne et al., 1994; Diener & Suh, 1997; Fernández-Ballesteros et al., 1996; Lawton, 1991; Mihaela & Moise, 2011; Netuveli & Blane, 2008). Neste sentido, Zapf (1984 in Kohl & Wendt, 2004) conceptualizou a QdV como a combinação de condições de vida objetivas e de bem-estar subjetivo. Para tal criou uma tipologia de posições de bem-estar assente nas condições objetivas de vida e nas condições subjetivas de bem-estar. O autor defendeu que as condições subjetivas de vida não refletem apenas as condições de vida, na medida em que baixas condições de vida podem representar alto bem-estar subjetivo. Na sua tipologia de posições de bem-estar, Zapft dividiu as condições objetivas de vida e o bem-estar subjetivo em “bom” e “mau” e criou uma constelação de relações possíveis.

Figura 1. Tipologia de posições de bem-estar, Zapft

Objective Living Conditions	Subjective Well-Being	
	Good	Bad
Good	Well-Being	Dissonance
Bad	Adaptation	Deprivation

Zapf, 1984 (in Kohl & Wendt, 2004)

Assim o Bem-estar (*Well-Being*) é caracterizado por “boas” condições objetivas de vida e “bom” bem-estar subjetivo, a Dissonância (*Dissonance*) é caracterizada por “boas” condições de vida e “mau” bem-estar subjetivo, a Adaptação (*Adaptation*) é caracterizada por “más” condições de vida objetivas e “bom” bem-estar subjetivo e a Privação (*Deprivation*) é caracterizada por “más” condições de vida objetivas e “mau” bem-estar subjetivo.

Na mesma linha de pensamento Fernández-Ballesteros *et al.* (1996) defenderam a coexistência de aspetos objetivos (saúde objetiva, apoio social, fatores culturais, qualidade ambiental, disponibilidade de serviços, de saúde e sociais) e subjetivos (saúde percebida, satisfação social, necessidades culturais, serviços de saúde e sociais percebidos e avaliação ambiental) na conceptualização da QdV.

Mais tarde Diener & Suh (1997) defenderam a complementaridade dos indicadores objetivos ou sociais e o bem-estar subjetivo. Os autores referiram que as fraquezas e as potencialidades destes dois tipos de avaliações não são as mesmas e que estas diferenças contribuem para força da análise da QdV humana. Os indicadores objetivos ou sociais têm como potencialidade a sua objetividade (não dependem da perceção das pessoas), facilidade de definição e de quantificação, refletem normalmente ideais normativos de uma sociedade, são capazes de detetar aspetos importantes da sociedade, para além dos aspetos económicos, e permitem fazer comparações válidas (Diener & Suh, 1997, pp. 193–195). Como fraquezas apontam para o facto dos indicadores objetivos ou sociais serem frágeis, estarem muitas vezes contaminados com problemas de medição e de interpretação, não refletem o bem-estar subjetivo dos indivíduos e de, muitas vezes, as variáveis serem selecionadas *ad hoc*, criando controvérsias entre os investigadores (Diener & Suh, 1997, pp. 195–200). Os indicadores de bem-estar subjetivo captam as experiências que são importantes para os indivíduos, refletindo o grau de satisfação das necessidades dos indivíduos e quando se revelam inadequados são mais fáceis de modificar do que os indicadores objetivos (Diener & Suh, 1997, p. 205). Como fraquezas, estes indicadores revelam falta de validade e exatidão dos dados recolhidos, variabilidade (o bem-estar subjetivo varia entre os indivíduos e nações) e o facto de não poderem refletir os fatores sociais, mas apenas as relações temperamentais e pessoais (Diener & Suh, 1997, pp. 205–206). Nesta perspetiva, Diener & Suh (1997, p. 212) referem que os indicadores objetivos estão cheios de decisões subjetivas e os indicadores subjetivos podem ser mais objetivos do que muitas vezes é assumido. Os autores concluem que é necessário o uso destes indicadores em simultâneo para melhor

compreender a QdV humana e elaborar decisões políticas, na medida em que a “*Quality of life is a complex, multifaceted construct that requires multiple approaches from different theoretical angles.*” (Diener & Suh, 1997, p. 214). Também Mihaela & Moise (2011) referem que não é possível fazer uma clara delimitação entre a abordagem objetiva e a abordagem subjetiva, pois existe uma forte correlação entre as duas abordagens. Para os autores (Mihaela & Moise, 2011) a QdV deve ser avaliada utilizando indicadores objetivos e subjetivos, valorizando as características nacionais e internacionais.

Podemos assim concluir que o conceito de QdV evoluiu de uma concepção puramente sociológica, baseada no nível de vida, para uma concepção psicossocial, onde os aspetos subjetivos constituem o pilar fundamental. Atualmente parece persistir a ideia de que no conceito de QdV coexistem as dimensões objetivas e subjetivas. Para Higgs, Hyde, Wiggins, & Blane (2003, p. 243) a QdV não é redutível a um fator, mas antes o resultado de uma interação complexa de vários elementos presentes na vida de uma pessoa.

3.3. O CONTEXTO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DA QdV

A sociedade e os indivíduos estão em constante mudança, influenciando as reações subjetivas de bem-estar dos indivíduos (Dijkers, 2005). A natureza dinâmica da sociedade (Dijkers, 2005; Higgs et al., 2003; Lawton, 1991; Veenhoven, 2000) e a sua contínua redefinição (Setién, 1993) está dependente das circunstâncias e dos eventos de vida dos indivíduos (Almeida, 2008; Murphy et al., 2007). Nesta perspetiva, vários autores defendem que a QdV deve abarcar simultaneamente a perspetiva contextual e individual, sendo definida ao nível macro (societal e objetiva - renda, emprego, habitação, educação, circunstâncias e condições ambientais) e micro (individual e subjetiva - perceção de qualidade de vida, experiências e valores individuais e indicadores *proxy* tais como bem-estar, felicidade e satisfação com a vida) (Bowling et al., 2002; Bowling, 2004). Ou ainda, na perspetiva de Schalock & Verdugo (2003) ao nível do Microsistema (contexto social imediato que afeta diretamente a vida das pessoas: família, casa, amigos e trabalho); Mesossistema (localidade, comunidade, organizações e serviços que afetam diretamente o funcionamento do microsistema); e Macrossistema (padrões culturais, tendências sociopolíticas, sistemas económicos e outros fatores que afetam os nossos valores e crenças).

Nesta perspectiva vários autores defendem a necessidade de considerar o contexto social na avaliação da QdV. San Martín & Pastor y Adeguer (1990) referem que a QdV de um indivíduo deverá ser definida como a relação global que ele estabelece entre os estímulos positivos e os estímulos negativos no decurso da sua vida social. Segundo os autores, existem dimensões pessoais (saúde, atividades de lazer, relações sociais, habilidades funcionais e satisfação) e dimensões sócio ambientais (apoio social, condições económicas, serviços sociais e de saúde, qualidade do ambiente e fatores culturais) a ter em conta na avaliação da QdV. Na mesma perspectiva Bowling & Gabriel (2007, p. 828) defendem que o conceito de QdV baseia-se nas características individuais internas (saúde física e mental, bem-estar psicossocial e funcionamento, incluindo sentimentos de independência e controle sobre a vida) e nas circunstâncias externas (condições socioeconómicas, trabalho, ambiente construído e capital social) do indivíduo.

Baseados na abordagem de QdV comunitária, Raphael et al.(1999) valorizam as percepções dos membros da comunidade sobre quais os fatores que contribuem para uma vida positiva ou negativa. Nesta análise os autores pretendiam perceber como esses fatores afetam as vidas individuais e como as necessidades humanas básicas são satisfeitas dentro da comunidade. Mediante esta abordagem os autores (Raphael et al., 1999) definem QdV como grau em que o indivíduo goza de importantes possibilidades na sua vida em três domínios principais: *Being* (componentes físicas, psicológicas e espirituais); *Belonging* (ajuste entre a pessoa e o seu ambiente físico, social e comunitário); e *Becoming* (atividades que as pessoas realizam para concretizar os seus objetivos pessoais, aspirações e desejos). Raphael et al. (1999) enfatizam os fatores comunitários e defendem a existência de nove domínios de QdV:

- **Ser físico:** saúde física, mobilidade, nutrição, exercício, aparência;
- **Ser psicológico:** independência, autonomia, autoaceitação;
- **Ser espiritual:** valores pessoais, standards e crenças religiosas;
- **Pertença física:** aspetos físicos do contexto;
- **Pertença social:** relações com a família, amigos e conhecidos;
- **Pertença comunitária:** disponibilidade de recursos e serviços sociais;
- **Acesso prático:** casa, escola e atividades de trabalho;
- **Acesso a atividades de lazer:** atividades dentro e fora da habitação, recursos recreativos;

- **Acesso a atividades de crescimento pessoal:** atividades de aprendizagem, melhoria do conhecimento, relacionamentos e adaptação.

Valorizando a importância das sociedades na avaliação da QdV dos indivíduos, Walker & Maesen (2003, pp. 4–5) advertem que as sociedades podem limitar ou, pelo contrário, criar oportunidades para a ação. Segundo os autores (Walker & Maesen, 2003, pp. 4–5) para que uma sociedade possua um nível aceitável de Qualidade Social tem que cumprir quatro condições essenciais: segurança sócio económica, inclusão social; coesão social; e empowerment. Também Kelley-Gillespie (2009, p. 264) e Bond & Corner (2006, p. 159) referem que as perceções da QdV dependem das características únicas dos indivíduos, das suas experiências e do contexto objetivo de cada indivíduo (condições objetivas, subjetivas e contextuais).

3.4. DIFERENTES ABORDAGENS DE QdV: DIFERENTES MODELOS, DOMÍNIOS E DIMENSÕES DE QdV

O conceito de QdV assume-se como um conceito cada vez mais em voga (Dijkers, 2007), utilizado tanto pela linguagem académica, como pela linguagem do dia-a-dia (Bond & Corner, 2004, pp. 1–5) para a captura da essência da vida do indivíduo (Bond & Corner, 2006, p. 154). Sem limites claros ou fixos (Bond & Corner, 2004, pp. 1–5), o conceito de QdV é transversal a várias disciplinas (Hambleton et al., 2009), assumindo diferentes definições, dependendo da área, do paradigma e do tempo em que a pesquisa é realizada (Fernández-Ballesteros, 2011, p. 23; Hambleton et al., 2009; Murphy et al., 2007, p. 58). Mediante esta realidade Feinstein (1987, p. 639) caracteriza a QdV como um “guarda-chuva” sob o qual são colocados os índices que o pesquisador quer analisar.

Na análise às abordagens de QdV existentes Murphy et al. (2007, pp. 58–60) distinguiram cinco tipos de abordagens:

- **Abordagem Contextual:** qualidade física e social do contexto do indivíduo e a interação do indivíduo com o seu contexto.
- **Abordagem dos cuidados de saúde:** baseada na saúde auto relatada, focada na avaliação do impacto do tratamento na vida doente, na comparação de resultados de intervenções alternativas, na valorização dos sentimentos e da satisfação das necessidades dos doentes.

- **Abordagem sociológica:** examina a qualidade de vida numa perspectiva individual e social, valorizando os relacionamentos (amigos, família e comunidade).
- **Abordagem econômica:** valoriza o rendimento, a riqueza, a alocação racional de recursos a nível micro e macro e a satisfação das preferências.
- **Abordagem psicológica:** centrada na satisfação das necessidades para além das necessidades de natureza material, vivência de sentimentos e experiências de bem-estar quando as suas necessidades foram cumpridas.

Tendo em atenção a existência de vários tipos de abordagens, podemos referir que de acordo com a abordagem adotada pelo investigador surgem diferentes modelos, domínios e dimensões de QdV. Na sua análise à taxonomia de modelos de QdV, Bowling (2004, pp. 12–14) resumizou os principais modelos de QdV existentes na literatura, referindo a existência de nove modelos: (i) indicadores sociais objetivos (padrões de vida, saúde, longevidade e habitação e características do contexto habitacional); (ii) indicadores sociais subjetivos (satisfação com a vida, bem-estar psicológico, realização pessoal e felicidade); (iii) satisfação das necessidades (circunstâncias objetivas, oportunidades de autorrealização e necessidades humanas); (iv) modelos psicológicos (crescimento pessoal, competência cognitiva, eficiência e adaptabilidade,...); (v) saúde e funcionalidade (medidas de estado de saúde, escaladas de depressão, escalas de funcionamento físico,...); (vi) saúde social (redes sociais, suporte e atividades); (vii) coesão social e capital social (recursos sociais, ambientais e vizinhança); (viii) contexto (envelhecimento no contexto de residência e na promoção de espaços que permitam a independência e a participação ativa dos indivíduos); (ix) e ideografia (abordagens baseadas no indivíduo, nos valores, interpretações e perceções, na satisfação com a sua posição, circunstâncias e prioridades na vida).

Netuveli & Blane (2008, pp. 115–116) propõem uma taxonomia dos modelos e medidas de QdV de acordo com dimensões, domínios e instrumentos. Os autores defendem a existência de dimensões objetivas (nível de vida, rendimentos, educação saúde e longevidade) e subjetivas (baseadas em respostas do indivíduo, tais como satisfação com a vida, felicidade e autoavaliações); de domínios de saúde física (autoavaliação do estado de saúde e existências de doenças específicas), psicossocial (bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida) e social (relacionamentos sociais e redes); e de instrumentos genéricos (comuns a todos os indivíduos) e idiopáticos (adaptados para populações específicas) (Netuveli & Blane, 2008).

Segundo Felce & Perry (1995) o conceito de QdV deveria ser classificado em cinco dimensões: (i) bem-estar físico (saúde, atividade física, mobilidade e segurança pessoal); (ii) bem-estar social (relações interpessoais com a família, amigos e vida social e relações com a comunidade envolvente, através de atividades e eventos e aceitação e suporte); (iii) bem-estar emocional (afeto positivo, estatuto/respeito, satisfação, realização, confiança/crença e auto estima); (iv) bem-estar material (rendimentos, qualidade da habitação, privacidade, estabilidade económica, segurança, vizinhança, transporte, bens e alimentação); (v) e desenvolvimento e atividade (competência/independência, emprego, vida familiar, lazer/hobbies, educação, controlo e produtividade/contribuição). Neste sentido, podemos concluir que através do uso de diferentes abordagens, os autores constroem diferentes modelos, domínios e dimensões de QdV.

Num esforço de sintetização Paschoal (2006, p. 149) refere que existem cinco características principais da QdV compartilhadas pelas várias abordagens: subjetividade (percepções das pessoas sobre as suas condições de vida, quer elas sejam objetivas ou subjetivas), a multidimensionalidade (à crença que a QdV envolve pelo menos três dimensões (física, psicológica e social), a bipolaridade (o conceito de QdV possui dimensões positivas e negativas), complexidade (difícil de avaliar) e mudança (muda de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de estado de humor, etc.)

3.5. PROBLEMAS E COMPLEXIDADE NA DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE QdV

Moons, Budts, & De Geest (2006) destacaram a existência de seis problemas conceptuais do conceito de QdV. Como primeiro problema os autores referiram que QdV, estado de saúde e funcionamento são frequentemente utilizados como sinónimos, contudo os autores alertaram para o facto de nem todas as pessoas que experienciam problemas de saúde possuem má QdV. Neste sentido, os autores criticam a fragilidade dos instrumentos de avaliação de QdV relacionada com a saúde, argumentando que esses instrumentos foram desenvolvidos para medir a saúde e não a QdV. O segundo problema surge da existência de um aparente consenso quanto à coexistência de dimensões objetivas e subjetivas na avaliação da QdV. Sobre esta realidade os autores referem que parece começar a existir um crescente acordo que a QdV é puramente subjetiva, baseada no bem-estar subjetivo e na satisfação. O terceiro problema deriva da existência de uma fraca distinção entre indicadores (eventos ou condições que

caracterizam uma situação específica) e determinantes (elementos que determinam a natureza de algo), o que não permite a real avaliação da QdV. Relativamente ao quarto problema, os autores reconhecem que a QdV pode mudar ao longo do tempo, mas defendem que “varia pouco de um dia para o outro”. Como o quinto problema, os autores referem que a QdV envolve componentes positivas e negativas e mesmo os acontecimentos negativos, como doenças, podem ser positivamente percebidos. Sobre esta realidade os autores alertam para o facto de um indivíduo que possui uma personalidade positiva poder contribuir positivamente para a QdV. Por fim, os autores referem que a QdV relacionada com a saúde (Health Related QOL) baseia-se na avaliação subjetiva dos aspetos de saúde, subestimando os aspetos que não se relacionam com a saúde.

Segundo Dijkers (2005, p. 104) e Higgs et al. (2003, p. 239) a maioria da pesquisa realizada sobre a QdV não tem uma base teórica robusta, existindo por isso muitas limitações na investigação e na construção do conceito. O seu referencial teórico tem, muitas vezes, uma abordagem fraca e individualista, falta de clareza conceptual e o conteúdo dos índices são suscetíveis de serem questionados, devido à sua natureza aberta e aparente (Hunt, 1997; Walker & Maesen, 2003). Nesta perspetiva Baker & Intagliata (1982, pp. 70–71) detetaram seis problemas no conceito de QdV: insuficiência teórica; ambiguidade na definição; insensibilidade das medidas de QdV à deteção de mudanças; necessidade de saber mais acerca das flutuações de QdV; necessidade de normas para a população alvo; e necessidade de uma perspetiva de QdV do consumidor. Também Wolfensberg (1994) enumerou sete problemas na definição de QdV: a sua intrínseca relatividade cultural; a confusão entre aplicação na população e no indivíduo; a contaminação da QdV com vários constructos similares ou sobrepostos; a confusão entre perspetivas objetivas e subjetivas; a promoção da autoperceção subjetiva pelos recetores de serviços sobre a sua QdV; as diferentes áreas e diferentes tipos de atores levam a diferentes perspetivas de QdV e criam diferentes formulações; e a invocação seletiva de QdV. A definição e conceptualização de QdV tem sido e continua a ser um processo difícil, que apresenta numerosos problemas técnicos e filosóficos, levando alguns autores a não definirem o conceito de QdV, mas apenas a indicarem as suas dimensões, indicadores ou princípios centrais de uma vida de qualidade (Schalock et al., 2003).

Sobre a avaliação da QdV, vários autores (Bowling et al., 2003; M. Dijkers, 2007; Fernández-Ballesteros, 2011; Kelley-Gillespie, 2009) referem que parece existir, ao

longo das últimas décadas, um consenso sobre a existência de uma subavaliação da QdV, reduzindo as avaliações a abordagens de saúde e funcionalidade ou a abordagens psicológicas subjetivas, tais como o bem-estar, a felicidade ou a satisfação com a vida. De acordo com a pesquisa realizada pela autora Fernández-Ballesteros (2011, p. 22), a três fontes de dados (PubMed, PsyINFO e Sociological Abstracts), a pesquisa sobre a QdV continua a aumentar, mas continua a ser predominantemente na área da saúde/medicina “*health-related quality of life*”.

Também a maior parte dos instrumentos que medem a QdV são baseados em perspectivas médicas e físicas (estado físico, funcional e bem-estar), limitando a QdV à perspectiva física (Kelley-Gillespie, 2009). Moons et al. (2006, p. 899) referem ainda que a maior parte dos estudos de QdV baseiam-se na avaliação do estado objetivo e subjetivo de saúde e que grande parte das análises de conceptualização da QdV foram realizadas em revistas de enfermagem, assim como as publicações em QdV foram publicadas em revistas médicas. Neste sentido, Higgs et al. (2003, p. 242) referem que as experiências das pessoas têm sido reduzidas a medidas de saúde e de mobilidade, constatando-se uma filosofia de “falta”. Bowling (1995, p. 1448) acrescenta que estas escalas de medição raramente incluem qualquer tentativa de definição do conceito de QdV, existindo assim uma “*nebulous conceptualization*” resultante de uma falta de investigação empírica. Relativamente à medida HRQOL (*Health-related Quality of Life*), esta baseia-se na capacidade funcional, estado de saúde, sintomas, suporte social e satisfação com a vida, moral, independência, controlo sobre a vida e capacidade de coping e ajustamento (Bowling, 1995). Nesta perspectiva, parece existir um predomínio de valorização das condições médicas (objetivas e subjetivas) sobre as condições não médicas na avaliação da QdV. Segundo Higgs et al. (2003, p. 242) as escalas que usam a saúde e a doença como *proxies* para a QdV devem ser vistas como “age-blind” e como medidas específicas para a avaliação das doenças e não para a avaliação da QdV. O questionário “Short-Form 36 Health Status” tornou-se um instrumento bastante popular e essa popularidade levou a que cada vez mais investigadores utilizassem a abordagem de saúde na avaliação da QdV (Dijkers, 2007).

Tendo em atenção esta realidade, vários autores realçam que o conceito de QdV ultrapassa a ausência ou a presença de saúde (Thomas et al., 2006), incluindo um conjunto de aspetos, tais como o meio ambiente, rendimento do agregado, a liberdade de expressão, (...) (Bowling, 2004). Apesar destas tentativas, o conceito de QdV continua a ser de difícil e complexa caracterização (Kelley-Gillespie, 2009, p. 278), não

existindo ainda consenso quanto à sua definição (Bowling, 2004; Fernández-Ballesteros, 2011; Hunt, 1997; Hyde et al., 2003; Mandzuk & McMillan, 2005; Moons et al., 2006). Neste sentido, a literatura evidencia que o conceito de QdV ainda não se encontra claramente definido ou entendido (Bowling, 2004; Dijkers, 2005; Hyde et al., 2003; Mandzuk & McMillan, 2005; Moons et al., 2006). Embora o conceito de QdV seja um conceito multidisciplinar, cada vez mais explorado pelas várias áreas (Antropologia, Geografia, Literatura, Filosofia, Economia, Ciências Políticas, Publicidade e as Ciências Médicas e Sociais) (Arun & Çevik, 2011; Bowling, 2004; Farquhar, 1995; Fernández-Ballesteros, 2011; Schuessler & Fisher, 1985), continua a ser um conceito ambíguo (Moons et al., 2006). A liberdade existente na definição de QdV cria alguma confusão no conceito, levando Liu (1976) a referir que “*There are as many quality of life definitions as there are people*”. Na mesma linha de pensamento, Netuveli & Blane (2008, p. 113) advertem que “*Everyone has an opinion about their quality of life, but no one knows precisely what it means in general*”. O conceito de QdV assume-se assim como um conceito problemático e complexo, onde diferentes pessoas valorizaram diferentes perspetivas, sentidos e valores (Almeida, 2008; Farquhar, 1995; Paschoal, 2006). A natureza multifacetada do conceito torna-o de difícil avaliação, existindo ainda poucas medidas de avaliação da QdV multidimensionais (Bowling, 2009). Segundo Cummins et al. (1994) a avaliação de QdV deve ser realizada de acordo com a importância percebida para o indivíduo e não pela imposição do instrumento de avaliação. Neste sentido, Diener & Suh (1997, p. 214) alertam para o facto de ser necessário explorar os pontos fortes das pesquisas de QdV realizadas nas várias áreas e convergir estes esforços para a construção de uma medida que agregue todos os pontos fortes, no sentido de construir uma medida que permita a real captação da QdV humana.

De acordo com esta revisão podemos concluir que, embora o conceito de QdV se assuma como de difícil definição científica, parece existir um consenso que a QdV se apresenta como um conceito amorfo, vago, complexo, multidimensional e que teoricamente agrega todos os aspetos da vida de um indivíduo, através da interação de uma variedade de componentes (objetivas, subjetivas, macrossocial, microindividual, positivas e negativas) (Bowling et al., 2003, 2002; Bowling, 2004; Walker & Lowenstein, 2009; Walker, 2005). Contudo, apesar da existência de algum consenso em algumas componentes do conceito de QdV, até hoje continua a não existir uma definição científica de QdV totalmente aceite.

3.6. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

O conceito de QdV na velhice remonta ao Filósofo Grego Cícero (44 AC., reeditado em 1778), mais propriamente ao seu Ensaio “De Senectute”, onde autor defendeu que a velhice não deveria ser reduzida à ideia de doença, mas sim ao conjunto de oportunidades associadas a esta fase da vida. No seu Ensaio Cícero enunciou quatro queixas associadas à velhice: exclusão da vida ativa, enfraquecimento dos poderes do corpo, privação do prazer sensual e proximidade da morte. Na primeira queixa, Cícero defendeu que cada idade está associada a diferentes atividades e que a velhice era uma fase de criação, aprendizagem e ocupação. Relativamente à segunda queixa Cícero referiu que a falta de vigor físico não era universal para os idosos e que o exercício e o vigor eram atividades possíveis na nesta fase da vida, alertando também para o facto de muitos jovens padecerem de falta de vigor físico. Consciente de que a idade incapacitava o ser humano do prazer sensual, Cícero referiu que na velhice persistem as verdadeiras alegrias do companheirismo, autoria e ciência. Por fim, o Filósofo refere que só quem viveu bem ao longo da sua vida, se pode preparar para a velhice ou para a idade honrosa. Neste sentido, a aproximação da morte não é temida pelo homem bom que espera dela a imortalidade.

Apesar da ideia positiva de velhice introduzida por Cícero, ainda hoje os investigadores insistem na utilização de indicadores associados à doença e à incapacidade na avaliação da QdV dos idosos (Bowling, 1995; Fernández-Ballesteros, 2011; Gergen & Gergen, 2001). As medidas de avaliação da QdV nos idosos estão ainda muito associadas a perspetivas reducionistas, grandemente influenciadas pela saúde (Health Related Quality of Life - HRQOL) (Fernández-Ballesteros, 2011; Walker, 2005). Nestas perspetivas persiste a ideia que a terceira idade constitui um problema que tem que ser ajustado (Walker, 2005, p. 7).

Na tentativa de romper com esta ideia negativa, a Gerontologia Social tem tentado introduzir conceitos positivos associados ao envelhecimento, nomeadamente os conceitos de Envelhecimento Bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997), Envelhecimento Positivo (Fernández-Ballesteros, 2011; Gergen & Gergen, 2001) e Envelhecimento Saudável (World Health Organization (WHO), 2002, p. 12), conceitos que estão extremamente relacionados com o conceito de QdV na velhice (Arun & Çevik, 2011, p. 952; Netuveli & Blane, 2008, p. 117; Walker, 2005). Contudo na análise à QdV nas

idades avançadas, Fernández-Ballesteros (2011) destaca a existência de alguma confusão entre alguns conceitos (QdV, Bem-estar e Satisfação com a vida). Para a autora (Fernández-Ballesteros, 2011, p. 34) a “*QoL is a broad multidimensional concept which cannot be reduced to objective or to subjective components of life; moreover, it must be distinguished from well-being and life satisfaction or/and successful ageing. Without such distinctions, QoL is no more than a fashionable concept.*” Segundo Fernández-Ballesteros (2011, p. 33), na terceira idade, o conceito de QdV coincide em muitos aspetos com o conceito de Envelhecimento Bem-sucedido e Envelhecimento Ativo, mas difere noutros. O Envelhecimento Bem-sucedido e o Envelhecimento Ativo envolvem principalmente condições individuais (comportamentos de saúde e aptidão física, bom funcionamento cognitivo, satisfação com a vida e participação social), enquanto o conceito de QdV envolve condições contextuais/ambientais, condições objetivas (circunstanciais individuais tais como a saúde e ADL) e culturais e condições individual de vida (valores culturais, bem estar ou satisfação) (Fernández-Ballesteros, 2011, pp.33-34). Podemos assim concluir que o conceito de QdV é mais amplo do que o Envelhecimento Bem-sucedido e Envelhecimento ativo. Também Borg & Hallberg (2006, pp. 427–428) referem que existe uma forte associação entre Satisfação com a vida, Qualidade de Vida e Bem-estar, mas que existem diferenças entre eles, sendo a Satisfação com a vida uma componente do Bem-estar e da Qualidade de Vida.

Sobre a investigação de QdV na Terceira Idade Walker (2005, p. 8), Hambleton et al. (2009) e Arun & Çevik (2011, p. 952) alertam para a existência de três implicações:

- Apesar da saúde e da capacidade física representarem questões muito importantes para os idosos, a definição de boa QdV é normalmente similar às dos grupos etários mais jovens;
- Os fatores económicos e sociais são tão importantes quanto as características individuais e biológicas para a QdV dos idosos, neste sentido a estrutura cultural e social (raça, género, classe social) são importantes na definição das experiências e expectativas do que é uma “boa” ou “má” vida;
- Os idosos têm o direito de identificar o seu próprio significado de QdV, contudo raramente as perspetivas dos idosos são exploradas na construção das medidas de QdV.

As tradicionais abordagens de QdV na velhice tendem a ignorar os valores e as perspetivas individuais dos idosos (Bond & Corner, 2006). Contrariando esta tendência vários autores (Beaumont & Kenealy, 2004; Farquhar, 1995; Netuveli & Blane, 2008)

têm vindo a defender que os idosos são capazes de avaliar a sua QdV e quando questionados sobre a sua QdV não falam apenas de aspetos positivos da sua vida, mas também de aspetos negativos. Por estes motivos, os idosos deveriam estar no centro do processo de medição e avaliação da QdV (Walker, 2005, p. 8) e as suas diferenças individuais deveriam ser tidas em consideração, privilegiando assim uma abordagem individual de QdV (Beaumont & Kenealy, 2004; Bowling et al., 2002). A QdV é assim um “*conceito pessoal e fluído*” e uma experiência de vida subjetiva resultante da existência de múltiplas realidades, onde o idoso constrói e reconstrói a sua realidade, de acordo com as suas experiências e contextos (Bond & Corner, 2006, pp. 155–158). Neste sentido, o indivíduo assume-se como um ator social com consciência prática, que vivencia constantemente experiências subjetivas únicas que condicionam o significado que atribui à sua QdV (Bond & Corner, 2006, pp. 156–157).

Baseado na descrição e sintetização das definições de QdV existentes em 33 artigos, Kelley-Gillespie (2009) elaborou um modelo de QdV para idosos. Segundo a autora parecem existir seis domínios principais que influenciam a experiência de QdV dos idosos: Bem-estar social (estatuto sociocultural e socioeconómico, classe, política ambiental, rendimentos, bens materiais, relações sociais, atividades, papéis sociais, sentido de pertença, ...); Bem-estar físico (nutrição, exercício, doença, mobilidade, dor, desconforto, ...); Bem-estar psicológico (saúde mental, sentimentos, habilidades de coping, felicidade, satisfação com a vida, dignidade, liberdade,...); Bem-estar cognitivo (processos de pensamento, memória, capacidade de decisão); Bem-estar espiritual (valores pessoais, condutas, religião, ...); e Bem-estar ambiental (condições de vida, habitação, condições sanitárias, segurança, ...). A autora defende ainda que o aumento do número de idosos e dos idosos que necessitam de cuidados exige uma maior compreensão do que constitui a QdV para os idosos, no sentido de construir medidas de QdV eficazes que promovam a QdV dos idosos (Kelley-Gillespie, 2009).

Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, & Blane (2006) e Webb, Blane, McMunn, & Netuveli (2011) alertam para a existência de fatores positivos e negativos que influenciam a QdV na velhice. A boa perceção de vizinhança, ter relações de confiança com filhos, familiares e amigos e a riqueza constituem fatores que aumentam a QdV, enquanto a má perceção económica, a depressão, as limitações funcionais de longa data e as limitações na atividades de vida diária constituem fatores que reduzem a QdV na velhice.

Bowling et al. (2003) sugeriram a existência de um consenso sobre as principais áreas da QdV dos idosos, indicando que possuir boas relações sociais conduz a uma boa QdV e possuir uma baixa saúde conduz a uma má QdV. Questionados sobre o que poderia melhorar a sua QdV os indivíduos exaltaram o ter saúde e dinheiro e sobre o que poderia melhorar a saúde das outras pessoas com mais de 65 anos eles exaltaram o dinheiro e a saúde. Neste sentido, a saúde e o dinheiro constituem fortes áreas na QdV das pessoas, mas com ordens inversas. Os mesmos autores defendem que os idosos tendem a valorizar mais o que perderam, ou seja se possuírem baixa saúde tendem a valorizar mais a saúde, se possuírem baixas reformas tendem a valorizar a componente económica. Os componentes da QdV interrelacionam-se, neste sentido ser independente e participar socialmente relaciona-se diretamente com a saúde e com as finanças, que também se relacionam com os meios de transporte local, a habitação, os recursos, a comunidade e as relações sociais (Bowling et al., 2003, p. 301).

Apesar dos constituintes do conceito de QdV ainda não se encontrarem consensualmente definidos, a ideia de QdV na velhice passou a ser um tema comum em todos os países desenvolvidos (Higgs et al., 2005, p. 27). Surgindo cada vez mais a necessidade de acrescentar QdV aos anos de vida dos idosos, apostando na manutenção da autonomia, mobilidade e na capacidade de contribuição ativa na sociedade dos mesmos (Bowling et al., 2002, p. 355). Mais do que um conceito restritivo, o conceito de QdV passou a assumir-se como um conceito expansivo, que analisa os vários fatores que influenciam a QdV (Higgs et al., 2005) e não se limita a um único fator. A heterogeneidade existente na população idosa aponta para a necessidade de utilização de análises multidimensionais na análise da QdV dos mais velhos (Grundy & Bowling, 1999). Neste sentido, vários autores (Hyde et al., 2003; Wiggins, Higgs, Hyde, & Blane, 2004) sugerem uma abordagem de QdV dos indivíduos mais velhos (55 e mais anos) baseada na satisfação das necessidades. Nesta perspetiva iremos analisar no próximo capítulo o conceito de Necessidades.

CAPÍTULO IV – NECESSIDADES

Tendo em atenção que utilizamos uma abordagem de QdV baseada na Teoria das Necessidades Humanas, tornou-se importante explicar o conceito de Necessidades Humanas para uma melhor compreensão sobre a construção da abordagem utilizada.

4.1. O CONCEITO DE NECESSIDADES HUMANAS

O conceito de Necessidades Humanas, à semelhança do conceito de QdV, apresenta-se como um conceito vago, de difícil definição e como uma “(...) *ideia pouco precisa e conceptualmente, pouco consensual(...)*” (Pinto, Guerra, Martins, & Almeida, 2010, p. 25). Uma das perspetivas adotadas na definição de Necessidades Humanas foca-se na ausência e privação. Palma (1999, p. 28) define necessidade como a “(...) *falta de algo essencial, um vazio a preencher(...)*”, “(...) *o necessário para remediar um problema identificado.*”. Na mesma perspetiva Quintero & González (1997, p. 137) defendem que o conceito de necessidade é “(...) *aquilo que é preciso para a vida humana, seja físico, mental, espiritual ou social.*”. Liss (2006, p. 133) acrescenta que “*A need is basically a gap between the actual state and a goal*”. Esta abordagem pressupõe que o conceito de necessidade pode ser “ultrapassado” através da eliminação/satisfação dessas ausências e privações. Neste sentido, o nível de satisfação é descrito pela discrepância percebida entre a aspiração e a realização (Campbell et al., 1976).

Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn (2010) defendem que o conceito de Necessidades Humanas não se deve restringir ao aspeto puramente fisiológico de “carência”, defendendo que o conceito de necessidades envolve simultaneamente uma perspetiva de carência (falta de) e uma perspetiva de potencialidade individual e coletiva (ex. a necessidade de afeto, potencia o afeto). Segundo os autores (Max-Neef et al., 2010) existem dois tipos de abordagens de necessidades: a abordagem linear (na qual as necessidades são vistas exclusivamente como carências e orientadas para a satisfação de necessidades singulares, aumentando a dependência do indivíduo do meio) e a abordagem sistémica (necessidade simultaneamente entendida como carência e como potencialidade, rompendo-se com o círculo vicioso de pobreza). A não satisfação adequada das Necessidades Humanas fundamentais revela, segundo os autores,

patologias ou pobreza de várias ordens: de subsistência (devido a alimentação e abrigo insuficientes); de proteção (sistemas de saúde insuficientes, violência, etc.); afeto (devido ao autoritarismo, opressão, etc.), entendimento (devido à má qualidade da educação); participação (devido à marginalização e discriminação das mulheres, das crianças e minorias); identidade (imposição de valores estranhos a culturas locais e regionais, emigração forçada e exílio político), etc. Os meios de satisfação das necessidades são caracterizados como as formas de ser, ter, fazer e estar, de carácter individual e coletivo, conducentes à atualização das necessidades (Max-Neef et al., 2010, p. 24). A alimentação, o abrigo, sistemas de saúde, educação, cultura, (...) assumem-se como meios de satisfação das necessidades que permitem ao indivíduo a satisfação ou não das suas necessidades (sociais, psicológicas e biológicas). Os meios de satisfação das necessidades são influenciados pelos bens económicos, que permitem afetar a eficiência da satisfação das necessidades, alterando o limiar de atualização de uma necessidade, seja de forma positiva ou negativa.

Acerca da definição de necessidades não satisfeitas Pinto, Guerra, Martins, & Almeida (2010) referem que estas correspondem:

- Aos eventuais hiatos entre as necessidades sentidas e as respostas sociais que procuram satisfazê-las;
- Às necessidades sentidas e/ou expressas cuja provisão não se encontra prevista ou coberta nem pelas estratégias individuais/familiares, nem pelas políticas de intervenção social;
- Às necessidades que, encontrando-se institucionalmente cobertas, não são correspondidas de forma eficaz, pela existência de défices quantitativos (inexistência ou insuficiência de instrumentos ou medidas), ou défices qualitativos (desadequação entre instrumentos e realidade, dificuldade ou restrições observadas no acesso aos mecanismos e recursos de resposta, deficiente conhecimento, etc.).

4.2. DISTINÇÃO ENTRE NECESSIDADE E QUERER

Na linguagem corrente verifica-se muitas vezes uma confusão entre necessidade (need) e querer (want). Segundo Allardt (1976, pp. 229–230), o querer relaciona-se com a felicidade e necessidade com o bem-estar. Também Campbell (1998, p. 236), baseado na Teoria do Consumo, referiu que o conceito de necessidade relaciona-se com

satisfação, carência (requirement), falta de (lack of) e deficiência (deficiency) e o querer (want) com o desejo (desire), fantasia (fancy), atração (attracted), gostar de (fond of) e amor (love). Na perspectiva de Campbell (1998) o conceito de necessidade liga-se com o estado do ser, onde uma perturbação ou “estado de privação ou falta de” é seguida de uma ação para restaurar o equilíbrio original (ex. comida pode satisfazer a fome, roupa pode proteger do frio, casas podem abrigar). Enquanto o prazer é um tipo de reação que os indivíduos possuem quando se deparam com certos estímulos (ex. sons são agradáveis ou desagradáveis, dependendo do gosto dos indivíduos). Neste sentido, Campbell (1998, p. 237) defende que as necessidades são objetivas, enquanto o querer é marcadamente subjetivo. Para defender esta ideia o autor referiu que as necessidades podem ser avaliadas por outras pessoas para além do indivíduo, na medida em que o indivíduo pode não ser competente para avaliar as suas necessidades (ex. médico avalia as necessidades do paciente, na medida em que o paciente normalmente não tem competência para fazer avaliações médicas), enquanto o querer apenas poderá ser avaliado pelo indivíduo e nenhum especialista estará em condições de o fazer.

4.3. PERSPETIVA HISTÓRICA DO CONCEITO DE NECESSIDADES HUMANAS

Marx foi um dos primeiros autores a abordar a questão da satisfação das Necessidades Humanas. O autor preconizou que a satisfação das necessidades (ex. comer e beber, habitação, vestuário,...) era essencial para a vida humana e o “(...) *primeiro acto histórico humano(..)*” (Cruz, 2004, pp. 23–24). Segundo Marx (1990, p. 45) o trabalho produzia mercadoria que satisfazia as necessidades humanas “(...) *quer surjam p. ex., do estômago ou da fantasia, em nada modifica a questão*”. Marx (1990, p. 198) defendeu ainda que as necessidades eram influenciadas por elementos históricos, morais, civilizacionais e especificidades de cada país, enfatizando a ideia de que as necessidades dependem do contexto em que as pessoas estão inseridas.

Em 1951, Maslow formulou a primeira tentativa de caracterização das necessidades humanas. A sua teoria da motivação humana, baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas, admitiu que todo ser humano possuía necessidades comuns e que as procurava satisfazer através de uma hierarquia pré-definida, não existindo uma satisfação total e contínua de todas as necessidades pessoais fundamentais. O autor defendeu a existência de cinco níveis de necessidades (biológicas, segurança, sociais,

auto estima e auto realização), que vão sendo satisfeitas hierarquicamente, após a satisfação da necessidade anterior.

Para Maslow (1943) as necessidades fisiológicas eram as necessidades mais básicas e primordiais do ser humano, estas necessidades (alimentação, habitação, conforto físico, descanso, lazer, ...) caracterizam-se como instintivas e de sobrevivência. As necessidades de segurança surgem quando as necessidades fisiológicas estão satisfeitas e relacionam-se com a proteção individual contra as ameaças e perigos, contra a incerteza ou insegurança. As duas necessidades referidas são as chamadas necessidades primárias e as três seguintes as necessidades secundárias. As necessidades sociais surgem quando as necessidades primárias estão satisfeitas e incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afetos e de amor. A sua não adaptação pode levar à exclusão social e à solidão. As necessidades de auto estima são as necessidades de respeito próprio, nomeadamente auto confiança, aprovação e consideração social, prestígio profissional e autonomia. A não satisfação das necessidades conduz ao desamparo, desânimo, frustração e desmotivação.

As necessidades de auto realização pessoal emergem quando todas as outras necessidades estão satisfeitas e constituem as necessidades humanas que se situam no topo da hierarquia e correspondem à realização integral do indivíduo. São as necessidades de desenvolvimento pessoal e da realização de todos os objetivos pessoais que conduzem o indivíduo à aceitação de si mesmo e à aceitação do outro.

Para Maslow (1970, pp. 87–88) o comportamento é motivado por necessidades pessoais fundamentais hierarquicamente definidas: *“A necessidade de segurança é mais forte do que as necessidades sociais e afetivas, porque domina o organismo em várias formas demonstráveis quando ambas as necessidades são frustradas. Neste sentido, as necessidades fisiológicas [...] são mais fortes do que as necessidades sociais e afetivas, que por sua vez são mais fortes do que as necessidades de auto-estima, que são mais fortes do que aquelas necessidades idiossincráticas que nós denominamos por necessidade de autorrealização”*. Segundo Maslow as queixas apresentadas pelos indivíduos são reveladoras dos seus desejos e necessidades e os indivíduos desejam sempre algo que não possuem e que quanto mais alto for o nível de necessidade, maiores serão os seus desejos e necessidades e conseqüentemente as suas reclamações e frustrações (Maslow, 1973). Contudo esta teoria não teve em atenção os fatores culturais (Doyal & Gough, 1991, p. 36), sendo alvo de muitas críticas dos seus

subsequentes, o que a fragilizou bastante. Mais tarde, Doyal & Gough (1991, p. 36) referiram que a tipologia de Maslow para além de exaustiva era também falsa, na medida em que a progressão hierárquica, a sequência temporal e a noção de que todos os indivíduos tinham as mesmas necessidades eram irrealistas. Na perspetiva de Doyal e Gough, (1991, pp. 36–37) existem pessoas, e exemplificaram o caso dos montanhistas, que valorizam mais a realização pessoal, do que a sua própria segurança e que as necessidades humanas não são iguais em todos os organismos, sendo influenciadas pela estrutura genética de cada indivíduo.

Em 1972, Bradshaw (1972, pp. 72–74) distinguiu quatro tipos de necessidades sociais: normativas (definidas pelos experts e profissionais, administradores ou cientistas baseadas num quadro teórico de investigação); sentidas (baseada na crença do indivíduo sobre necessidade, relacionada com desejo “want”); expressas (as necessidades verbalizadas ou como as pessoas utilizam os serviços ex. serviços de saúde); e comparativas (as necessidades existentes numa população podem ser as mesmas para populações que vivam noutra local com características sociodemográficas idênticas). A Taxonomia das Necessidades Sociais proposta por Bradshaw (1972, p. 81) veio facilitar a pesquisa social, na medida em que utilizando esta taxonomia os investigadores sociais poderiam mais facilmente captar as necessidades reais das populações e fornecer informações aos decisores políticos, no sentido da criação de novas políticas e serviços sociais.

Em 1974 a Declaração de Cocoyoc (1974, p. 5) alerta para o facto de o desenvolvimento não se dever limitar apenas à satisfação das necessidades humanas básicas (alimentação, vestuário, saúde), mas sim valorizar a existência de outras necessidades, objetivos e valores nos seres humanos. Neste sentido, o desenvolvimento deveria incluir a liberdade de expressão e impressão, o direito de dar e receber ideias e estímulos, a necessidade social de participação na definição da base da nossa própria existência e da moldagem do futuro do mundo, acesso a educação, necessidades de auto realização e a preocupação com a natureza (conservação dos recursos naturais e melhoria do ambiente) (Declaração de Cocoyoc, 1974, pp. 5–12). Esta Declaração veio reforçar a importância da QdV dos indivíduos, baseada num desenvolvimento equitativo das populações e dos países, da participação social e do desenvolvimento sustentável (social, económico e ecológico) e contribuiu para a promoção da análise das necessidades humanas, na medida em que agregou outras dimensões de necessidades, para além das necessidades básicas.

Mais tarde Allardt (1976) definiu três níveis de condições essenciais para o desenvolvimento humano: materiais (having), sócioafectivas (loving) e de desenvolvimento pessoal (being). Estas condições não estão hierarquicamente organizadas e possuem indicadores objetivos e subjetivos que avaliavam o nível de bem-estar na sociedade. Segundo Allardt (1976, p. 230) as necessidades são centrais no conceito de Nível de Vida, mas nem todas as necessidades se baseiam em recursos materiais. As necessidades de relacionamentos, amor e solidariedade, não se baseiam nos recursos materiais, mas sim nos relacionamentos interpessoais

Na perspectiva de Allardt (2009, pp. 89–94) as necessidades materiais (having) estão associadas aos recursos económicos, condição da habitação, emprego, condições de trabalho, saúde e educação (indicadores objetivos) e aos sentimentos subjetivos de insatisfação/satisfação com as condições de vida (indicadores subjetivos). As necessidades sócioafectivas (loving) aos contatos com a comunidade local, família, amigos, associações e colegas de trabalho (indicadores objetivos) e aos sentimentos de infelicidade/felicidade inerentes a esses contatos (indicadores subjetivos) (Allardt, 2009, pp. 91–94). Enquanto as necessidades de desenvolvimento pessoal (being), encontram-se associadas à realização pessoal, às atividades políticas, às oportunidades de realizar e ter tempo para as atividades de lazer, oportunidades de trabalho e oportunidades para aproveitar a natureza (indicadores objetivos) e aos sentimentos subjetivos de alienação/desenvolvimento pessoal (indicadores subjetivos) inerentes da relação das pessoas com a sociedade e natureza (Allardt, 2009). Allardt (2009) também defendeu que as necessidades são historicamente determinadas e que não existe uma lista de necessidades universais que se possa aplicar a todas as situações.

Doyal & Gough (1991, p. 53) consideram que todos os seres humanos possuem necessidades básicas universais: saúde física (entendida como a possibilidade de possuir uma vida ativa e com sucesso, com maior esperança de vida possível e com menor grau de incapacidade, em função do capital genético de cada indivíduo) e a autonomia (definida como a capacidade dos indivíduos fazerem escolhas informadas sobre o que pode ser feito). A satisfação das necessidades básicas seria a pré-condição para a ação e interação humana. Neste sentido, a participação dos indivíduos na vida cultural e social dependeria, em última instância, da satisfação das suas necessidades. Os indivíduos deteriam diferentes níveis de autonomia em função das representações de si próprio e da sua cultura, da sua saúde mental e ainda de oportunidades de ação. Não defendendo uma hierarquia ou uma ordem de importância, os autores referem a existência, para além das

necessidades básicas (saúde e autonomia), de necessidades intermédias (condições necessárias à realização de saúde física e autonomia) (Doyal & Gough, 1991, pp. 191–221):

- 1º Alimentação nutritiva e água potável;
- 2º Habitação adequada;
- 3º Ambiente seguro;
- 4º Ambiente físico saudável;
- 5º Cuidados apropriados de saúde;
- 6º Proteção à infância;
- 7º Relações Primárias significativas;
- 8ª Segurança física;
- 9º Segurança económica;
- 10º Educação básica;
- 11º Educação para planeamento familiar pré e pós natal.

Relativamente à saúde, os autores referem que um alto nível de saúde corresponde a uma esperança de vida elevada e a um baixo nível de doença (Doyal & Gough, 1991). Quanto à autonomia, Doyal & Gough (1991, p. 53) defendem que para o ser humano ser autónomo deveria “(...) *ter a capacidade de fazer escolhas informadas sobre o que pode ser feito e como deve ser feito(...)*”. Nesta perspetiva, os autores afirmaram que o nível ótimo de autonomia pode ser especificado em dois campos de ação: autonomia de agência e autonomia crítica. Dentro destes dois campos os autores diferenciam o nível mínimo e o nível máximo de autonomia. Segundo os autores o nível mínimo implica “(...) *a minimização dos constrangimentos sociais na participação da pessoa em atividades socialmente significativas associado ao acesso ao mais profundo entendimento cognitivo como é necessário para exercer a sua forma de vida escolhida (...)*” (Doyal & Gough, 1991, p. 73). Enquanto o nível máximo inclui, para além do nível mínimo, o acesso ao conhecimento de outras culturas, habilidades críticas e liberdades políticas para se avaliar a si mesmo e capacidade para mudar, se assim o escolherem (Doyal & Gough, 1991, p. 73). Quando a autonomia da pessoa está comprometida a sua capacidade fica estrangida. Os autores valorizaram a participação social dos indivíduos na sociedade e referem que a incapacitação da participação dos indivíduos na sociedade incorreria em danos graves para o indivíduo e impediria o indivíduo de se tornar agente social. Na perspetiva dos autores “(...) *a*

sobrevivência física e a autonomia pessoal são pré-condições para qualquer ação individual em qualquer cultura, elas constituem as necessidades mais básicas- aquelas que têm que ser satisfeitas até certo ponto antes de os atores possam efetivamente participar na sua forma de vida para atingir quaisquer outros objetivos valorizados (...)” (Doyal & Gough, 1991, p. 54). Os autores referem que as necessidades básicas e intermédias são universais e transculturais.

4.4. O CONCEITO DE NECESSIDADES HUMANAS E O CONTEXTO SOCIAL E MOMENTO HISTÓRICO

O conceito de Necessidade Humana assume-se como uma construção social (Regledo Rada, 2004) que varia segundo o contexto social e o momento histórico (Allardt, 2009; Brage, 1988; Doyal & Gough, 1991; Marx, 1990). Nesta perspetiva, as necessidades dos indivíduos dependem dos seus valores, crenças, cultura, contexto e demais especificidades, nomeadamente individualidade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconómicos, o ciclo saúde-doença, o ambiente físico, desenvolvimento de uma atividade profissional ou não, e, no caso dos cuidadores corresidenciais, do grau e do tipo de dependência do indivíduo que necessita de cuidados, saúde do cuidador, existência de apoio de outras pessoas, ter acesso a serviços de apoio e grau de isolamento social (Bogermans, Nola, & Philp, 2001; Horta, 2005; Tomás, 2001).

Segundo Riechmann (1998) e Max-Neef et al. (2010) o que está culturalmente determinado não são as necessidades, mas sim os meios de satisfação das necessidades “satisfactors”. Para Max-Neef et al. (2010) o que muda não são as necessidades, mas sim a possibilidade de escolha da quantidade e qualidade da satisfação dessas necessidades ou a possibilidade de ter acesso à satisfações dessas necessidades.

As necessidades podem ser inconscientes, mas reais (Brage, 1988; Riechmann, 1998), sendo por isso necessário “(...) *compreender o silêncio das necessidades e conhecer as condições históricas de produção de silêncio (...)*” (Brage, 1988, p. 70). Brage (1999, p. 271) defende uma distinção entre o silêncio das necessidades e o silêncio dos indivíduos sobre as suas necessidades, ou seja quando as necessidades são efetivamente percebidas, sentidas, inscritas no *habitus*, mas não são expressas, apresentadas em reivindicações e procuras. Para o autor (Brage, 1999. p. 271) a diferença reside entre aqueles que não sabem ou não se podem expressar e aqueles que sabem se expressar e não se expressam. Nesta perspetiva, Brage (1988, pp. 70–71)

refere que *“Os sujeitos sociais podem não estar conscientes das suas necessidades, já que a situação social limita e define o sistema de disposições que podem conduzir as práticas efetivas, já que delimita o campo de práticas possíveis, incluindo o nível de representação do mundo social”*.

Pinto, Guerra, Martins & Almeida (2010, pp. 61–64) alertam para a necessidade de diferenciar as necessidades emergentes das necessidades latentes. Segundo as autoras (Pinto et al., 2010) as necessidades emergentes associam-se à temporalidade, ou seja à construção e ao reconhecimento do que é identificado como necessidade, às necessidades tradicionais e às novas necessidades. As necessidades emergentes podem ser percebidas pelos sujeitos, mas não pelas entidades e instituições sociais, ou inversamente podem ser reconhecidas pelas entidades e instituições e não pelo indivíduo ou grupo de indivíduos destinatários das políticas. As necessidades latentes reportam ao reconhecimento/identificação individual e/ou institucional das necessidades (Pinto et al., 2010, pp. 61–62). Nesta perspetiva, as autoras (Pinto et al., 2010, p. 64) relacionam o carácter emergente (temporalidade) e latente (identificação) das necessidades e sugerem a existência de dois tipos de necessidades:

- Necessidades emergentes latentes (as que, decorrendo de contextos de transformação societal, ainda não foram objeto de reconhecimento individual e/ou institucional);
- Necessidades emergentes identificadas (individualmente e/ou institucionalmente).

O conceito de necessidade é um ponto central no pensamento social e *“(...) a deteção das necessidades permite determinar o que é necessário e tem como objetivo a alocação de recursos para a satisfação das mesmas”* (Brage, 1988, p. 70). As necessidades quando são partilhadas por um grande número de pessoas transformam-se em necessidades sociais (Brage, 1988) e a sociedade tenta criar meios para superar essas necessidades emergentes e os novos desafios sociais (Regledo Rada, 2004).

As necessidades básicas assumem um *“(...) papel preponderante na justificação dos direitos sociais e das políticas públicas que lhes são correspondentes (...)”* (Pereira, 2002, p. 37). Neste sentido, as necessidades estão relacionadas com os direitos sociais, com o discurso político e moral e os serviços sociais tendem a ir ao encontro dessas necessidades (Pisón, 1998).

CAPÍTULO V - UMA NOVA ABORDAGEM DA QdV DOS IDOSOS

Vários autores defendem uma abordagem de QdV baseada na satisfação das necessidades dos indivíduos (Hyde et al., 2003; Mihaela & Moise, 2011; Quintero & González, 1997; Setién, 1993; Wiggins, Higgs, Hyde, & Blane, 2004). Na perspectiva de Setién (1993, pp. 137–139), o conceito de QdV apresenta-se como uma reflexão social sobre o grau de satisfação das necessidades de uma comunidade ou sociedade, traduzindo-se na capacidade de uma sociedade permitir a satisfação das necessidades (materiais ou imateriais) dos membros que a compõem, através das condições objetivas que se desenvolvem na vida social e do sentimento subjetivo da satisfação dos seus desejos, socialmente influenciados. Mihaela & Moise (2011, p. 55) acrescentam que o conceito de QdV pode ser definido pelo grau de satisfação das necessidades objetivas em relação com a perspectiva subjetiva do bem-estar do indivíduo. Enquanto, Wiggins, Higgs, Hyde & Blane (2004) referem que a QdV deveria ser avaliada através do grau de satisfação das necessidades humanas.

A abordagem da satisfação das necessidades apresenta-se como a condição para uma vida com qualidade. As mudanças demográficas, de saúde, económicas e sociais criaram a necessidade de desenvolver uma medida de QdV específica para a Terceira Idade. Os idosos vivem cada vez mais anos, com mais saúde e com mais atividade social, surgindo a necessidade de repensar a experiência e o entendimento de ser velho (Wiggins, Netuveli, Hyde, Higgs, & Blane, 2008; Wiggins et al., 2004). Muitos autores negligenciaram a questão da agência ou da capacidade dos idosos atuarem no mundo, associando os idosos a dependência e a vulnerabilidade (Higgs et al., 2003). As alterações demográficas decorrentes do aumento da esperança de vida, o aumento considerável no número de idosos, a melhoria da saúde das populações e a melhoria das condições de vida levaram à necessidade de criação de um “novo mapa de vida” (Laslett, 1991) e de reajustar conceito de idoso à atualidade. Laslett (1991, pp. 1–4) propôs uma redefinição do ciclo de vida através da divisão em quatro idades:

- Primeira idade (Infância) associada à dependência, socialização, imaturidade e educação;
- Segunda idade (Idade Adulta) associada à independência, maturidade e responsabilidade;

- Terceira Idade associada à satisfação pessoal, período durante o qual as pessoas estão livres do trabalho pago e dos constrangimentos familiares;
- Quarta idade associada à dependência, decrepitude e proximidade da morte.

A Terceira idade assume-se neste ciclo como uma nova etapa da vida, associada à boa QdV, ao culminar da satisfação pessoal e ao “coroamento da vida”, onde o indivíduo deixa de ter as típicas responsabilidades da segunda idade e pode criar, a partir da sua escolha pessoal, novas atividades, novos laços e novas perspectivas. Gilleard & Higgs (2005, p. 1) referem que este novo período da vida não se refere nem à meia-idade, nem à velhice, mas “ *a kind of hybrid of the two*”, distante das responsabilidades da meia-idade e da doença da velhice.

Laslett (1991) rompeu com a ideia negativa ligada à velhice e introduziu o conceito de “Terceira Idade” associado à ideia do aumento da esperança de vida, à melhoria das condições de saúde, ao acesso a reformas, à ausência de responsabilidades familiares e de trabalho remunerado. O aumento do número de idosos na sociedade, as rápidas mudanças sociais e o aumento da reforma antecipada lançam novos desafios nunca antes vividos pelas sociedades modernas, exigindo um novo olhar sobre a Terceira Idade. Atualmente, cada vez mais os idosos assumem um papel ativo e reflexivo na sociedade e a promoção da QdV destas pessoas surge como um objetivo central, que não pode ser analisado considerando apenas abordagens instrumentais que anulam o lado subjetivo do indivíduo (Hyde et al., 2003).

Higgs et al. (2003, p. 242) alertaram para a necessidade de construção de uma nova medida de QdV para a Terceira idade, argumentando que as medidas existentes revelam deficiências teóricas e encontram-se mal definidas. Para os autores (Higgs et al., 2003, p. 242) a QdV não pode ser reduzida a um único fator (ex. saúde), mas deve ser antes vista como o resultado de um processo complexo de vários elementos presentes na vida da pessoa. Logo, qualquer medida de QdV deve ser diferente dos elementos que podem influenciá-la, ou seja se a QdV é constituída pela saúde, redes sociais e circunstâncias materiais e nenhum destes componentes sozinhos consegue expressar toda a QdV (Higgs et al., 2003, p. 243). Neste sentido, os autores defendem uma abordagem de QdV baseada na satisfação das necessidades na Terceira Idade: “*QoL should be assessed as the degree that human needs are satisfied*” (Higgs et al., 2003, p. 243). Higgs et al. (2003) adotaram a perspectiva de Mckenna et al. (1999) que defenderam a necessidade de enfatizar, na avaliação da QdV, as razões que movem as pessoas e a afastar-se da função *per se* (saúde, mobilidade física,...) e a perspectiva de Doyal &

Gough (1991) na caracterização das necessidades humanas. Goyal & Dough (1991) contribuíram para ideia de que tanto as necessidades de saúde física, como as necessidades de autonomia eram condições essenciais para o ser humano. Segundo os autores a não satisfação destas duas necessidades traria danos para o ser humano, não permitindo o seu desenvolvimento. Para Goyal & Dough (1991) as necessidades humanas são universais (saúde e autonomia) e os meios de satisfação dessas necessidades caracterizam-se por serem abertos e dinâmicos.

Giddens (1991) na caracterização da modernidade e da autoidentidade do sujeito defende que o ser humano se confronta, na modernidade, com uma diversidade de escolhas, assumindo-se cada vez mais como um projeto reflexivo (reflexibilidade contínua e abrangente), com uma trajetória de desenvolvimento (passado-futuro) e com uma narrativa, na qual o indivíduo é responsável. A “life course” para Giddens (1991) assume-se como a série de transições (ganhos e perdas) que o indivíduo enfrenta ao longo da sua vida, onde a reflexibilidade, as práticas e o balanço entre o risco e a oportunidade constituem pilares fundamentais. Neste sentido, os autores conceptualizaram a QdV em quatro domínios: controlo, autonomia, autorrealização e prazer. O **controlo** é definido como a capacidade de intervir ativamente no ambiente ou “freedom from”(Blane et al., 2004; Patrick, Skinner, & Connell, 1993). Este domínio baseia-se na capacidade de ação e tem como ideia oposta a ideia de “helplessness” ou seja a ideia de incapacidade/ vulnerabilidade. A **autonomia** como o direito de um indivíduo ser livre de interferências indesejadas ou “freedom to” (Blane et al., 2004; Patrick et al., 1993). Este domínio baseia-se na conexão entre a vontade e a ação, na liberdade de ação. Os domínios de **autorrealização** e **prazer** baseiam-se na apreensão dos processos ativos e reflexivos do ser humano (Giddens, 1990; Laslett, 1991; Turner, 1995).

Os autores recorreram à Teoria das Necessidades de Maslow para defender que todos os seres humanos compartilham um conjunto de necessidades básicas e à Teoria de Doyal & Gough (1991) quando referem que a saúde física e a autonomia se assumem como precondições para a participação livre na sociedade. Para a construção dos domínios de autorrealização e prazer, os autores recorreram à perspectiva de Laslett (1991), Giddens (1991) e Turner (1995). Nesta fase da vida os indivíduos possuem boa QdV (Laslett, 1991), uma atitude reflexiva e participativa na vida (Giddens, 1991) e uma atitude cada vez mais interventiva no ambiente (Higgs et al., 2003, p. 245). Neste sentido os autores argumentaram que o prazer e a autorrealização constituem

necessidades humanas, contudo os recursos que as pessoas possuem para as satisfazer são fluídos e contextuais (Higgs et al., 2003, p. 246). Segundo Wiggins et al. (2008, p. 65) o controlo e a autonomia constituem pré-requisitos naturais para os sentimentos associados ao ser capaz de participar na sociedade e a medida em que esses sentimentos podem ser realizados é capturada pela autorrealização (natureza mais reflexiva da vida) e pelo prazer (sentido de diversão derivado dos aspetos da vida mais ativos) .

A nova medida de QdV defendida pelos autores (CASP-19) deriva da Teoria das Necessidades Humanas e considera que existem necessidades comuns que se assumem como pré-requisitos para a livre participação na sociedade e valoriza, simultaneamente, as dimensões mais ativas e reflexivas características do ser humano. Hyde et al. (2003) recusam uma abordagem simplista de QdV, defendendo que a QdV não se limita apenas a que o indivíduo viva livre de interferências indesejadas (autonomia) ou a ter a capacidade de intervir diretamente no ambiente (controlo) (Patrick et al., 1993), a QdV deve permitir um processo reflexivo (autorrealização) que leva à felicidade (prazer) (Giddens, 1990). Para Higgs et al. (2003) a medida CASP-19 oferece uma nova abordagem de QdV, que integra um modelo sociológico de QdV e um instrumento de investigação válido.

CAPÍTULO VI – METODOLOGIA: A ESCOLHA DOS MÉTODOS MISTOS

Para cumprimento dos objetivos propostos elegemos a abordagem por métodos mistos, com o propósito de elaborar uma análise válida e compreensiva do fenómeno (Happ, 2009). Segundo Tashakkori & Creswell (2007), neste tipo de investigação, o investigador recolhe e analisa os dados, integra as conclusões e faz inferências usando simultaneamente (num mesmo estudo) abordagens ou métodos quantitativos e qualitativos para compreender um problema de investigação. A razão principal para a escolha deste tipo de método prende-se com o facto de nem o método qualitativo, nem o método quantitativo serem suficientes, por si só, para capturar as direções e os detalhes da situação (Ivankova, Creswell, & Stick, 2006). De acordo com Happ (2009, p. 122) as investigações em Geriatria e Gerontologia focam-se frequentemente em circunstâncias complexas (ex. cuidado) e normalmente são conduzidas no seio da família ou em Lares de Idosos. A investigação por métodos mistos utiliza as potencialidades da abordagem quantitativa e qualitativa e tenta ultrapassar a complexidade e os pontos fracos destas abordagens, através de uma maior compreensão da problemática analisada (Creswell, 2009, 2012; Flick, 2009). Na investigação por métodos mistos o investigador decide a ênfase a dar a cada tipo de dados, qual o tipo de dados a recolher em primeiro e como combinar os tipos de análise.

Na nossa investigação privilegiamos o Desenho Explicativo Sequencial “*Sequential Explanatory Design*”, que se caracteriza pela existência de duas fases distintas ligadas entre si (Creswell, 2009). Este tipo de desenho caracteriza-se numa primeira fase pela recolha e análise dos dados quantitativos e numa segunda fase pela recolha e análise dos dados qualitativos, que se baseiam nos resultados quantitativos iniciais (Creswell, 2009, pp. 209–2011). O *Desenho Explicativo Sequencial* é normalmente utilizado para explicar e interpretar os resultados quantitativos, através da recolha e análise, numa segunda fase, dos dados qualitativos (Creswell, 2009, p. 211).

6.1. MÉTODO QUANTITATIVO (PRIMEIRA FASE)

Num primeiro momento, com o objetivo de aprofundar o quadro teórico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na Universidade do Minho e no Instituto de Gerontologia do Kings College, em Londres, sobre os conceitos de Qualidade de Vida, Necessidades Humanas e Suporte informal providenciado pela população com 50 e mais anos.

Após a primeira fase de pesquisa bibliográfica, seguiu-se um longo e intensivo processo de conhecimento do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) e da respetiva base de dados (vaga 4, versão 1), utilizada nas análises realizadas. O projeto SHARE segue o desenho dos projetos Health and Retirement Study (HRS) dos Estados Unidos e do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) de Inglaterra e centra-se no estudo do Envelhecimento, Saúde e Reforma das pessoas com 50 anos ou mais e os seus respetivos companheiros(as) / esposos(as), independentemente da idade dos mesmos. Na vaga 4 o projeto SHARE abarca amostras representativas de 16 países europeus: Suécia (SE), Dinamarca (DK), Alemanha (DE), Holanda (NL), Bélgica (BE), França (FR), Suíça (CH), Áustria (AT), Portugal (PT), Espanha (ES), Itália (IT), Estónia (EE), Polónia (PL), República Checa (CZ), Hungria (HU) e Eslovénia (SI).

No processo de conhecimento da base de dados do projeto SHARE, vaga 4, versão 1, deparámo-nos com algumas limitações da base de dados para o nosso estudo. Na vaga 4, o projeto apenas especifica o tipo de suporte informal prestado no cuidado corresidencial (cuidado pessoal: lavar, levantar da cama ou vestir alguém dependente). No suporte informal extrarresidencial não é possível saber se os indivíduos com 50 e mais anos prestam cuidados pessoais e/ou apoio nas tarefas domésticas, apenas sabemos que prestam um tipo ou os dois tipos de suporte.

Tendo consciência desta limitação, dividimos, numa primeira fase, a população com 50 e mais anos de cada país (16 países) em três grupos, segundo o tipo de suporte informal providenciado: prestadores de cuidado corresidencial, prestadores de apoio extrarresidencial e não prestadores de cuidado/apoio. Na análise considerou-se **prestadores de cuidado corresidencial** todos os indivíduos que responderam “sim” à questão sp018_ *“Há alguém a viver consigo a quem tenha prestado assistência com regularidade (todos os dias ou quase todos os dias), durante os últimos doze meses,*

ajudando nos cuidados pessoais, tais como lavar-se, levantar-se da cama ou vestir-se?”. O SHARE apenas considera como prestadores de cuidados pessoais no domicílio os indivíduos que asseguravam cuidados de forma regular, ou seja, todos os dias ou quase todos os dias. Os **prestadores de apoio extrarresidencial** são todos os indivíduos que responderam positivamente à questão: *“Nos últimos doze meses, prestou assistência a alguém que não vive consigo, amigo ou vizinho ajudando nos cuidados pessoais ou nas tarefas domésticas?”* (sp008_). Por fim, os **não prestadores de cuidado/apoio** são representados pelos indivíduos que responderam negativamente às duas perguntas anteriores (sp008_ e sp018_). Note-se que um número reduzido de indivíduos (746) presta cuidados no domicílio e assegura, simultaneamente, apoio pessoal/prático nas tarefas domésticas noutra domicílio, contudo devido à baixa representatividade por país decidimos, na análise descritiva, não considerar este grupo individualmente e incluir estes indivíduos tanto no grupo dos prestadores de cuidado corresidencial, como no grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial.

Para a presente investigação, apenas consideramos elegíveis os indivíduos com 50 e mais anos (57262) dos 16 países analisados. A opção pelo estudo dos indivíduos com 50 e mais anos deve-se ao facto do projeto SHARE privilegiar o período antes da reforma, o período pós reforma e o período da idade muito avançada (Börsch-Supan, 2005) e de estes três períodos se encontrarem diferentemente relacionados com os tipos de suporte informal analisados, com o suporte extrarresidencial a ser mais frequente no período antes e pós reforma e o suporte corresidencial no período pós reforma e idade muito avançada.

Após a divisão da população em três grupos analisamos a prevalência de cada grupo (cuidadores corresidenciais, prestadores de apoio extrarresidencial e não prestadores de cuidado/apoio), por país e no total da população com 50 e mais anos. Nesta análise os dados são ponderados e são calculados os Intervalos de Confiança de 95%. Seguidamente analisamos o tipo de relação com o beneficiário de cuidados (cuidadores corresidenciais e prestadores de apoio extrarresidencial), a frequência de suporte (no caso dos prestadores de apoio extrarresidencial) e a prevalência dos cuidadores corresidenciais e prestadores de apoio extrarresidencial no total de cada grupo etário, segundo género e país, nestas análises os dados são ponderados.

Recorrendo à análise bibliográfica e à análise realizada à base de dados do SHARE vaga 4, versão 1, elaboramos um modelo de análise, com o objetivo de prever se a prestação de cuidados corresidenciais e a prestação de apoio extrarresidencial têm

relação com a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos, em cada um dos 16 países europeus analisados.

Para cumprimento do nosso primeiro objetivo, aplicamos Regressões Multinomiais, com o objetivo de estimar as chances (Odds ratio) do grupo dos cuidadores corresidenciais e grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio, em função das características sociodemográficas, rendimento, saúde, rede de proximidade emocional e participação em atividades sociais. Esta análise é realizada individualmente para cada país, à exceção dos países Suécia e Dinamarca que são agrupados, devido ao baixo número de cuidadores corresidenciais.

Para cumprimento do segundo objectivo analisamos a consistência interna da variável dependente QdV (CASP- 12), através do Alfa de Cronbach e validamos seis pressupostos da Regressão Linear Múltipla (Dimensão amostral, Normalidade, Linearidade, Homoscedasticidade, Independência dos Erros e Multicolinearidade). Posteriormente é realizada uma análise de Regressão Linear Multipla (RLM) para cada país. Segundo Pestana e Gageiro (2005, p. 13) “ *A regressão tem por objectivo explicar e prever a evolução dos fenómenos, com base num conjunto de hipóteses, que expressam relações lógicas entre as grandezas que dele fazem parte*”. O método de introdução de variáveis utilizado é o método *Enter*, no qual “(...) *todas as variáveis exógenas introduzidas são forçadas a permanecer no modelo, com base num suporte teórico*” (Pestana & Gageiro, 2005, p. 271).

Para análise do último objetivo, construímos um Modelo de Análise da QdV dos cuidadores corresidenciais sustentado na literatura. Nesta análise apenas consideramos os países cuja a prestação de cuidados corresidenciais se encontra relacionada com uma baixa QdV, contudo devido ao baixo número de cuidadores corresidenciais em alguns países surgiu a necessidade de agrupar os países de acordo com os Regimes de Cuidado e Regimes de Bem-estar. Em seguida realizamos análises descritivas (Análise de frequências, Média, Desvio Padrão) e inferenciais (Teste Qui-quadrado, Anova Unifactorial) com o objetivo de caracterizar as populações em análise. Por fim, analisamos os pressupostos da RLM e realizamos três RLM com as variáveis do Modelo. Todas as análises quantitativas foram realizadas através do Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22 para Windows.

6.2. MÉTODO QUALITATIVO (SEGUNDA FASE)

Neste estudo adotamos um desenho de complementaridade, onde os resultados do método dominante (quantitativo) são clarificados pelos resultados de outro tipo de método (qualitativo) (Caracelli & Greene, 1997, p. 23). Esta opção permite ao investigador numa segunda fase “*conhecer os pormenores complexos do fenómeno, difíceis de descobrir com os métodos quantitativos*” (Strauss & Corbin, 2009, p. 19) e integrar novas linhas de análise (Happ, 2009, p. 5). O principal objetivo da investigação qualitativa é explicar o fenómeno de interesse a partir da perspetiva dos entrevistados (Merriam, 1998) e produzir resultados não alcançáveis através de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação (Strauss & Corbin, 2009). Neste tipo de abordagem, o investigador é o principal instrumento de recolha e análise de dados e, normalmente, recolhe os dados no terreno, constrói abstrações, conceitos, hipóteses ou teorias, em vez de as testar, focando-se no processo, significado e compreensão do fenómeno (Merriam, 1998). Tendo em atenção as potencialidades da investigação qualitativa e o facto do estudo dos cuidadores conjugais de 50 e mais anos em Portugal ser ainda incipiente, o presente estudo qualitativo tem como objetivo geral: compreender porque é que a prestação de cuidado conjugal contribui para uma diminuição da QdV dos indivíduos. Para tal dividimos a análise qualitativa em duas partes. A primeira parte é essencialmente descritiva e tem como objectivos específicos:

- I. A caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores e beneficiários de cuidados.
- II. A descrição das tarefas realizadas e redes de suporte (formal e informal) dos prestadores de cuidados conjugais com 50 e mais anos.

Na descrição das tarefas realizadas e redes de suporte optamos por realizar uma análise de género e fazer uma distinção entre o período da semana e fim de semana. Alguns estudos apontam para diferenças de género no tipo de tarefas executadas e apoios recebidos pelos cuidadores (Brazil, Thabane, Foster, & Bedard, 2009; Rogero-García & Rosenberg, 2011). Segundo Brazil et al. (2009) as mulheres possuem maiores probabilidades de prestarem apoio instrumental, enquanto os homens possuem maiores probabilidades de apoiar em tarefas de mobilidade, contudo os cuidadores conjugais masculinos e femininos tendem a dispensar as mesmas horas de prestação de cuidados (Yee & Schulz, 2000). A necessidade de diferenciar o período da semana do fim de semana, deve-se ao facto da maioria dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) não

funcionarem ao fim de semana, tornando-se assim importante perceber quem apoia os cuidadores durante o fim de semana.

A segunda parte detém um carácter explicativo e compreensivo (análises de conteúdo) e tem como objectivos específicos:

- I. A compreensão dos motivos que levam os cuidadores conjugais a assumir a prestação de cuidados;
- II. A análise das capacidades (capacidades pessoais e oportunidades sociais) dos cuidadores conjugais de 50 e mais anos;
- III. Análise das necessidades não satisfeitas (emergentes latentes e emergentes identificadas) dos cuidadores conjugais de 50 e mais anos;

Nesta última análise optamos por não realizar uma análise de género, devido ao facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores conjugais masculinos e femininos relativamente à QdV na análise quantitativa e de a análise descritiva ter evidenciado uma uniformidade das tarefas realizadas e características sociodemográficas, apenas com a excepção apenas da saúde, em que as cuidadoras apresentam pior QdV. Na nossa análise consideramos que, na prestação de cuidados informais, mais importante do que encontrar diferenças entre géneros é necessário perceber as condições em que as pessoas atuam enquanto cuidadoras (Fisher, 1994).

6.2.1. AMOSTRA

Relativamente à seleção dos cuidadores, devido à natureza confidencial do projeto SHARE, não nos foi possível entrevistar os mesmos indivíduos que participaram no estudo quantitativo. Para ultrapassar esta limitação definimos uma amostra por conveniência (não probabilística), a partir do estabelecimento de contactos com dez IPSS, Fundações e Santas Casas da Misericórdia de três concelhos (Braga, Barcelos e Guimarães) do distrito de Braga, com o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), com o objetivo de entrevistar cuidadores conjugais com 50 e mais anos dos utentes do SAD. Considerando a problemática em análise foram utilizados os seguintes critérios de seleção dos cuidadores: ter 50 e mais anos; viver com o cônjuge dependente; prestar cuidados pessoais (lavar, levantar da cama ou vestir) regularmente (todos os dias ou quase todos os dias), há mais de três meses; e apresentar um discurso coerente.

A primeira abordagem foi feita através de um pedido de colaboração formal dirigido (Anexo 1) à direção das IPSS, Fundações e Santas Casas da Misericórdia, das quais sete (Centro Social Paroquial de Sobreposta, Centro Cultural e Social de Santo Adrião, Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos Vale D'este, Centro Comunitário S. Martinho de Dume, Centro Social de Cultura e Recreio da Silva, Fundação Stela & Oswaldo Bomfim e Santa Casa da Misericórdia de Barcelos) aceitaram participar no estudo e referenciaram 27 cuidadores conjugais com 50 e mais anos. Todos os cuidadores conjugais referenciados foram informados pelas Diretoras Técnicas ou Auxiliares do objetivo da entrevista e todos os cuidadores aceitaram participar no estudo.

Após esta primeira fase, foram realizadas reuniões com as Diretoras Técnicas em 5 Instituições, com o objetivo de ter um conhecimento prévio das características dos cuidadores (rede de suporte, tarefas realizadas e condições físicas para a prestação de cuidado) e pessoa cuidada (idade, problemas de saúde, causa de dependência e serviços prestados). Nas restantes instituições (2) esta informação apenas foi facultada no dia da entrevista pelas Auxiliares ou Diretoras Técnicas, durante o percurso para a habitação do cuidador, devido a questões operacionais (falta de tempo por parte das Diretoras Técnicas).

Ao longo da realização das entrevistas fomos nos apercebendo da baixa escolaridade dos cuidadores conjugais. Para tentar colmatar esta debilidade dirigimo-nos a três Universidades Seniores do Distrito de Braga, no sentido de encontrar cuidadores conjugais com maior nível de escolaridade. Após reuniões com as responsáveis das Universidades Seniores, as mesmas referiram que nenhum dos indivíduos assíduos desempenhava o papel de cuidador conjugal principal. Apenas dois alunos beneficiavam do apoio de empregadas permanentes que cuidavam do cônjuge dependente. As responsáveis mencionaram ainda que os alunos da Universidade Sénior ou frequentavam a Universidade com o seu cônjuge autónomo ou já eram viúvos(as). Assumindo a baixa escolaridade como uma característica identificada na literatura (Reinhard et al., 2014) prosseguimos com a realização das entrevistas.

Ao longo da realização das entrevistas, duas entrevistas foram consideradas não válidas, devido ao facto dos cuidadores não apresentarem um discurso coerente, sendo apenas validadas 25 entrevistas.

6.2.2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Para realização da análise qualitativa optámos pela entrevista semiestruturada face a face que permite ao investigador um contacto privilegiado com os atores sociais, assim como uma maior apreensão da realidade e uma maior proximidade com a problemática em análise. Este tipo de entrevista fornece alguma estrutura (questões pré-formuladas) e ao mesmo tempo permite alguma improvisação (Myers, 2011), dando mais liberdade de atuação ao entrevistador e ao entrevistado e proporcionando uma maior compreensão do problema de investigação.

A seleção dos tópicos a abordar na entrevista baseou-se na leitura de artigos sobre a “problemática” dos cuidados conjugais e a sua relação com a QdV. Partindo destas leituras dividimos o guião de entrevista (Anexo 2) em seis tópicos:

1. Legitimação da entrevista
2. Motivos que o/a levaram a assumir a prestação de cuidados
3. Tarefas realizadas
4. Apoio/rede de suporte
5. Capacidades
6. Necessidades

Na elaboração do guião da entrevista foram privilegiadas as questões abertas valorizando o conhecimento dos cuidadores (Flick, 2009). A realização da entrevista foi precedida por uma análise sociodemográfica, saúde (conhecimento das doenças crónicas) (Anexo 3) e uma avaliação funcional (aplicação de escalas de avaliação de dependência: Índice de Lawton AIVD (Anexo 4) e Índice de Barthel ABVD (Anexo 5)) dos cuidadores e beneficiários de cuidados, com o objetivo de fazer uma caracterização dos cuidadores e beneficiários de cuidados. Esta análise foi realizada no início da entrevista com o objetivo de facilitar a compreensão sobre a realidade da prestação de cuidados e dotar o entrevistador de um maior conhecimento para a realização da entrevista. Durante esta fase pudemos observar *in loco* as condições de prestação de cuidados e conhecer os beneficiários dos cuidados.

Relativamente ao local de realização da entrevista, 23 entrevistas realizaram-se no domicílio do cuidador e quatro nas instalações das IPSS. Para realização da entrevista no domicílio do cuidador, as Diretoras Técnicas e/ou Auxiliares deslocaram-se à casa do cuidador e apresentaram a investigadora aos cuidadores, pessoa cuidada e familiares,

aquando presentes. No início da entrevista foi assegurado que as informações prestadas eram estritamente confidenciais e que estava garantido o anonimato (Anexo 6).

Para garantir o anonimato dos cuidadores as entrevistas foram codificadas por género (F para feminino e M para masculino) e número de ordem da entrevista. As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos e foram realizadas apenas na presença do cuidador. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para registo informático.

6.2.3. PROCEDIMENTOS PARA INTERPRETAR E ORGANIZAR OS DADOS

O conteúdo das entrevistas foram analisados através da Análise de Conteúdo, que segundo Hsieh & Shannon (2005) se define como um método de investigação para a interpretação subjetiva do conteúdo dos dados do texto, através de um processo de classificação sistemático de codificação e identificação de temas ou padrões. Este método tem uma dimensão descritiva e uma dimensão interpretativa (Guerra, 2006) e como técnica tenta ir para além da mera contagem de palavras ou extração do conteúdo objetivo do texto para examinar significados, temas ou padrões que podem estar manifestos ou latentes num texto em particular (Zhang & Wildemuth, 2009). A Análise de Conteúdo foca-se no assunto e no contexto, enfatiza as diferenças e semelhanças entre nos códigos e categorias e trata o conteúdo manifesto (o que o texto diz, normalmente apresentado em categorias) e latente (o que o texto está a falar, normalmente representado por temas) (Graneheim & Lundman, 2004, p. 111).

A presente investigação privilegia a análise baseada no conteúdo manifesto das entrevistas e não na frequência das categorias ou palavras. Neste sentido, optámos por uma análise de conteúdo categorial, que segundo Guerra (2006, p. 80) se refere à “(...) *identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar*”. Tendo em atenção que a investigação sobre os cuidadores conjugais corresidenciais de 50 e mais anos em Portugal é ainda incipiente, optámos pela Análise de Conteúdo indutiva, que na perspetiva de Elo & Kyngas (2008) é usada em investigações onde não existem estudos anteriores a analisarem o fenómeno ou quando a análise do fenómeno está fragmentada. Contudo para elaboração do guião de entrevista, baseámo-nos na literatura internacional sobre cuidadores conjugais e QdV, introduzindo também um carácter dedutivo à nossa investigação (Elo & Kyngas, 2008).

A análise de conteúdo foi realizada seguindo as seis etapas da análise qualitativa sugeridas por Creswell (2009, pp. 185–190):

1. Organização e preparação dos dados para análise;
2. Leitura atenta das entrevistas e percepção das ideias principais partilhadas pelos entrevistados;
3. Início da análise detalhada, através do processo de codificação;
4. Uso do processo de codificação para elaborar a descrição das dimensões e categorias analisadas;
5. Descrição das dimensões e categorias;
6. Interpretação ou significado dos dados.

De acordo com as seis etapas enunciadas, iniciámos a análise com a transcrição das entrevistas, correção dos erros de transcrição e importação das entrevistas para o programa MAXQDA que permite uma sistemática avaliação e interpretação qualitativa dos textos (Creswell, 2009). Na segunda etapa realizámos uma leitura exaustiva das entrevistas, possibilitando um maior conhecimento sobre a realidade dos cuidadores conjugais com 50 e mais anos e o início do processo de codificação mental. Na terceira etapa elaborámos um “Codebook” (Anexo 7) com uma descrição detalhada das categorias e unidades de significado (palavras, frases e parágrafos), por dimensão. Este processo revelou-se moroso e obrigou a repetidas leituras das entrevistas, literatura e a várias recodificações. Na quarta etapa, construámos um quadro síntese com as unidades de significado (palavras, frases e parágrafos) por dimensão e por cuidador. Na quinta etapa, através de uma exaustiva análise, descrevemos as categorias e subcategorias por dimensão. Na última fase, foram interpretados as dimensões e categorias e os dados foram comparados com a literatura disponível.

6.3. PROCEDIMENTOS DE VALIDADE NA INVESTIGAÇÃO POR MÉTODOS MISTOS

“Research needs to be defensible to the research and practice communities for whom research is produced and used.”

(Onwuegbuzie & Johnson, 2006, p. 48)

Relativamente aos procedimentos de validade na investigação por Métodos Mistos, seguimos a perspetiva de Tashakkori & Teddlie (1998) que aconselham a adotar os

procedimentos de validade de cada tipo de investigação (quantitativa e qualitativa) em cada fase de investigação.

6.3.1. VALIDADE DA INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA

Num primeiro momento, verificámos se todas as variáveis tinham uma distribuição normal através do teste Kolmogorov-Smirnov e em seguida avaliámos a consistência interna (Alfa de Cronbach) da medida CASP-12, que oscilou entre 0,687 para Portugal e 0,841 para a Polónia (Anexo 8). Posteriormente passámos para a validação de seis pressupostos da Regressão Linear Múltipla (RLM): Dimensão amostral, Normalidade, Linearidade, Homoscedasticidade, Independência dos Erros e Multicolinearidade. A validação dos pressupostos da RLM assume-se como uma condição essencial para a obtenção de resultados confiáveis e evitar os erros Tipo I ou Tipo II, ou até mesmo uma sobrestimação ou subestimação da significância ou tamanho do efeito (Osborne & Waters, 2002). A verificação dos pressupostos foi realizada através da análise dos resíduos.

Na primeira RLM realizada, que tinha como objectivo analisar a relação entre a prestação de cuidado informal corresidencial e/ou apoio extrarresidencial e a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos nos 16 países europeus analisados, todos os pressupostos foram cumpridos. Relativamente à **dimensão amostral** Tabachnick & Fidell (2007) recomendam o uso da seguinte regra: $N \geq 50 + 8m$. Nesta regra o **N** é o tamanho da amostra e o **m** o número de variáveis independentes. No nosso modelo de análise foram adotadas 15 variáveis independentes e o número de indivíduos por país oscilou entre 1563 na Alemanha e 5986 na República Checa. Neste sentido, foi respeitado o cumprimento do pressuposto da dimensão amostral. Para análise do pressuposto de **normalidade**, Osborne & Waters (2002, p. 1) referem que “*There are several pieces of information that are useful to the researcher in testing this assumption: visual inspection of data plots, skew, kurtosis, and P-P plots give researchers information about normality and Kolmogorov-Smirnov tests provide inferential statistics on normality*”. Num primeiro momento recorremos ao teste Kolmogorov-Smirnov e constatamos que apenas cinco países (Portugal, Espanha, Itália, Estónia e República Checa), dos 16 países analisados, revelavam valores superiores a 0.050 (Anexo 9). Como as 16 amostras em análise são de grande dimensão recorremos ao Teorema do Limite Central que, segundo Marôco (2011, p. 46), garante “...*que, para amostras de*

dimensão razoável, a média tem uma distribuição normal, mesmo que a variável, para a qual se quer calcular a média não tenha distribuição normal.” Marôco (2011, p. 189) refere ainda que “...os métodos paramétricos são robustos à violação do pressuposto de Normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (uma consequência direta do teorema do limite central).” Para tal analisámos os valores de Curtose e Assimetria, que para Tabachnick & Fidell (2007, p. 79) e Kline (2005, pp. 49–50) são duas importantes componentes da normalidade. Nesta análise verificamos que todos os valores se situavam entre <1 e >1 , cumprindo-se assim a regra da proximidade a 0 e de cumprimento do pressuposto da normalidade (Anexo 10) (Kline & Press, 2005; Osborne & Waters, 2002; Schumacker, Lomax, & Routledge, 2010; Tabachnick et al., 2007). Ainda para análise do pressuposto de normalidade analisámos ainda os gráficos de probabilidade normal dos resíduos (Normal P-P Plots of Regression Standardized residual) (Anexo 11) e constatámos que em todos os países analisados a maioria dos pontos se situavam sobre a diagonal principal, indicando assim o cumprimento do pressuposto da normalidade (Hair, Black, Babin, Anderson, & Pearson, 2010, p. 185). Por fim, analisámos os histogramas que também revelaram distribuições próximas do normal (Hair et al., 2010, p. 185; Tabachnick et al., 2007, p. 81) (Anexo 12). Neste sentido, recorrendo ao Teorema do Limite Central e também à análise dos restantes parâmetros, constatamos que não existem grandes desvios em relação à normalidade, sendo por isso considerado este pressuposto válido.

Para verificação do pressuposto de **Linearidade** analisaram-se os scatterplots dos resíduos estandardizados versus valores previstos para cada país (Hair et al., 2010, p. 183) e concluiu-se que os resíduos distribuem-se de forma mais ou menos aleatória em torno do zero, indicando que a sua variância é relativamente constante (Anexo 13).

Relativamente ao pressuposto de **Homoscedasticidade** (variância constante) dos erros ou seja, desvios padrão dos erros de predição aproximadamente iguais para todos os valores preditos da variável dependente, recorreremos à análise do gráfico dos resíduos studentizados (Studentized Residual) com o valor previsto da variável dependente na forma estandardizada (Hair et al., 2010, p. 185; Pestana & Gageiro, 2005, p. 156) e constatámos que os resíduos encontravam-se aleatoriamente distribuídos à volta do zero na linha horizontal, revelando uma distribuição mais ou menos uniforme (Hair et al., 2010, p. 185; Osborne & Waters, 2002; Pestana & Gageiro, 2005) (Anexo 14).

Quanto ao cumprimento do pressuposto de independência dos erros ou autocorrelação constatámos que os valores de Durbin-Watson se situavam entre 1.670 na República Checa e 1.869 em França, cumprindo-se assim a regra de proximidade de 2, como descrito por Marôco (2011)(Anexo 15).

O último pressuposto analisado foi o da multicolinearidade. Segundo Kline (Kline & Press, 2005, pp. 56–57) existe multicolinearidade quando as variáveis independentes se encontram fortemente correlacionadas entre si (ex. $>0,85$) ou quando os valores do Fator de Inflação da Variância (VIF = Variance Inflation Factor) são maiores que 10 e a Tolerância (Tolerance) é menor que 0.10. (Output da Regressão Linear Múltipla). Todas as medidas revelaram valores aceitáveis (< 0.85 na correlação de Pearson; <3 para o VIF; e >0.1 para a Tolerância), em todas as variáveis independentes analisadas, cumprindo-se assim o pressuposto em análise (Anexo 16).

A segunda RLM realizada tinha como objectivo analisar os preditores de QdV dos cuidadores informais corresidenciais com 50 e mais anos. Nesta RLM, para cumprimento da regra de Tabachnick & Fidell (2007) relativamente à dimensão amostral, foi necessário proceder à junção dos países por Regimes de Cuidado e Bem-estar, devido ao reduzido número de indivíduos em países como a República Checa (148), Alemanha (153) e Portugal (200). Para tal, optamos pela divisão de regimes de cuidado proposta por Pommer et al. (2007) e ainda pelos contributos da tipologia dos Regimes de Bem-Estar de Esping-Andersen (1996) (Países do centro), Ferrera (1996, 1999) (países do Sul da Europa) e Kaariainen & Lehtonen (2006), van Oorschots & Arts (2005) e Aidukaite (2009) (países do Leste da Europa). Neste sentido, os 11 países foram divididos em três grupos: Portugal, Espanha e Itália assumem-se como o grupo dos países do Sul da Europa (países mediterrânicos); Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria como o grupo dos países do Centro (países conservadores ou continentais) e Estónia, República Checa e Hungria como os países de Leste (países ex-comunistas).

Mediante esta alteração todos os pressupostos da RLM analisados foram cumpridos: **Dimensão Amostral**; **Normalidade**: Anexo 17 (Teste Kolmogorov-Smirnov); Anexo 18 (Análise dos valores de Assimetria e Curtose); Anexo 19 (Análise dos Histogramas); Anexo 20 (Análise dos Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual); **Linearidade**: Anexo 21 (Análise dos scatterplots dos resíduos estandardizados versus valores previstos para cada grupo de países); **Homoscedasticidade**: Anexo 22 (Análise do gráfico dos resíduos studentizados com o valor previsto da variável dependente na forma estandardizada), **Independência dos erros**: Anexo 23 (Valores de Durbin-

Watson); e **Multicolinearidade**: Anexo 24 (Correlação de Pearson, Valores de VIF e Tolerance).

6.3.2. VALIDADE E LEGITIMAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Na perspectiva de Onwuegbuzie & Johnson (2006, p. 48) uma investigação deve ser defensável, para tal há a necessidade de adotar critérios de cientificidade aplicados às metodologias qualitativas (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 2008). Creswell (2007) defende a existência de critérios de validação (validity) e confiabilidade (reability) da investigação qualitativa. A validação, na investigação qualitativa, é considerada por Creswell (2007, pp. 206–207) como um esforço para avaliar a precisão dos resultados descritos pelo investigador através do uso de um conjunto de procedimentos. Para avaliar a precisão dos dados, Creswell (2007, pp. 207–209) sugere oito estratégias de validação:

- Envolvimento prolongado e observação persistente no terreno, incluindo a construção de confiança com os participantes, aprendizagem sobre a cultura e procura de informação que decorre de distorções introduzidas pelo investigador ou informantes;
- Triangulação, onde os investigadores usam múltiplas e diferentes fontes, métodos, investigadores e teorias para corroborar evidências;
- Avaliação pelos pares ou reuniões de balanço que providenciem uma avaliação exterior do processo de investigação;
- Reformulação das hipóteses de trabalho sempre que o investigador se depare com casos que as ponham em causa;
- Clarificação da posição do investigador, desde o início do estudo, para o leitor entender a posição do investigador e alguns enviesamentos ou pressupostos que possam ter impacto na investigação.
- Verificação da análise pelos participantes, o que implica, a avaliação da credibilidade dos resultados e interpretações do investigador;
- Descrição rica e densa permita aos leitores tomar decisões quanto à transferibilidade dos resultados, o que implica uma descrição em detalhe dos participantes e/ou dimensões sob análise.

- Auditoria externa que permita a um consultor externo ou auditor examinar os processos e resultados, avaliando a sua precisão.

Para assegurar a validade da investigação qualitativa, Creswell (2007, p. 209) recomenda o uso de pelo menos dois procedimentos. Na nossa investigação, para assegurar a validade da análise qualitativa foi feito um esforço para descrever de uma maneira clara e detalhada todos os passos da investigação qualitativa e fornecer o máximo de perspectivas sobre as dimensões e categorias analisadas. Foram também realizadas reuniões pelos pares, onde um *expert* na área reviu e questionou as dimensões, categorias e interpretações construídas pelo investigador.

Relativamente à confiabilidade (reability) da investigação qualitativa, Gibbs (2007) refere que esta permite uma consistência entre diferentes investigadores e projetos de investigação. Para tal o autor sugere quatro procedimentos para assegurar a confiabilidade da investigação qualitativa:

- Verificação das transcrições para assegurar que não contêm erros durante a transcrição;
- Consistência dos códigos;
- Comunicação coordenada entre os codificadores, através de reuniões e partilhas das análises;
- Cruzamento dos códigos pelos diferentes investigadores com o objetivo de comparar os resultados.

Na nossa investigação, o critério de confiabilidade foi realizado através de três procedimentos. Todas as transcrições das entrevistas foram verificadas com o objetivo de eliminar erros de transcrição. Para assegurar a consistência dos códigos foi criado um codebook com a definição das categorias e regras de codificação. E, finalmente, foi solicitado a um investigador externo a codificação de 5 entrevistas com o objetivo de atestar a confiabilidade dos códigos, mediante o fornecimento do codebook. Comprovada 90 % das codificações, consideramos que o critério de confiabilidade foi cumprido (Miles & Huberman, 1984, pp. 64–66).

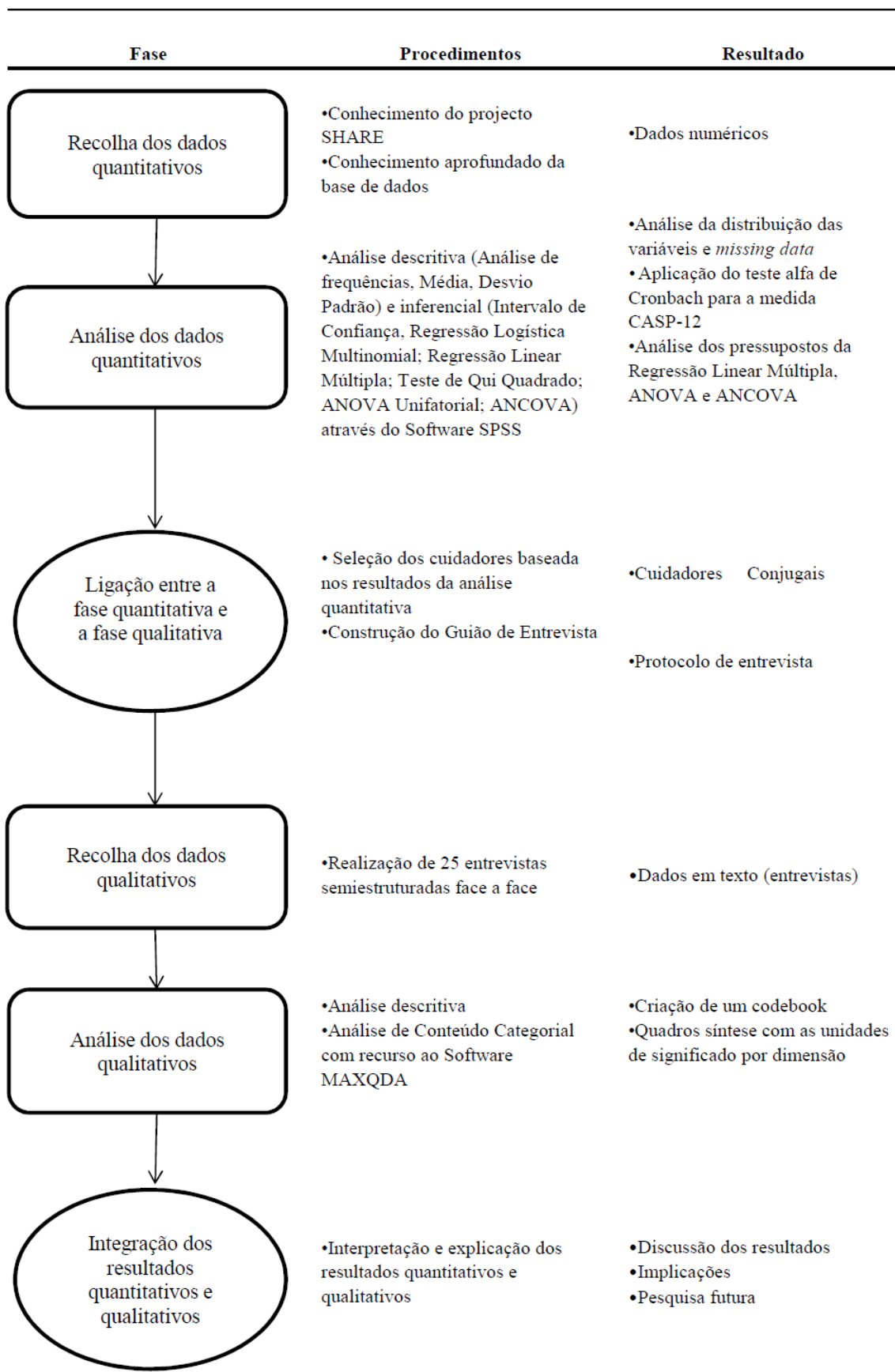
6.4. INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

A investigação por métodos mistos providencia assim resultados mais informativos, completos, equilibrados e úteis (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007), contudo a sua implementação é longa, especialmente quando é dada a mesma prioridade às diferentes

fases (Creswell, 2009, p. 211). Na presente investigação a integração dos resultados da análise quantitativa (fase 1) e análise qualitativa (fase 2) é realizada no capítulo de integração e discussão dos resultados. Neste capítulo pretendemos combinar os resultados da análise quantitativa e qualitativa e compreender e clarificar a problemática da prestação de suporte informal da população com 50 e mais anos.

De acordo com Ivankova et al. (2006) foi elaborado um modelo visual da investigação (Figura 2) com o objetivo de ajudar o investigador a implementar e melhorar a investigação e facilitar a compreensão do leitor sobre os procedimentos adotados.

Figura 2. Modelo visual para a abordagem por Métodos Mistos, Desenho Explicativo Sequencial



PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO VII - ESTUDO QUANTITATIVO (FASE 1)

7.1. PREDITORES DE QdV E MODELO DE ANÁLISE DE QdV DA POPULAÇÃO COM 50 E MAIS ANOS

“Understanding what constitutes a positive or negative quality of life and what indicators are important determining factors of quality of life perceptions is essential to the development of effective and successful long-term care programs, services, and interventions for older adults.”

(Kelley-Gillespie, 2009, p. 279)

Vários autores defendem que a **idade** avançada (75 e mais anos) encontra-se associada a uma baixa QdV dos indivíduos (Thomopoulou, Thomopoulou, & Koutsouki, 2010; Webb et al., 2011; Wiggins et al., 2004). Sobre esta realidade. Netuveli & Blane (2008) esclarecem que o envelhecimento não influencia negativamente a QdV e que após a entrada na terceira idade (65 anos) os indivíduos ainda usufruem de um longo período de boa QdV. Ao analisarem o efeito da idade em três grupos etários (50-64, 65-74 e 75 e mais) Netuveli et al. (2006) concluíram que a QdV aumenta a partir dos 50 anos, atingindo o seu pico aos 68, altura em que começa a decrescer lentamente e aos 86 anos atinge o mesmo nível que tinha aos 50 anos. Neste sentido, o impacto negativo da idade na QdV apenas é visível nos indivíduos com 75 e mais anos (Netuveli et al., 2006). Na relação entre idade e QdV, vários autores apontam para a existência de diferenças regionais. De acordo com Knesebeck, Hyde, Higgs, Kupfer, & Siegrist (2005) e Wahrendorf, Knesebeck, & Siegrist (2008), mais idade foi associada a pior QdV nos países do Sul da Europa e a melhor QdV nos países do Norte da Europa, contudo os autores salientam que o gradiente Norte-Sul é menos pronunciado nos indivíduos menos idosos.

Relativamente ao **género**, os estudos também não revelam unanimidade nos resultados. Wahrendorf, Knesebeck, & Siegrist (2008) encontram pequenas diferenças de género ao nível da QdV nos países do Norte, Centro e Leste europeu, e diferenças mais acentuadas nos países do Sul da Europa, com as mulheres a possuírem menor QdV. Outros autores (Kirchengast & Haslinger, 2008; Thomas et al., 2006; Thomopoulou et al., 2010) encontram resultados mais consistentes, com os homens a possuírem maior QdV, comparativamente com as mulheres. Os estudos revelam ainda

que apesar das mulheres viverem mais anos do que os homens, esses anos “adicionais” são vividos, muitas vezes, com morbidade, dor e reduzida QdV (Avendano & Mackenbach, 2008; Kirchengast & Haslinger, 2008). Reconhece-se também a existência de importantes diferenças socioculturais, socioeconómicas, comportamentais e biomédicas entre géneros. As mulheres idosas, com particular atenção para as mulheres com 70 ou mais anos, têm maior probabilidade, comparativamente com os homens, de viverem sós, serem socialmente inativas, viúvas (desenvolvendo mais sentimentos negativos), possuírem reformas baixas (Avendano & Mackenbach, 2008; Kirchengast & Haslinger, 2008; Stenzelius, Westergren, Thorneman, & Hallberg, 2005; Thomopoulou et al., 2010), de vivenciarem mudanças hormonais (que requerem medicação e alteram a vida diária quando são responsáveis por osteoporose, dores de cabeça, distúrbios do sono, etc.), maiores limitações na mobilidade, na função cognitiva, queixas e doenças crónicas, apesar de os homens possuírem taxas de mortalidade superiores (Liang, Bennett, Sugisawa, Kobayashi, & Fukaya, 2003; Orfila et al., 2006; Rodrigues et al., 2012; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003; Stenzelius et al., 2005; Thomopoulou et al., 2010). Quanto aos homens, estes têm maiores chances de desenvolverem problemas de saúde fatais, tais como doenças cardíacas e acidentes vasculares, enquanto as mulheres têm maiores chances de desenvolverem situações incapacitantes (artrite, cataratas e fraturas da bacia) (Avendano & Mackenbach, 2008, p. 123).

No que confere ao **estado civil** constatamos que os indivíduos casados possuem maior QdV comparativamente com os indivíduos divorciados e viúvos (Thomopoulou et al., 2010). Estar casado na terceira idade encontra-se associado a maior estabilidade, rendimento e educação, assim como a maior probabilidade de ter alguém em quem confiar e em situação de doença ou vulnerabilidade física, psicológica e emocional ter um maior suporte (Antonucci & Ajrouch, 2007).

A literatura revela também que um maior nível de **educação** encontra-se associado a maior QdV (Ateca-Amestoy & Ugidos, 2013; Higgs et al., 2005; Knesebeck et al., 2005; Wahrendorf et al., 2008).

Na análise ao **rendimento** verificamos a existência de uma relação positiva com a QdV (Bowling et al., 2003; Gilhooly, Gilhooly, & Bowling, 2005; Knesebeck et al., 2005; Low & Molzahn, 2007; Ramos, 2001; Siegrist & Wahrendorf, 2009; Wahrendorf et al., 2008). A questão económica é importante para os idosos, não só para as necessidades básicas do dia-a-dia, mas também para a participação na sociedade e para

a prevenção de preocupações associadas à falta de dinheiro, nomeadamente o pagamento de contas, emergências e ajudas práticas (Gabriel & Bowling, 2004).

Segundo Knesebeck, Hyde, Higgs, Kupfer, & Siegrist (2005) e Wahrendorf, Knesebeck & Siegrist (2008) existe um gradiente Norte-Sul na Europa ao nível da QdV, com os países do Norte a apresentarem uma QdV mais elevada e os países do Sul a apresentarem uma baixa QdV. Para os autores estas diferenças são explicadas em parte pela situação socioeconómica destes países, aliado às baixas reformas e a fatores culturais, que condicionam fortemente a QdV dos idosos. A entrada na reforma deveria assumir-se como um período de liberdade pessoal e de novas oportunidades de participação social, contudo esta realidade parece ser apenas um privilégio de alguns. A terceira idade na Europa é uma idade pautada por um conjunto de diferenças sociais, económicas, saúde e culturais, onde as estruturas sociais (classe, género e etnicidade) também têm que ser tidas em atenção, na medida em que estas permitem ou restringem o indivíduo de participar socialmente (Higgs et al., 2005, p. 28).

Quanto à **situação perante o emprego**, Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, & Blane (2006) defendem que a perceção da reforma é mais importante do que estar reformado. Os autores constataram que ter 75 e mais anos e estar reformado estava associado a pior QdV, enquanto ter 50-64 anos e estar na mesma condição de reformado estava associado a melhor QdV. Segundo os mesmos autores, estes resultados podem estar relacionados com a condição económica dos grupos etários. O estudo revelou que os indivíduos das faixas etárias mais novas (50-64 e 65 e 74 anos) possuíam reformas mais elevadas, comparativamente com os indivíduos da faixa etária mais velha (75 e mais anos) (Netuveli et al., 2006).

Boa saúde foi associada a maior QdV na velhice (Bowling et al., 2003; Gabriel & Bowling, 2004; Knesebeck et al., 2005; Netuveli et al., 2006). A QdV nos idosos é influenciada pela saúde física, funcionamento e autonomia (Low & Molzahn, 2007). A independência física (capacidade de andar e ter boa mobilidade) assume-se como um preditor que aumenta a QdV na velhice (Gabriel & Bowling, 2004). Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane (2005) analisaram 9298 indivíduos com 50 e mais anos e concluíram que os pacientes com doença prolongada e com limitações funcionais tinham quatro vezes menos chances de QdV comparativamente com os pacientes apenas com doença prolongada e sem limitações funcionais e 5 vezes menos chances de QdV comparativamente com o grupo de indivíduos sem doença prolongada, nem limitações funcionais. As **limitações na mobilidade** são as dependências mais comuns na

população idosa (Mottram, Peat, Thomas, Wilkie, & Croft, 2008) e as que aumentam fortemente com a idade (o grupo etário dos 80-84 anos comparativamente com o grupo etário 50-54 anos tem 9 vezes mais chances de possuir limitações na mobilidade), género (as mulheres têm 1.13 mais chances de possuir limitações na mobilidade comparativamente com os homens) e estatuto económico (quem possuiu um trabalho manual comparativamente com os que possuem trabalhos não manuais apresentam 1.42 mais chances de possuírem limitações na mobilidade) (Mottram et al., 2008, p. 536). A baixa condição económica e a baixa participação social parecem aumentar as chances de limitações da mobilidade nos indivíduos idosos (Nilsson, Avlund, & Lund, 2011).

As **doenças crónicas** diminuem a QdV dos indivíduos. Canbaz, Sunter, Dabak, & Peksen (2003) constataram que a grande maioria dos indivíduos com 65 e mais anos (73.4% dos homens e 85.6% das mulheres) possuíam doenças crónicas e que, comparativamente com os indivíduos com 65 e mais anos sem doenças crónicas, os primeiros possuíam menores níveis de QdV. Lima et al. (2009) constataram também uma elevada prevalência de doenças crónicas na população idosa e um maior número de doenças crónicas associado a uma diminuição da QdV dos mesmos, acrescentando ainda que a depressão/ansiedade, osteoporose e o acidente vascular cerebral constituem as doenças crónicas que mais contribuem para a diminuição da QdV nos idosos. Contrariamente Baernholdt, Hinton, Yan, Rose, & Mattos (2012) concluem que o número de doenças crónicas não se encontra associado à QdV.

A **função cognitiva** assume-se como uma outra importante determinante de QdV na velhice (Baernholdt et al., 2012; Danthiir, Burns, Nettelbeck, Wilson, & Wittert, 2011). A diminuição da função cognitiva está associada a menor QdV nos indivíduos mais velhos (Bonsang et al., 2012, p. 499). A diversidade e o declínio cognitivo aumentam com a idade (Adam, Bonsang, Germain, Perelman, & CREPP, 2007; Akdag, Telci, & Cavlak, 2013; James, Wilson, Barnes, & Bennett, 2011; Park, O'Connell, & Thomson, 2003; van Hooren et al., 2007) e, em média, os idosos apresentam piores performances na memória e rapidez cognitiva, comparativamente com os mais novos (Christensen, 2001). Existem vários fatores de risco que diminuem a função cognitiva, nomeadamente saúde débil, poucos anos de escolaridade, baixa atividade, dependência e apolipoproteína (APOE E4 allele) (fator de risco para a doença de Alzheimer) (Christensen, 2001). Maior atividade social é também associada a menor declínio cognitivo na velhice (James et al., 2011). Estes resultados foram também confirmados por Krueger et al. (2009) e Poon & Cohen-Mansfield (2011) que concluíram que maior

participação social e maior suporte social percebido estavam associados a maiores níveis de função cognitiva. Os problemas de saúde mental, a institucionalização e o fumar também parecem aumentar as chances de diminuição da função cognitiva dos idosos (Akdag et al., 2013). Numa análise a 578 indivíduos saudáveis com idades compreendidas entre os 64 e os 81 anos van Hooren et al. (2007) concluíram que o nível de educação (médio e alto) e o género (feminino) tinham um efeito positivo na função cognitiva. Estes resultados foram também confirmados por outros autores (Adam et al., 2007). As atividades físicas, sociais e mentais contribuem para a promoção de um envelhecimento cognitivo saudável (Miller, Taler, Davidson, & Messier, 2012). Inversamente a reforma e a reforma antecipada parecem ter um efeito negativo na função cognitiva. Apesar do declínio não ser instantâneo, este tende a ocorrer no início da reforma (Bonsang et al., 2012; Rohwedder & Willis, 2010). Os indivíduos reformados por um longo período de tempo apresentam também uma baixa eficiência cognitiva (Adam et al., 2007). Sousa et al. (2003) na análise à QdV e bem-estar dos idosos portugueses constataram que 10.2% dos inquiridos possuíam diminuição cognitiva moderada a grave e alertaram para a necessidade de avaliação das competências cognitivas na velhice. Vários estudos (Adam et al., 2007; Bonsang et al., 2012) utilizaram a variável memória, pois esta assume-se como particularmente sensível ao envelhecimento cognitivo e a primeira a declinar com a idade (Adam et al., 2007; Dewey & Prince, 2005a).

A **depressão** reduz fortemente a QdV dos indivíduos (Baernholdt et al., 2012; Bowling & Gabriel, 2004; Chan, Chien, Thompson, Chiu, & Lam, 2006; Martinez-Martin et al., 2012; Netuveli et al., 2006; Street, O'Connor, & Robinson, 2007; Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy, & Moriguchi, 2003). Na análise aos preditores de QdV, Netuveli et al. (2006) e Martinez-Martin et al. (2012) constataram que a depressão representava a variável com maior impacto na redução da QdV dos indivíduos com 50 e 60 e mais anos, respetivamente.

A **atividade física** constitui um importante preditor de QdV nos idosos (Acree et al., 2006; Herrera Ponce, Lezaeta, & Fernandez Lorca, 2011; Lim & Taylor, 2005). Os idosos saudáveis que praticam atividade física regular têm maior QdV, comparativamente com os idosos menos ativos fisicamente (Acree et al., 2006). Salguero et al. (2011), na análise a idosos que viviam em comunidade e em instituições, concluíram que a prática da atividade física promove a QdV e diminui os sintomas depressivos. Miller et al. (2012) acrescentam que a prática de exercício físico promove

o envelhecimento cognitivo saudável. Na sua análise a indivíduos com 65 e mais anos, Lim & Taylor (2005) concluíram que cerca de metade dos idosos tinham uma atividade física adequada e que a prática de atividade física contribuía para a regulação e melhoria da capacidade física. Ser do sexo masculino, ter menos idade, ser capaz de viajar independentemente, ter uma boa condição física, ter um baixo nível de angústia psicológica, viver em zonas rurais e não ter diabetes são fatores que se encontram associados ao nível da atividade física.

As relações íntimas aumentam o significado e propósito de vida e a QdV dos idosos (Low & Molzahn, 2007). Wiggins et al. (2004) concluíram que não era a frequência de contacto que aumentava a QdV dos indivíduos, mas sim a proximidade emocional e qualidade de suporte da rede social. Segundo Wiggins et al. (2004) **a rede de proximidade emocional** pode neutralizar os impactos dos eventos de vida dos indivíduos e segundo Von dem Knesebeck & Geyer (2007) contribuir para uma maior compreensão, estima e ajuda na tomada de decisão. Neste sentido a rede de proximidade emocional atua como um indicador da intensidade/proximidade da relação (Roberts, Dunbar, Pollet, & Kuppens, 2009).

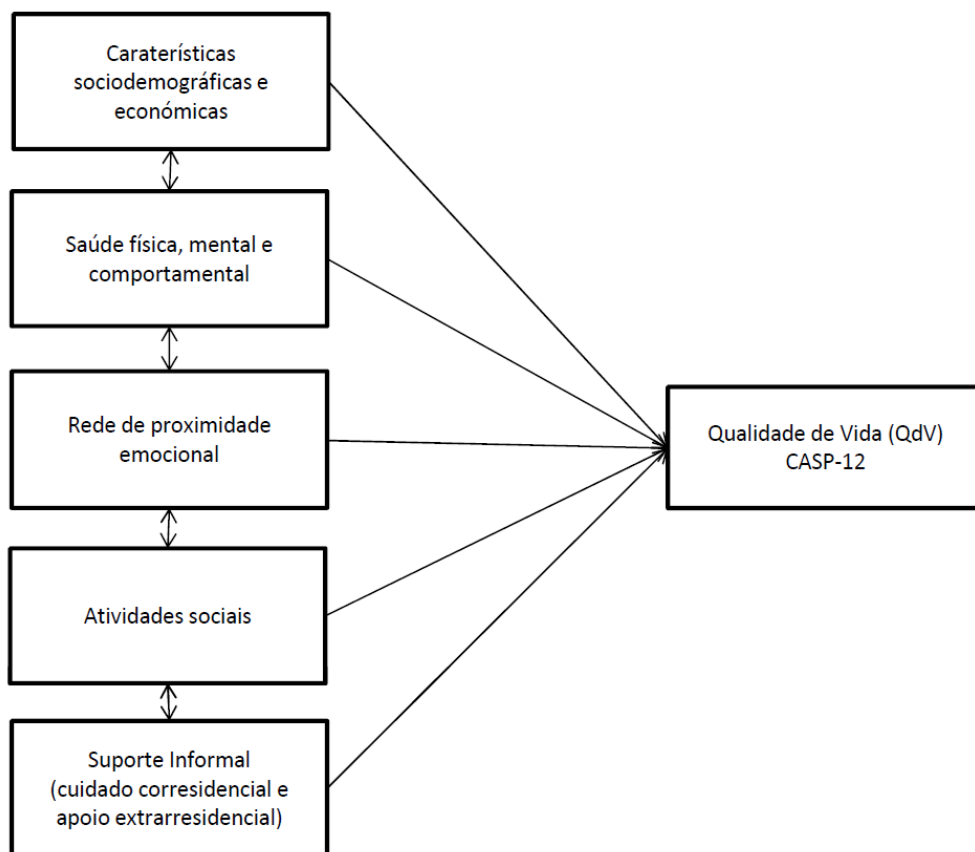
As **atividades sociais** contribuem para a promoção da QdV dos idosos (Gabriel & Bowling, 2004; Herrera Ponce et al., 2011). Segundo Gabriel & Bowling (2004, p. 685) as atividades sociais favorecem a manutenção do interesse pela vida, contribuem para que as pessoas se sintam ativas e ocupadas, para o conhecimento de novas pessoas, para a estimulação mental e para que as pessoas se sintam úteis socialmente. As atividades sociais têm um efeito positivo na função cognitiva com diferentes resultados para homens e mulheres (Dobrescu & Christelis, 2012). No género masculino as atividades sociais aumentam a capacidade de numeracia e de memória tardia, enquanto nas mulheres a prática de atividades sociais aumenta a fluência verbal e a memória imediata e tardia. Segundo Victor, Scambler, Bowling & Bond (2005, p. 358) os “(...) *baixos níveis de engajamento social e participação social são suscetíveis de ter uma influência prejudicial na QdV dos idosos (...)*”.

A associação entre QdV e **prestação de suporte informal** parece variar de acordo com o tipo de suporte realizado (Wahrendorf et al., 2008). Na análise a duas vagas do projeto SHARE, Wahrendorf et al. (2008) constataram que os indivíduos com 50 e mais anos que iniciaram uma atividade de apoio informal vivenciaram um aumento de QdV, enquanto Hubley et al. (2003) e McMunn et al (2009) constataram que prestar cuidados a alguém não tem relação com a QdV. Inversamente, vários estudos sugerem que a

prestação de cuidado informal por indivíduos com 50 e mais anos reduz significativamente a QdV dos cuidadores (Netuveli et al., 2006; Rösler-Schidlack et al., 2011). Netuveli et al. (2006, p. 360) na análise à QdV dos indivíduos com 50 e mais anos em Inglaterra, concluíram que cuidar de alguém reduz a QdV dos cuidadores. Também Rösler-Schidlack et al. (2011) Ross, Lloyd, Weinhardt & Cheshire (2008), Ho et al. (2009), McPherson, Wilson, Chyurlia, & Leclerc (2011), Wong et al. (2012) e Yang et al. (2012) concluíram que os cuidadores apresentam piores níveis de QdV comparativamente com os não prestadores de cuidados. Deixar de prestar cuidados informais a alguém foi associado a um aumento da QdV (Wahrendorf et al., 2008).

Tendo em conta a revisão da literatura e as variáveis existentes no SHARE foi construído o seguinte modelo de análise:

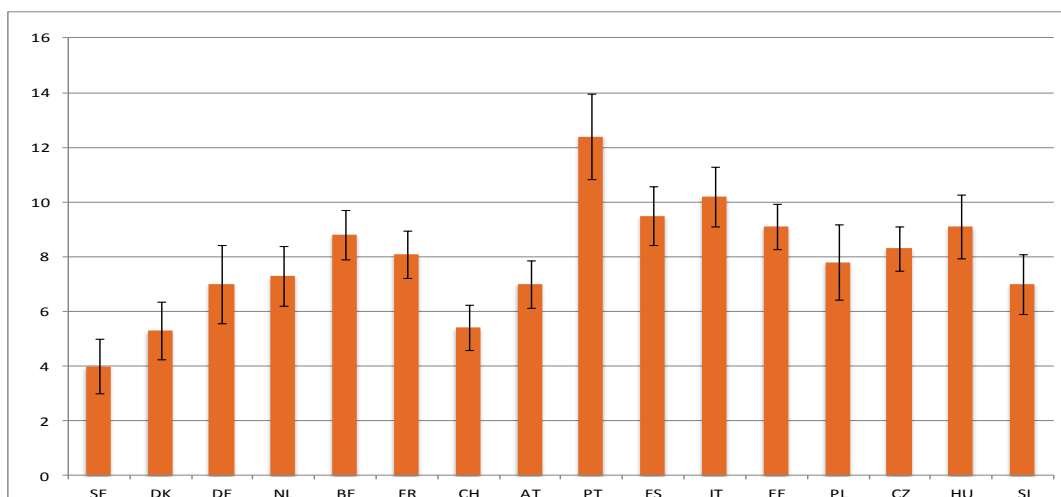
Figura 3. Modelo de Qualidade de Vida



7.2. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL

Os dados da vaga 4, versão 1, do SHARE revelam que, no total da população inquirida, 8.3% dos indivíduos referem ter prestado cuidados informais corresidenciais (cuidados pessoais, tais como lavar, levantar da cama ou vestir) de forma regular (todos os dias ou quase todos os dias), nos últimos doze meses (Figura 4). Portugal é o país com maior percentagem de indivíduos com 50 e mais anos que prestam cuidado corresidencial. A percentagem de cuidadores informais corresidenciais em Portugal é três vezes superior à da Suécia (4%), o país com menor representação neste tipo de suporte informal. Analisando os intervalos de confiança de 95% constatamos que os prestadores de cuidado corresidencial portugueses distinguem-se significativamente dos prestadores de cuidado corresidencial dos restantes países, à exceção dos cuidadores italianos, revelando maiores percentagens de indivíduos com 50 e mais anos que prestam este tipo de suporte. O gráfico revela ainda que são os países do Sul (Portugal, Itália e Espanha) os que possuem maiores percentagens de prestadores de cuidado corresidencial com 50 e mais anos, confirmando a literatura que refere que este tipo de suporte é mais frequente nos países do Sul da Europa (Glendinning et al., 2009; Isengard & Szydlik, 2012; Kalmijn & Saraceno, 2008; Litwin, 2009; Ogg & Renaut, 2006; Pommer et al., 2007; Rodrigues et al., 2012).

Figura 4. Prestadores de cuidados corresidenciais no total da população 50 e mais anos



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=3810 (N não ponderado), Intervalos de Confiança de 95%.

Os prestadores de cuidados corresidenciais analisados cuidam principalmente dos cônjuges, filhos, pais e amigos (32%, 23%, 12% e 11% respetivamente) (Tabela 1). Em Portugal, os prestadores de cuidado corresidencial providenciam cuidados essencialmente aos pais e cônjuge (29% e 18% respetivamente). Estes dados são coerentes com os resultados de estudos que indicam que o cuidado informal corresidencial é assegurado, em geral, por familiares, vizinhos, amigos e outros (OCDE, 2005b; Ogg & Renaut, 2013), com principal ênfase para os cônjuges e filhos.

Tabela 1. Prestadores de cuidados corresidenciais segundo o tipo de relação com o beneficiário de cuidados

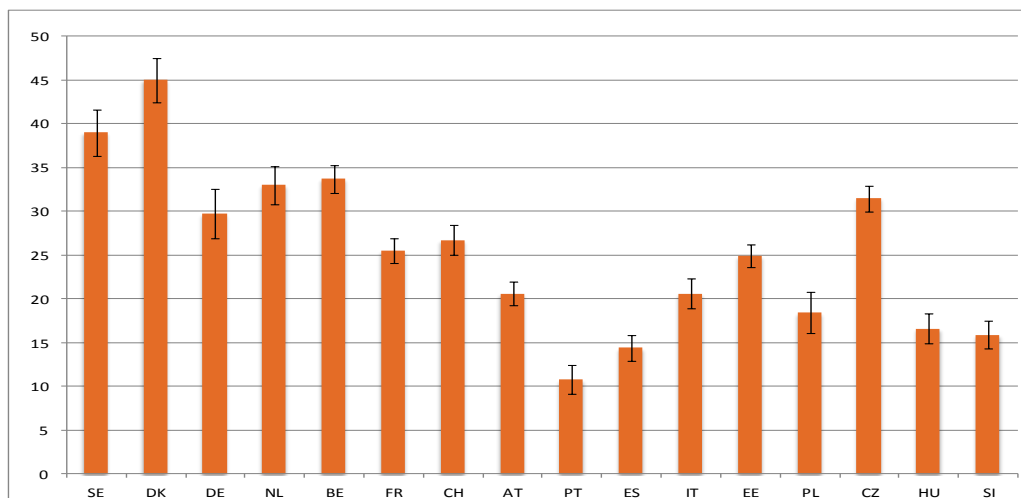
	Cônjuge	Pais	Sogros	Filhos	Netos	Amigos	Outros	Total
SE	49%	4%	0%	23%	0%	17%	7%	100%
DK	45%	2%	4%	23%	3%	18%	7%	100%
DE	30%	12%	4%	21%	4%	16%	13%	100%
NL	31%	3%	1%	15%	4%	20%	25%	100%
BE	36%	4%	2%	20%	3%	12%	23%	100%
FR	44%	9%	3%	18%	1%	11%	14%	100%
CH	23%	15%	2%	16%	0%	20%	22%	100%
AT	28%	10%	6%	26%	4%	9%	17%	100%
PT	18%	29%	3%	15%	15%	4%	16%	100%
ES	29%	13%	3%	26%	4%	7%	17%	100%
IT	33%	13%	2%	25%	4%	5%	18%	100%
EE	28%	17%	4%	21%	5%	9%	16%	100%
PL	31%	15%	5%	25%	12%	3%	9%	100%
CZ	30%	10%	3%	31%	6%	8%	12%	100%
HU	21%	10%	2%	37%	5%	6%	20%	100%
SL	34%	20%	8%	20%	4%	6%	9%	100%
Média	32%	12%	3%	23%	5%	11%	15%	100%

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=3918 (N não ponderado)

A prestação de apoio extrarresidencial contempla, para além do cuidado pessoal (lavar, levantar da cama ou vestir), tarefas menos complexas, tais como fazer companhia, levar o recetor de cuidados a eventos sociais, providenciar transporte, ajudar em questões burocráticas e outras de carácter prático (Brandt et al., 2009; Igel et al., 2009). Este tipo de suporte é particularmente importante em países como a Dinamarca, Suécia, Bélgica e Holanda (45%, 39%, 33,7 e 33% respetivamente) (Figura 5). Na situação inversa estão os países do Sul da Europa, como Portugal e Espanha, e do Leste europeu, com destaque para a Eslovénia, Hungria e Polónia. Estes resultados corroboram estudos anteriores que apontam para uma menor prevalência deste tipo de suporte nos países do Sul e Leste da Europa (Hank, 2011; Rodrigues et al., 2012). Os intervalos de confiança de 95% revelam que Portugal assume-se como o país com a

menor proporção de prestadores de apoio extrarresidencial (10.8%), ficando bem longe da média Europeia de 24.4%.

Figura 5. Prestadores de apoio extrarresidencial no total da população 50 e mais anos

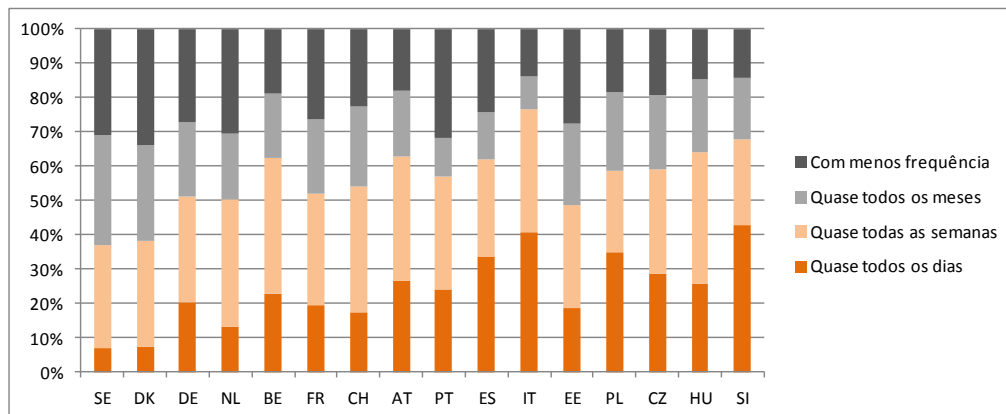


Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=10348 (N não ponderado), Intervalos de Confiança de 95%.

Na análise à frequência da prestação de apoio extrarresidencial (Figura 6), apenas consideramos o apoio realizado com maior frequência. Ou seja, se um indivíduo com 50 e mais anos presta apoio extrarresidencial a duas pessoas, nesta análise apenas consideramos o apoio realizado de uma maneira mais assídua, de acordo com as quatro frequências adotadas (quase todos os dias, quase todas as semanas, quase todos os meses e com menor frequência). Nesta análise constata-se que nos países onde a proporção de apoio extrarresidencial é menor, o apoio é prestado com maior assiduidade. Com efeito, a Eslovénia, Itália, Polónia e Espanha são os países com o maior número relativo de prestadores de apoio extrarresidencial de base diária ou quase diária (Figura 6). Inversamente, na Suécia, Dinamarca e Holanda os prestadores de apoio diário são em menor número no total dos prestadores. Estes resultados são consistentes com os de Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens (2011) e OCDE (2013, p. 181) que revelam que nos países do Norte da Europa se verifica uma menor frequência no suporte informal, refletindo o facto de, nestes países, os beneficiários de apoio usufruírem de apoio formal, tanto no domicílio, como em instituições. A existência de amplos serviços sociais de apoio a idosos tende a diminuir a intensidade do apoio prestado pelos familiares, libertando os prestadores de apoio dos serviços mais pesados (Brandt et al., 2009; Schmid et al., 2012). Inversamente, as obrigações legais de

cuidar dos familiares, a coresidência e os incentivos monetários tendem a aumentar a intensidade de suporte (Schmid et al., 2012). Brandt et al. (2009) referem que, em média, os filhos adultos proporcionam três vezes mais ajuda ocasional aos seus pais idosos do que cuidados pessoais, defendendo a tese de que os prestadores de cuidados profissionais assumem as tarefas mais desafiantes, intensivas e essenciais ao cuidado, enquanto os cuidadores familiares tendem a realizar tarefas menos essenciais, intensivas e pesadas. Parece pois existir uma divisão clara de tarefas entre o Estado e a família, contudo nos países onde os Estados sociais estão pouco desenvolvidos, a família tende a ser a única entidade responsável pelos cuidados a indivíduos dependentes (Brandt et al., 2009).

Figura 6. Frequência do apoio extrarresidencial



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=10344 (N não ponderado).

Relativamente à relação entre o prestador de apoio e o beneficiário de apoio extrarresidencial, a Tabela 2 revela que na Europa os prestadores de apoio extrarresidencial prestam apoio principalmente aos pais (23%), filhos (18%), vizinhos (15%) e amigos (12%). Em Portugal os pais (26%), vizinhos (25%), amigos (11%), sogros (10%) e irmãos (10%) são os principais beneficiários de apoio. Neste tipo de suporte verificamos que os vizinhos e os amigos (não familiares) evidenciam-se como importantes prestadores de apoio. Estes resultados confirmam os de Pommer et al. (2007) que referem que os amigos e os vizinhos que fazem parte da rede social se estão a tornar importantes provedores de suporte.

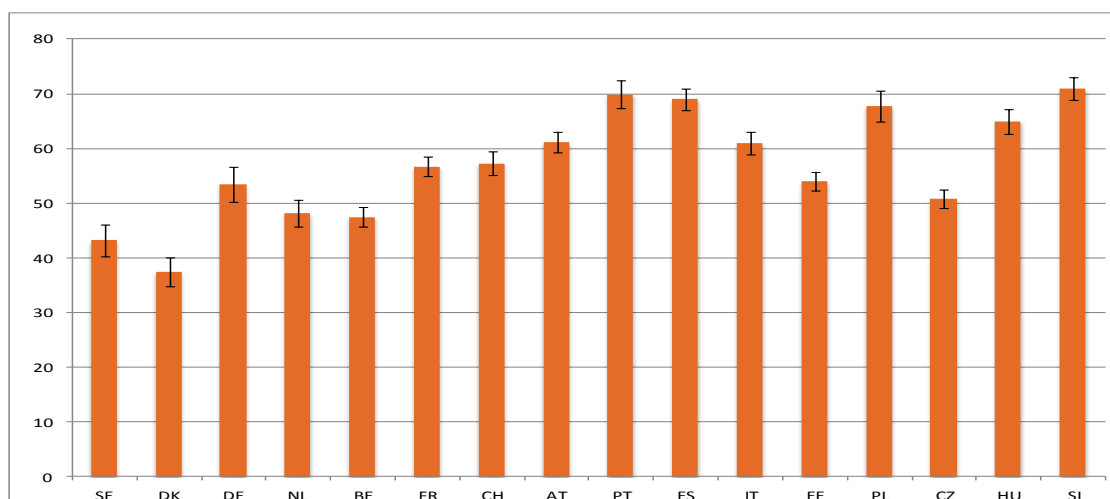
Tabela 2. Prestador de apoio extrarresidencial segundo o tipo de relação com o beneficiário de apoio

	Cônjuge	Pais	Sogros	Irmãos	Filhos	Amigos	Vizinhos	Outros	Total
SE	2%	25%	6%	5%	26%	15%	10%	11%	100%
DK	1%	16%	7%	4%	31%	15%	16%	11%	100%
DE	4%	20%	10%	3%	19%	16%	15%	13%	100%
NL	2%	17%	7%	9%	18%	13%	14%	19%	100%
BE	3%	23%	7%	5%	21%	12%	13%	15%	100%
FR	2%	31%	7%	6%	15%	13%	13%	13%	100%
CH	4%	27%	6%	5%	15%	12%	16%	15%	100%
AT	6%	23%	5%	5%	13%	16%	17%	15%	100%
PT	1%	26%	10%	10%	6%	11%	25%	12%	100%
ES	1%	30%	9%	9%	9%	8%	8%	25%	100%
IT	3%	27%	9%	7%	13%	12%	12%	18%	100%
EE	2%	19%	5%	7%	17%	12%	20%	18%	100%
PL	3%	18%	4%	5%	19%	10%	19%	21%	100%
CZ	5%	20%	5%	5%	31%	8%	11%	14%	100%
HU	3%	17%	6%	6%	22%	12%	22%	13%	100%
SL	8%	30%	10%	4%	18%	7%	12%	11%	100%
Média	3%	23%	7%	6%	18%	12%	15%	15%	100%

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=14544 (N não ponderado).

Relativamente ao grupo dos indivíduos que não declara prestar cuidado/apoio (Figura 7), verificamos que este grupo tem maior expressão na Eslovénia (70.9%) Portugal (69.9%), Espanha (69%), Polónia (67.7%) e Hungria (65%). Dinamarca (37.5%), Suécia (43.2%), Bélgica (47.5%) e Holanda (48.2%) apresentam-se como os países com menor percentagem de não prestadores de cuidado/apoio.

Figura 7. Não prestadores de cuidado/apoio no total da população 50+



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=18752 (N não ponderado) Intervalos de Confiança de 95%.

Segundo os dados da quarta vaga do projeto SHARE, o cuidado corresidencial é maioritariamente realizado por mulheres, tanto no total da população com 50 e mais anos (10.1% das mulheres contra 6.5% dos homens), como em todos os grupos etários (7.7% das mulheres contra 4.8 dos homens no grupo etário 50-64 anos, 11% das mulheres contra 6.8% dos homens no grupo etário dos 65-74 anos e 15.8% das mulheres contra 11.1% dos homens no grupo etário dos 75 e mais anos) (Tabela 3). No grupo etário dos 50-64 anos, apenas na Holanda existem mais homens cuidadores corresidenciais do que mulheres (8.2% dos homens contra 5.6% das mulheres). Neste grupo Portugal destaca-se pela elevada percentagem de mulheres na prestação de cuidados corresidenciais (18.7% das mulheres contra 4.8% dos homens). No grupo etário dos 65-74 anos verifica-se uma percentagem superior de cuidadores masculinos e femininos, contudo as mulheres continuam a ser as principais prestadoras de cuidado corresidencial. No grupo etário dos 75 e mais anos, verifica-se uma predominância do género masculino na Holanda, Bélgica, Portugal, Estónia e Eslovénia. Estes resultados apontam no sentido dos estudos que indicam que os homens possuem maiores probabilidades de se tornarem prestadores de suporte informal nas idades mais avançadas (Colombo et al., 2011; Dahlberg et al., 2007; Rodrigues et al., 2012). No que confere ao cuidado corresidencial, os homens têm maiores chances de se tornarem cuidadores nas idades avançadas, devido às diferenças de género e de estado civil dos mais velhos, ou seja os homens têm maiores chances de terem cônjuge nas idades mais avançadas e de lhes prestarem cuidados corresidenciais (Colombo et al., 2011; Del Bono et al., 2009; McMunn et al., 2009). De Koker (2009, p. 10) refere que a corresidência aumenta a responsabilidade de cuidar para os homens, diminuindo a legitimidade das razões que tipicamente libertam os homens das tarefas de cuidado. Outros estudos (Del Bono et al., 2009) concluem que quando controlado o estado civil, as mulheres possuem maiores chances de serem cuidadoras em todos os grupos etários e de providenciarem cuidados mais intensivos. No etário dos 75 e mais anos, Portugal volta a destacar-se com um elevado número de cuidadores masculinos (23.2% contra 8.3% das mulheres com 75 e mais anos). Os dados mostram ainda que, com o aumento da idade, verifica-se um aumento da percentagem de cuidadores corresidenciais.

Tabela 3. % de cuidadores corresponsáveis no total da população com 50 e mais anos e no total de cada grupo etário, segundo o género e o país

	Total da população 50 e mais anos		50-64 anos		65-74 anos		75 e mais anos	
	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino
SE	3,0	5,0	1,0	3,7	4,1	5,6	6,8	8,5
DK	4,8	5,8	4,1	2,6	6,0	9,4	5,0	13,5
DE	4,8	9,3	2,7	6,0	4,6	10,9	10,5	17,0
NL	8,0	6,5	8,2	5,6	5,5	6,7	11,5	11,2
BE	8,2	9,4	6,6	7,9	6,2	12,3	15,5	10,2
FR	6,4	9,7	5,7	7,2	5,2	11,1	10,1	15,6
CH	4,4	6,5	4,2	6,0	3,4	5,0	6,8	11,5
AT	5,6	8,5	4,0	7,8	6,5	8,5	9,8	11,9
PT	9,8	14,7	4,8	18,7	11,4	12,2	23,2	8,3
ES	7,1	11,9	3,1	10,0	9,6	11,1	14,0	17,4
IT	8,0	12,5	5,4	7,6	10,3	15,7	12,5	20,8
EE	7,8	10,1	7,1	8,2	6,5	12,8	12,6	12,5
PL	6,8	8,6	7,0	7,4	6,8	8,4	6,2	12,7
CZ	7,5	9,2	6,5	7,5	8,4	12,2	9,8	11,1
HU	6,2	11,7	5,7	12,3	4,7	8,3	10,4	15,6
SL	5,3	8,6	4,5	8,1	5,2	9,8	9,2	8,6
Todos	6,5	10,1	4,8	7,7	6,8	11,0	11,1	15,8

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N não ponderado: 3810 cuidadores corresponsáveis com 50 e mais anos; 1626 cuidadores corresponsáveis entre os 50 e os 64 anos; 1132 cuidadores corresponsáveis entre os 65 e os 74 anos; e 1052 cuidadores corresponsáveis com 75 e mais anos.

Relativamente à prestação de apoio extrarresidencial, podemos constatar que, no total da população com 50 e mais anos, se verifica um equilíbrio de género, com 24% dos homens com 50 e mais anos e 24,7% das mulheres com 50 e mais anos a prestarem este tipo de apoio (Tabela 4). Contudo quando se faz uma análise por grupo etário encontramos algumas diferenças. No grupo etário dos 50-64 anos as mulheres são as principais prestadoras de apoio (35% contra 29% dos homens), enquanto nos grupos mais velhos praticamente não se verificam diferenças entre homens e mulheres. No grupo dos 65-74 anos, 24% dos indivíduos do sexo masculino e 24% do sexo feminino referem prestar apoio fora do domicílio. No grupo dos 75 e mais anos 12% dos indivíduos do sexo masculino e 11% do sexo feminino declaram esta atividade. Neste grupo etário, os indivíduos do sexo masculino da Dinamarca, Alemanha, Bélgica, França, Áustria, Portugal, Espanha, Estónia, República Checa, Hungria e Eslovénia assumem-se como os principais prestadores de apoio. Contrariamente ao cuidado corresponsável, o apoio extrarresidencial diminui com o avançar da idade.

Tabela 4. % de prestadores de apoio extrarresidencial no total da população com 50 e mais anos e no total de cada grupo etário, segundo o gênero e o país

	Total da população 50 e mais anos		50-64 anos		65-74 anos		75 e mais anos	
	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino	% Masculino	% Feminino
SE	37,4	40,3	44,1	51,9	39,2	41,6	16,4	23,2
DK	46,4	43,9	54,4	58,3	44,7	39,8	25,5	24,0
DE	32,8	27,2	41,8	41,2	32,1	25,8	12,2	8,2
NL	33,0	32,9	38,0	41,6	31,0	29,8	20,2	20,1
BE	31,0	36,0	36,6	49,1	30,4	36,9	15,7	15,4
FR	22,6	27,7	27,5	39,4	19,8	27,8	14,6	10,7
CH	23,8	29,2	28,4	36,2	20,6	31,4	15,8	15,9
AT	18,3	22,3	20,3	30,6	18,6	21,6	11,2	9,4
PT	9,9	11,4	13,6	16,6	6,8	13,9	2,6	1,5
ES	11,4	16,5	13,7	24,9	8,5	15,1	9,0	6,7
IT	19,5	21,4	20,6	28,6	25,5	22,0	8,0	11,6
EE	26,3	24,2	31,4	32,0	22,5	26,3	12,0	10,5
PL	14,7	20,5	20,7	28,2	7,9	17,5	3,6	9,5
CZ	31,3	31,7	34,9	42,2	31,3	26,1	18,6	17,0
HU	17,1	17,9	22,0	28,1	9,5	10,8	11,9	7,7
SL	15,1	16,5	18,3	24,6	12,1	12,5	6,8	6,3
Total	24,0	24,7	28,9	35,0	23,9	23,7	11,7	10,5

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N não ponderado: 9201 prestadores de apoio extrarresidencial com 50 e mais anos; 6208 prestadores de apoio entre os 50 e os 64 anos, 1723 prestadores de apoio entre os 65 e os 74 anos; e 1270 prestadores de apoio com 75 e mais anos.

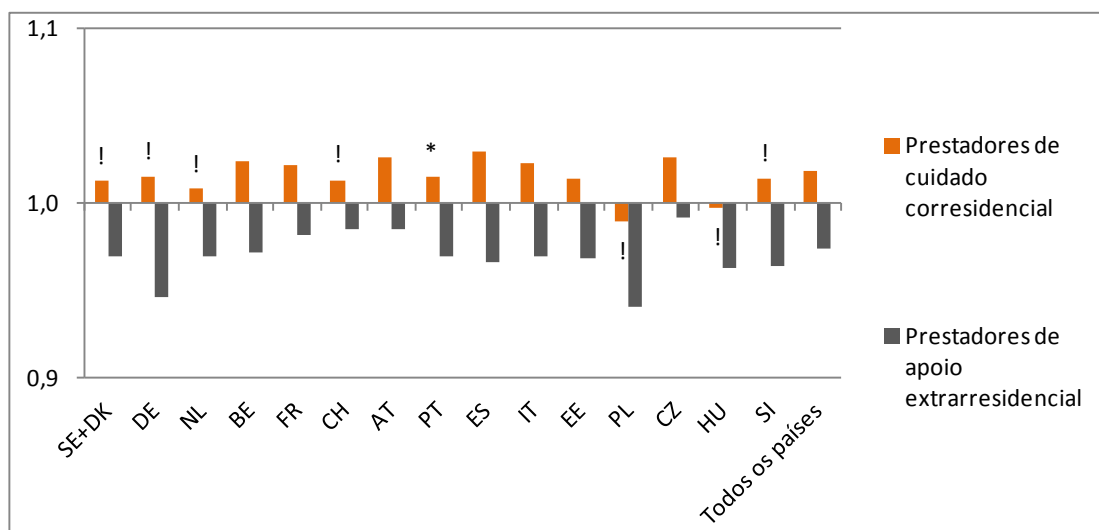
Estes resultados corroboram os estudos (Colombo et al., 2011; Herrera et al., 2013; Hosseinpoor et al., 2013; OCDE, 2013; Rodrigues et al., 2012) que indicam que apesar do aumento do número de homens nas tarefas de suporte informal, as mulheres representam ainda a maioria dos prestadores de suporte informal.

7.3. CHANCES (ODDS RATIO) DO GRUPO DOS CUIDADORES CORRESIDENCIAIS E DO GRUPO DOS PRESTADORES DE APOIO EXTRARRESIDENCIAL COMPARATIVAMENTE COM O GRUPO DOS NÃO PRESTADORES DE CUIDADO/APOIO

A regressão multinomial foi utilizada para estimar as chances (Odds ratio) do grupo dos cuidadores corresidenciais e do grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio, em função das características sociodemográficas, rendimento, saúde, rede de proximidade emocional e participação em atividades sociais, como descrito por Marôco (2011). Relativamente à idade, a análise ao conjunto dos 16 países revela que por cada ano de idade adquirido (Figura 8), as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos cuidadores corresidenciais aumentam 0,2% (OR = 1.018; $p = <0.001$), enquanto as chances de

pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial diminuam 3% (OR = 0.973; $p = <0.001$). No grupo dos cuidadores corresidenciais, a análise por país revela que este efeito apenas é significativo em oito países (Bélgica, França, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia e República Checa). No grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial este efeito foi significativo em todos os países analisados.

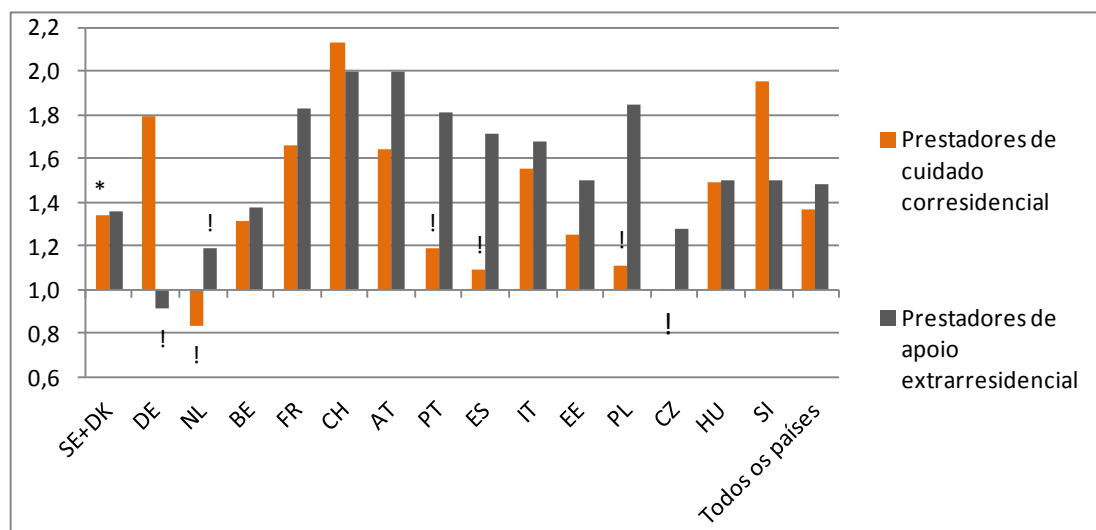
Figura 8. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da idade



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100 ; * = Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresidencial, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

Os resultados da regressão multinomial revelam que na análise ao conjunto de todos os países, as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidado corresidencial (OR= 1.368; $p = <0.001$) e ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR= 1.478; $p = <0.001$) (Figura 9) são afetadas significativamente pelo género. Ou seja ser mulher, relativamente a ser homem, aumenta as chances de pertença ao grupo dos prestadores de cuidado corresidencial e ao grupo dos prestadores de apoio pessoal/prático extrarresidencial, relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio. Na análise por país, ser mulher relativamente a ser homem aumenta as chances de pertencer ao grupo dos cuidadores corresidenciais na Suécia+Dinamarca, Alemanha, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Itália, Estónia, Hungria e Eslovénia. Relativamente ao grupo dos prestadores de apoio pessoal/prático extrarresidencial, ser mulher relativamente a ser homem aumenta as chances de pertença a este grupo em todos os países analisados, à exceção da Alemanha e Holanda.

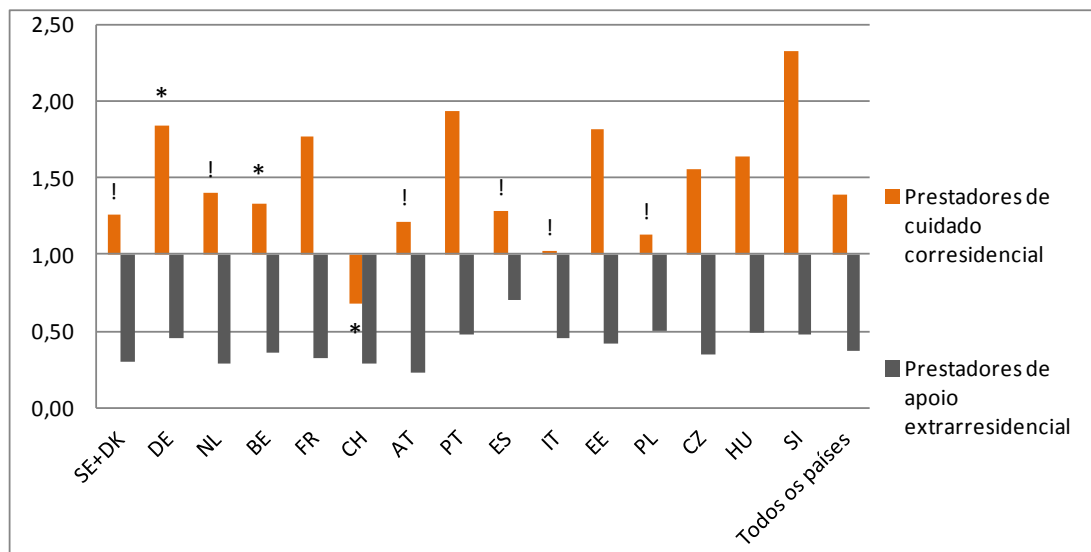
Figura 9. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresponsal ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do género



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresponsal, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

Quanto ao estado civil (Figura 10), a análise ao conjunto de países revela que os indivíduos que declaram ter parceiro(a) possuem maiores chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais do que os indivíduos que não declaram ter parceiro(a) (OR = 1.392; $p = <0.001$). Contudo na análise por país verificámos que apenas na Alemanha, Bélgica, França, Portugal, Estónia, República Checa, Hungria e Eslovénia ter parceiro aumenta as chances de pertença ao grupo dos cuidadores corresponsais. Inversamente, em todos os países analisados, ter parceiro(a) relativamente a não ter parceiro(a) reduz as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 0.368; $p = <0.001$).

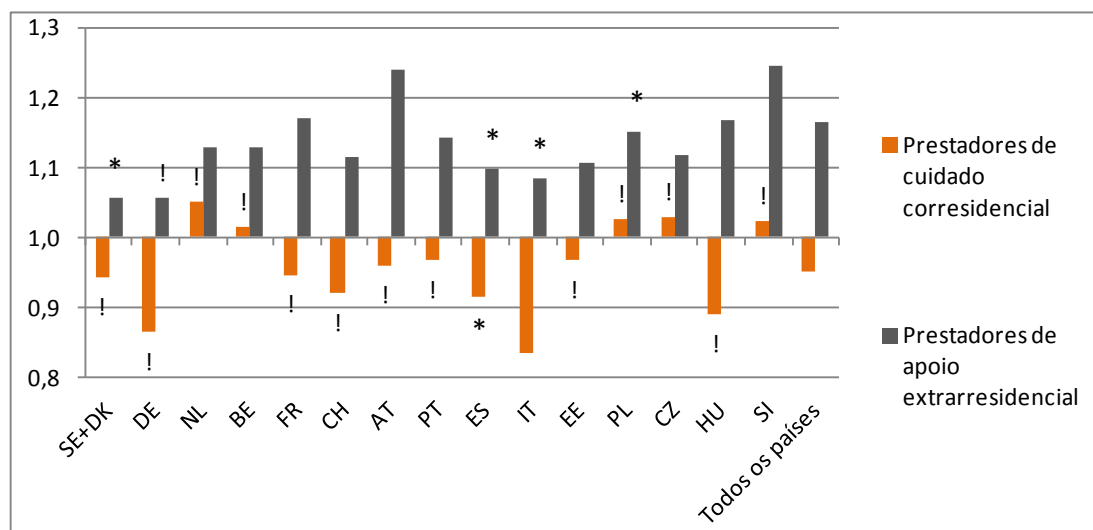
Figura 10. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresponsal ou ser prestador de apoio extrarresponsal relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função de ter parceiro(a)



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresponsal, 10348 prestadores de apoio extrarresponsal e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

Relativamente à escolaridade (Figura 11) constatámos que as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresponsal comparativamente com os não prestadores de cuidado/apoio aumentaram 16% por cada grau de escolaridade adquirido (OR=1,165; $p < 0,001$). Inversamente, as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio diminuem 8% (OR=0,952; $p < 0,001$). Contudo na análise por país verificámos que, no grupo dos cuidadores corresponsais, este efeito foi apenas estatisticamente significativo em Espanha e na Itália. No caso dos prestadores de apoio extrarresponsal este efeito foi estatisticamente significativo em todos os países, à exceção da Alemanha (OR=1,055; $p = 0,452$).

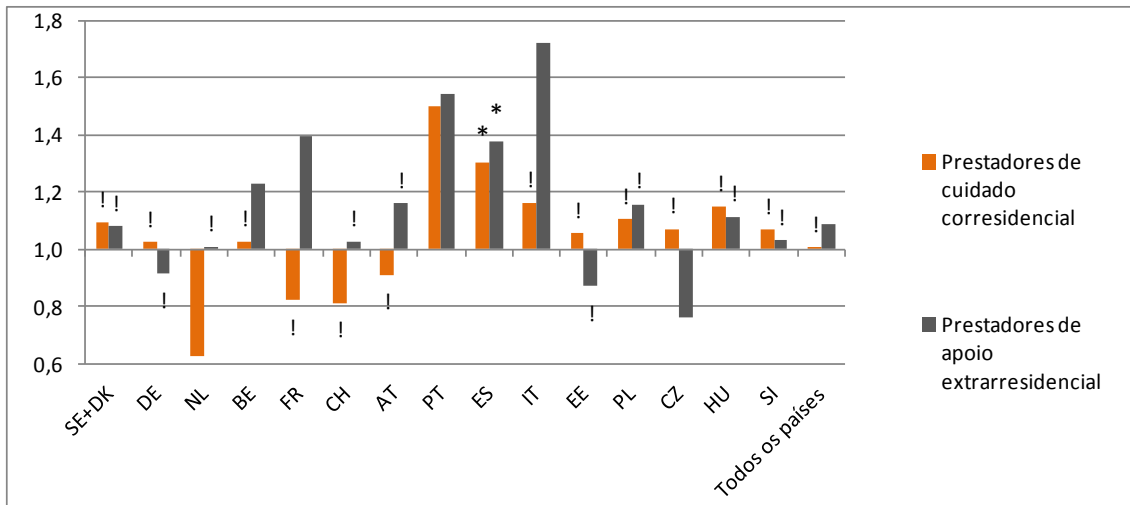
Figura 11. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da escolaridade



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; != Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3720 prestadores de cuidado corresidencial, 10190 prestadores de apoio extrarresidencial e 18467 não prestadores de cuidado/apoio.

Os resultados das regressões (Figura 12) revelam que na Holanda, estar na situação de reformado, relativamente a estar noutra situação diminui as chances de pertencerem ao grupo dos cuidadores corresidenciais (OR = 0,625; p = 0,048), enquanto, em Portugal (OR = 1,497; p = 0,047) e Espanha (OR = 1,301; p = 0,089) estar na situação de reformado, relativamente a estar noutra situação, aumenta as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais. Nos restantes países estar na situação de reformado não afeta significativamente as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais. Estar na situação de reformado comparativamente a outras situações aumenta as chances de pertença ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 1.087; p = 0.008). Na análise por país verificamos que este aumento é significativo na Bélgica (OR = 1.231; p = 0,045), França (OR = 1.395; p = 0.003), Portugal (OR = 1.541; p = 0.024), Espanha (OR = 1.378; p = 0.065) e Itália (OR = 1.721; p = <0.001). Inversamente na República Checa (OR = 0.759; p = 0.010) estar na situação de reformado, relativamente a estar noutra situação, diminui as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial .

Figura 12. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresponsal ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da situação perante o emprego



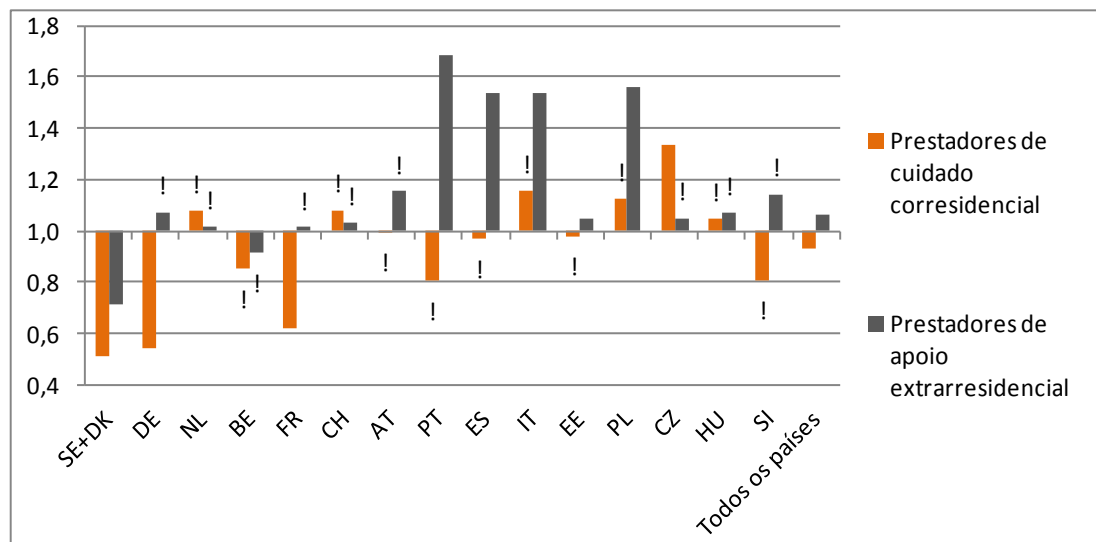
Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3805 prestadores de cuidado corresponsal, 10312 prestadores de apoio extrarresidencial e 18736 não prestadores de cuidado/apoio.

Possuir rendimentos altos, relativamente a possuir rendimentos médios ou baixos, reduz as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais (OR = 0.928; p = 0.047) e aumenta as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 1.061; p = 0.020) (Figura 13). Contudo, quando analisamos os países individualmente verificamos que, no caso dos prestadores de cuidados corresponsais, apenas na Suécia+Dinamarca, Alemanha, França e República Checa este efeito é significativo. Possuir rendimentos altos, relativamente a possuir rendimentos médios ou baixos, na Suécia+Dinamarca (OR = 0.509; p = 0.001), Alemanha (OR = 0.544; p = 0.004) e França (OR = 0.619; p = <0.001) reduz as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais, enquanto na República Checa (OR = 1.337; p = 0.011) aumenta as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais.

Relativamente aos prestadores de apoio extrarresidencial, a análise por país revela que na Suécia+Dinamarca (OR = 0.715; <0.001) possuir rendimentos altos, relativamente a ter rendimentos médios ou baixos, diminui as chances dos indivíduos pertencerem a este grupo. Enquanto em Portugal (OR = 1.684; p = 0.001), Espanha (OR = 1.534; p = 0.002), Itália (OR = 1.539; p = <0.001) e Polónia (OR = 1.557; p = 0.011) possuir rendimentos altos, relativamente a ter rendimentos médios ou baixos, aumenta

as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio pessoal/prático extrarresidencial.

Figura 13. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do rendimento

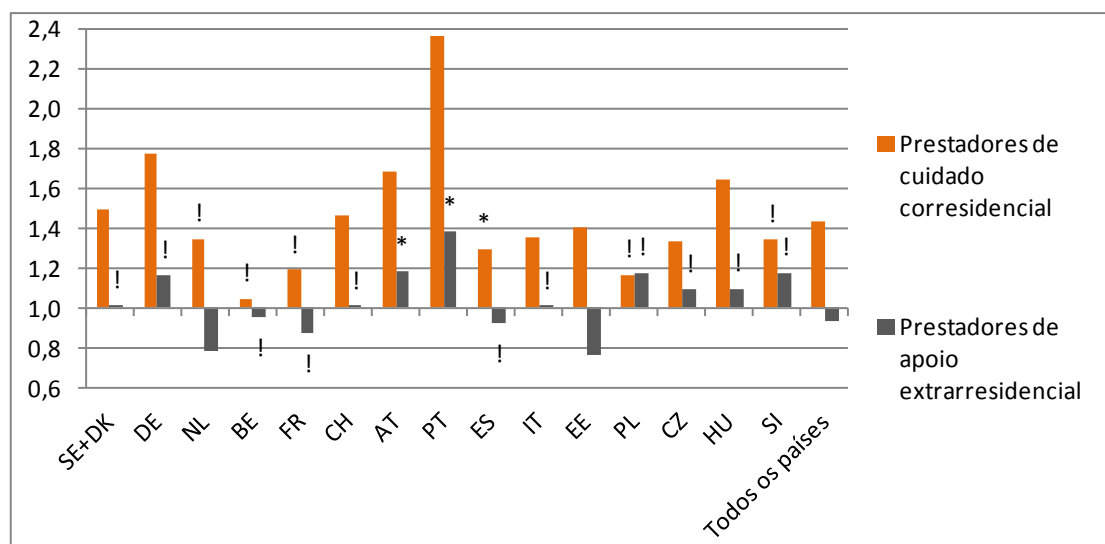


Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 Prestadores de cuidado corresidencial, 10353 Prestadores de apoio extrarresidencial e 18752 Não prestadores de cuidado/apoio.

Quanto às **limitações na mobilidade** (Figura 14), verificamos que ter uma ou mais limitações na mobilidade, relativamente a não ter nenhuma limitação, aumenta as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais no grupo total de países (OR = 1.436; $p = <0.001$). Na análise por país, verificamos que este efeito é estatisticamente significativo na Suécia+Dinamarca (OR = 1.489; $p = 0.023$), Alemanha (OR = 1.768; $p = 0.017$), Suíça (OR = 1.458; $p = 0.041$), Áustria (OR = 1.684; $p = <0.001$), Portugal (OR = 2.350; $p = <0.001$), Itália (OR = 1.350; $p = 0.030$), Estónia (OR = 1.401; $p = 0.002$), República Checa (OR = 1.331; $p = 0.014$) e Hungria (OR = 1.642; $p = 0.004$). Com efeito, nestes países os indivíduos com uma ou mais limitações na mobilidade têm maiores chances de pertencerem ao grupo dos cuidadores corresidenciais. Inversamente, possuir uma ou mais limitações na mobilidade, relativamente a não ter nenhuma limitação, reduz as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial no grupo total de países (OR = 0.929; $p = 0.004$), e por país na Holanda (OR = 0.784; $p = 0.030$) e Estónia (OR = 0.761; $p = 0.001$). Na Áustria (OR = 1.181; $p = 0.069$) e em Portugal (OR = 1.378; $p = 0.052$) constata-se o inverso. Nestes países os indivíduos com 50 e mais anos

que possuem uma ou mais limitações na mobilidade, relativamente a não ter nenhuma limitação, têm maiores chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial.

Figura 14. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função das limitações na mobilidade



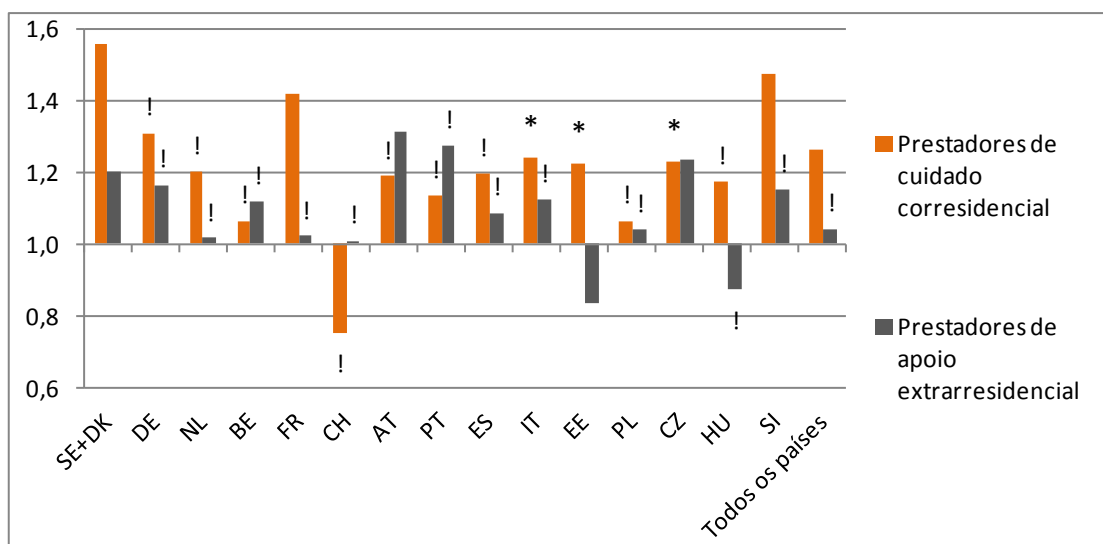
Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; * = Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresidencial, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

Ter duas ou mais **doenças crónicas** (Figura 15), relativamente a ter uma ou nenhuma doença crónica, aumenta as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais (OR = 1.264; p = <0,001). Na análise por país, este efeito é estatisticamente significativo na Suécia + Dinamarca (OR = 1.555; p = 0.011), França (OR = 1.417; p = 0.004), Itália (OR = 1.241; p = 0.098), Estónia (OR = 1.224; p = 0.062), República Checa (OR = 1.228; p = 0.077) e Eslovénia (OR = 1.475; p = 0.023).

De acordo com a análise a todos os países constatamos que ter duas ou mais doenças crónicas não tem um efeito significativo sobre as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 1.041; p = 0.120). Contudo nas análises por país verificamos que este efeito é significativo na Suécia + Dinamarca, Áustria, Estónia e República Checa os coeficientes. Na Suécia + Dinamarca (OR = 1.200; p = 0.046), Áustria (OR = 1.314; p = 0.003) e República Checa (OR = 1.236; p = 0.007) os indivíduos com duas ou mais doenças crónicas possuem maiores chances de

pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial, enquanto na Estónia (OR = 0.836; p = 0.023) os indivíduos com duas ou mais doenças crónicas a possuem menores chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial.

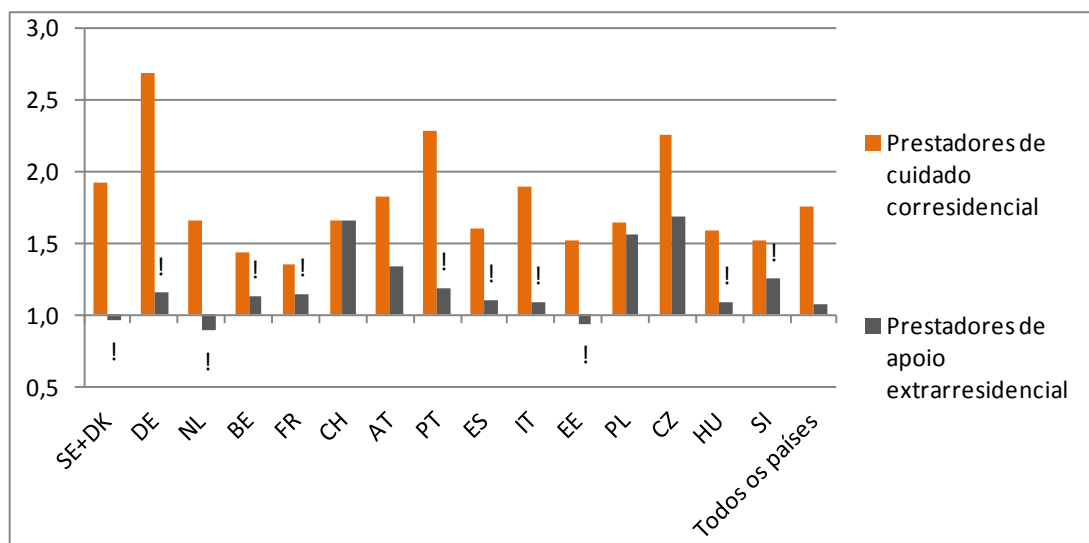
Figura 15. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função das doenças crónicas



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresidencial, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

No grupo de todos os países ter quatro ou mais **sintomas depressivos** (Figura 16), relativamente a ter três ou menos sintomas, aumenta 76 % as chances de pertencerem ao grupo dos cuidadores corresidenciais (OR = 1.758; p = <0.001) e aumenta 7% as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 1.071; p = 0.013). Na análise por país, verificamos que nos 16 países analisados ter quatro ou mais sintomas aumenta as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos cuidadores corresidenciais, enquanto apenas na Suíça, Áustria, Polónia e República Checa ter quatro ou mais sintomas depressivos aumenta as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial.

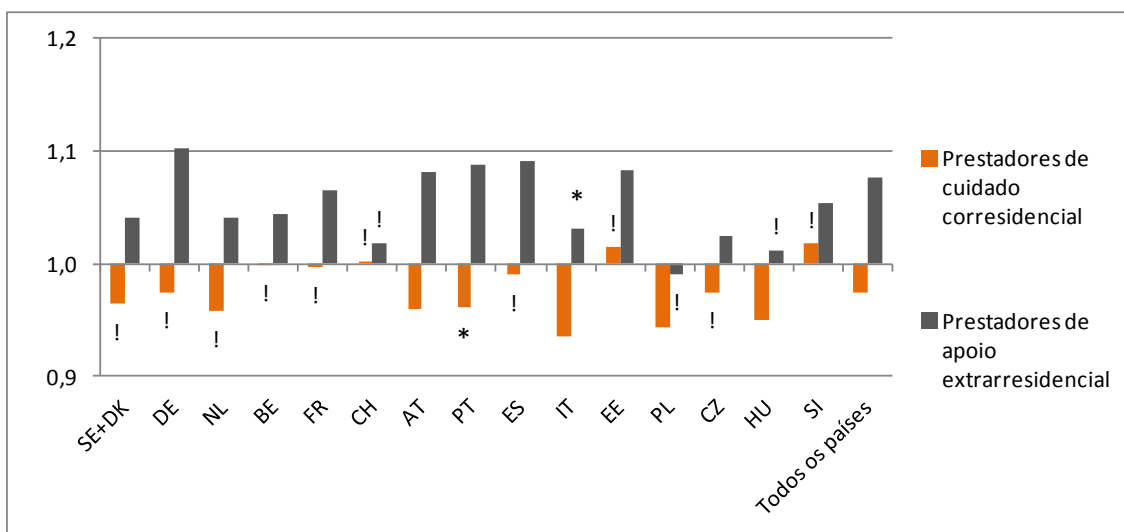
Figura 16. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresidencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função de ter quatro ou mais sintomas depressivos



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; * = Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado corresidencial, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

Relativamente aos níveis de **memória** (Figura 17) verificamos que as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio aumentam 8% por cada nível de memória adicional (OR= 1.076; p = <0,001). Na análise individual aos países este efeito não é significativo na Suíça (OR= 1.018; p = 0.244), Polónia (OR= 0.991; p= 0.701) e Hungria (OR= 1.012; p=0.507). Inversamente, na análise a todos os países, as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio diminuem 3% por cada nível de memória adicional (OR = 0.974; p = <0.001). Na análise por país, constatamos que este efeito apenas é significativo na Áustria (OR= 0.959; p= 0,039), Portugal (OR= 0,960; p=0,098), Itália (OR= 0,936; p=0.001) e Hungria, onde o efeito foi inverso (OR=1.017; p=0,021).

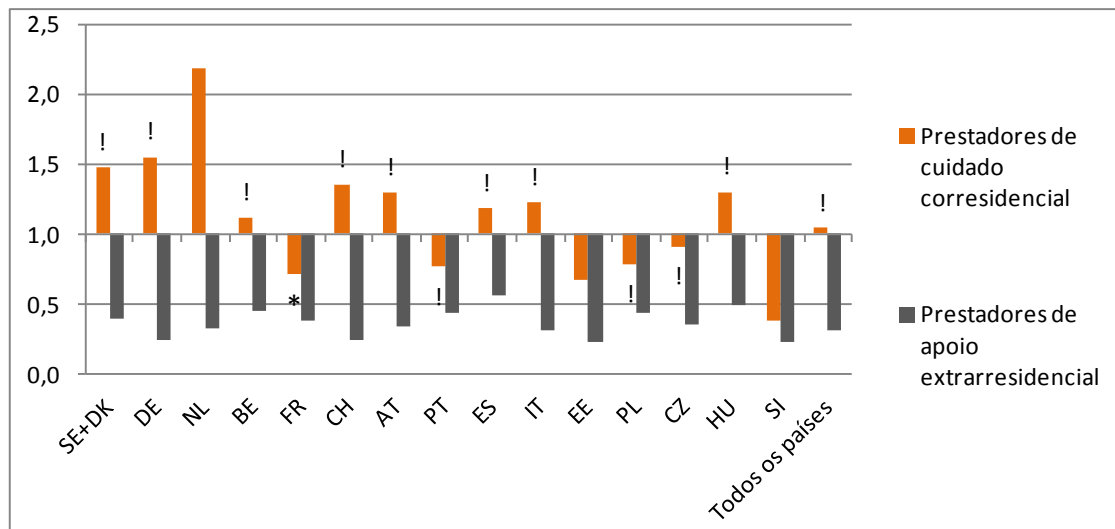
Figura 17. Chances (odds ratio) de ser cuidador residencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da memória



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; * = Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3810 prestadores de cuidado residencial, 10348 prestadores de apoio extrarresidencial e 18754 não prestadores de cuidado/apoio.

A **ausência de atividade física moderada ou intensa** (Figura 18) reduz as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo de prestadores de apoio extrarresidencial (OR = 0.311; $p = <0.001$) em todos os países analisados e não afeta significativamente a pertença ao grupo dos prestadores de cuidados residenciais (OR = 1.041; $p = 0.440$), à exceção da Holanda, França, Estónia e Eslovénia. Na Holanda (OR = 2.187; $p = 0.006$) a ausência de atividade física moderada ou intensa, relativamente à presença de atividade física moderada ou intensa, aumenta as chances de pertença ao grupo dos prestadores de cuidados residenciais, enquanto na França (OR = 0.709; $p = 0.080$), Estónia (OR = 0.607; $p = 0.009$) e Eslovénia (OR = 0.383; $p = 0.009$) a ausência de atividade física moderada ou intensa, relativamente à presença de atividade física moderada ou intensa, diminui as chances de pertença a este grupo.

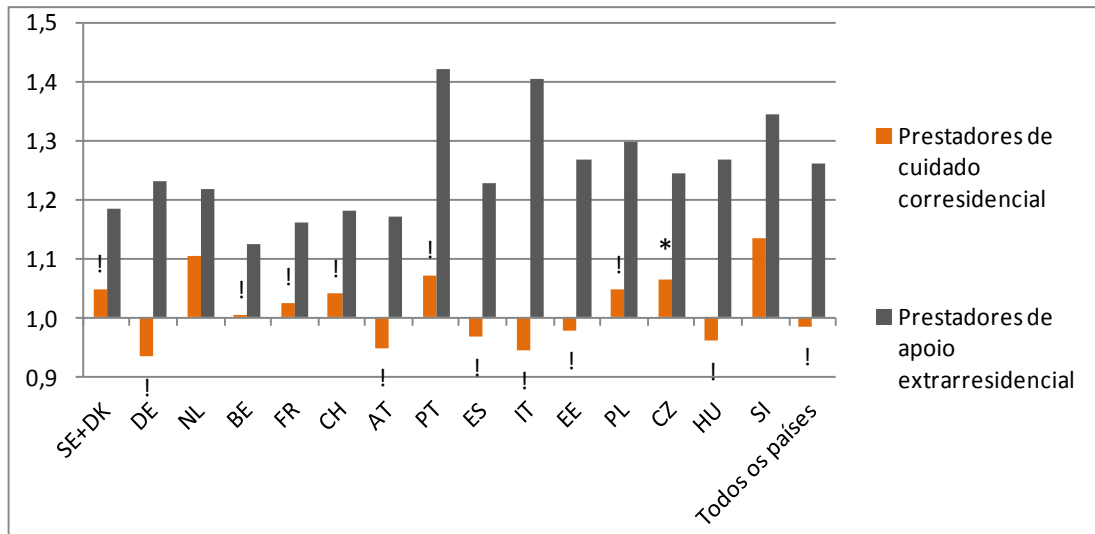
Figura 18. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresponsal ou ser prestador de apoio extrarresponsal relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função da ausência de atividade física moderada ou intensa



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100, 3805 prestadores de cuidado corresponsal, 10312 prestadores de cuidado/apoio extrarresponsal e 18734 não prestadores de cuidado/apoio.

Relativamente ao número de **atividades sociais** (Figura 19), constata-se que por cada atividade social a mais realizada as chances dos indivíduos pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio aumentam 26% (OR=1.260; p= <0.001). Na análise por país este efeito foi estatisticamente significativo em todos os 16 países, com os indivíduos que possuem maior número de atividades sociais a terem maiores chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresponsal. Por outro lado,, na análise ao grupo de todos os países, ter um maior número de atividades sociais não apresenta uma significância estatística para a pertença ao grupo dos cuidadores corresponsais (OR=0.985; p=0.167). Contudo, na análise por país constata-se um efeito significativo na Holanda (OR=1.104; p=0.039), República Checa (OR=1.063; p=0.094) e Eslovénia (OR=1.133; p=0.012), com o número de atividades sociais a aumentarem as chances de pertença ao grupo dos prestadores de cuidados corresponsais.

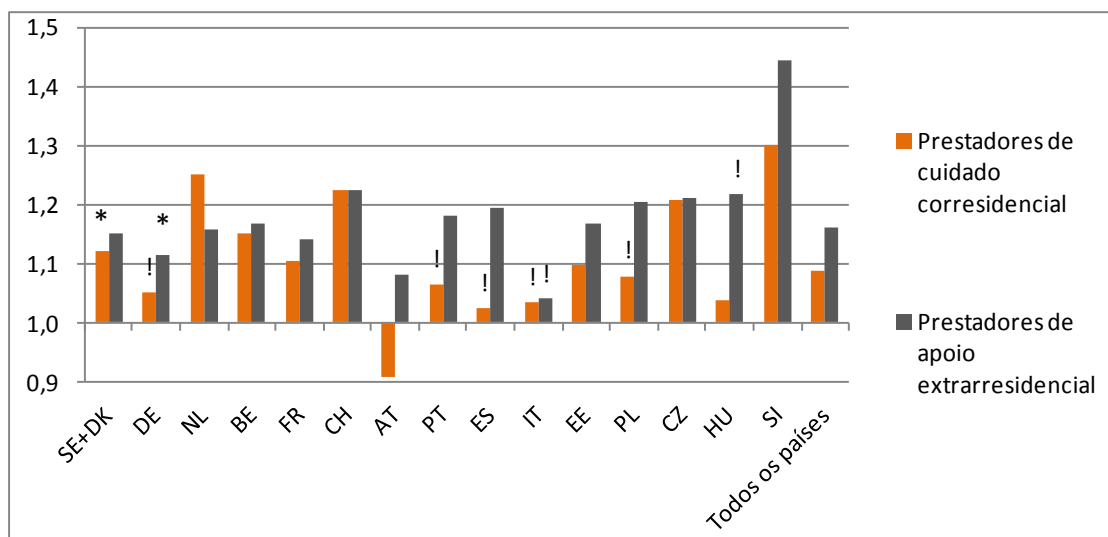
Figura 19. Chances (odds ratio) de ser cuidador residencial ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do número de atividades sociais



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; * = Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3805 prestadores de cuidado residencial, 10312 prestadores de apoio extrarresidencial e 18736 não prestadores de cuidado/apoio.

Relativamente ao **número de indivíduos da rede social considerados muito próximos a extremamente próximos** (Figura 20), a análise ao conjunto de países revela que, por cada indivíduo a mais considerado próximo ou muito próximo, as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial, relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio aumentam 16% (OR= 1.159; p= <0.001). Na análise por país, constatamos que este efeito não é significativo na Itália e Hungria. A análise evidencia também que por cada indivíduo a mais considerado próximo ou muito próximo as chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados residenciais relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio aumentam 0,9% (OR=1.088; p= <0.001). Contudo existem alguns países onde este efeito não é significativo, nomeadamente na Alemanha, Portugal, Espanha, Itália e Polónia. Na Áustria verifica-se uma tendência contrária, com os indivíduos que possuem maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos a revelarem menores chances de pertencerem ao grupo dos prestadores de cuidados residenciais (OR=0.908; p= 0.031).

Figura 20. Chances (odds ratio) de ser cuidador corresponsal ou ser prestador de apoio extrarresidencial relativamente a não ser prestador de cuidados/apoio em função do número de indivíduos considerados muito a extremamente próximos



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, Regressão Multinomial, Dados ajustados à idade e ao género. Classe de referência: Não prestadores de cuidado/apoio; ! = Valores de Sig. >0.100; *= Valores de sig. entre 0.50 e 0.100; 3622 prestadores de cuidado corresponsal, 9981 prestadores de apoio extrarresidencial e 17889 não prestadores de cuidado/apoio.

Podemos assim concluir que, comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio, os prestadores de apoio extrarresidencial têm maiores chances de serem mais novos (todos os países), serem mulheres (todos os países, à exceção da Alemanha e Holanda), possuírem maior nível de escolaridade (todos os países à exceção da Alemanha), serem mais ativos fisicamente (todos os países), possuírem maiores níveis de memória (todos os países, à exceção da Suíça e Hungria), participarem num maior número de atividades sociais (todos os países) e declararem um maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos (todos os países, à exceção da Hungria e Itália). O grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial, relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio têm menores chances de declararem parceiro(a) (todos os países). Quanto ao grupo dos cuidadores corresponsais os resultados são menos consistentes. O grupo dos cuidadores corresponsais, comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio têm maiores chances de serem mais velhos (Bélgica, França, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia e República Checa), de serem mulheres (Suécia+Dinamarca, Alemanha, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Itália, Estónia, Hungria e Eslovénia), de declararem ter parceiro(a) (Alemanha, Bélgica, França, Portugal, Estónia, República Checa, Hungria e Eslovénia), de possuírem maiores limitações na mobilidade (Suécia+Dinamarca,

Alemanha, Suíça, Áustria, Portugal, Itália, Estónia, República Checa e Hungria), de terem duas ou mais doenças crónicas (Suécia + Dinamarca, França, Itália, Estónia, República Checa e Eslovénia), quatro ou mais sintomas depressivos (todos os países) e declararem um maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos (Suécia+Dinamarca, Holanda, Bélgica, França, Suíça, Estónia, República Checa, Hungria e Eslovénia) .

7.4. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE PRESTAÇÃO DE CUIDADO CORRESIDENCIAL E APOIO EXTRARRESIDENCIAL E A QdV

7.4.1. VARIÁVEL DEPENDENTE

A QdV foi avaliada pela medida CASP-12, versão curta da medida CASP-19 (Hyde et al., 2003). A medida CASP-19 deriva da Teoria das Necessidades Humanas e considera que existem necessidades comuns que se assumem como pré-requisitos para a livre participação na sociedade e valoriza, simultaneamente, as dimensões mais ativas e reflexivas características do ser humano. O CASP-19 consiste numa escala de Likert com 19 itens (Controlo= 4 itens; Autonomia=5 itens; Autorrealização= 5 itens; Prazer= 5 itens), os quais são codificados: 3=muitas vezes; 2=algumas vezes; 1=raramente; 0=nunca. Os itens 1, 2, 4, 6, 8 e 9 são invertidos (0=muitas vezes; 1=algumas vezes; 2=raramente; 3=nunca). A pontuação do CASP-19 varia de 0 a 57 em que a pontuação elevada corresponde a maior QdV. O CASP-19 segue a perspetiva de Doyal & Gough (1991), tratando os quatro domínios de maneira igual e inseparável (Hyde et al., 2003, p. 187). Os quatro domínios suportam o fator latente Qualidade de Vida e a abordagem de QdV é direcionada para a Terceira Idade. A sua base teórica assenta no modelo sociológico de QdV, defendido por Hyde et al. (2003) e Wiggins et al., 2004.

A medida CASP-12 representa uma versão curta e validada, com os mesmos domínios conceptuais da versão original do CASP-19 (Controlo, Autonomia, Autorrealização e Prazer). Estes domínios são analisados sem hierarquias e para cada um são realizadas três perguntas (no total 12 perguntas) que obedecem a uma escala de Likert ascendente de 1 a 4 pontos (muitas vezes; algumas vezes, raramente e nunca). Em alguns itens (AC017_, AC020_, AC021_, AC022_, AC023_, AC024_ e AC025_) a codificação é invertida (Anexo 25). As pontuações são somadas e o valor total do indicador assume valores num intervalo de 12 a 48 pontos, correspondendo o valor mais

elevado, a maior qualidade de vida e o valor mais baixo, a menor qualidade de vida. Hyde et al. (2003) dividiram esta medida em quatro categorias:

- QdV baixa (< 35);
- QdV moderada (35-37);
- QdV alta (37-39);
- QdV muito Alta (39-48).

Esta medida segue a perspetiva de Hyde et al. (2003, p. 187) que defende que a satisfação das necessidades humanas é a condição para a avaliação da QdV na população com 55 e mais anos. Esta medida valoriza atitudes e comportamentos proactivos e reflexivos dos indivíduos e considera que as necessidades humanas constituem pré-requisitos da participação dos indivíduos na sociedade.

7.4.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

De acordo com a revisão da literatura foram adotados na análise empírica deste trabalho cinco grupos de variáveis independentes:

1. **Variáveis sociodemográficas e económicas:** **1) Género:** masculino (0) e feminino (1); **2) Idade:** calculada por referência à data da entrevista (indivíduos com 50 e mais anos); **3) Escolaridade** categorizada de acordo com Classificação Internacional Normalizada da Educação de 1997 (International Standard Classification of Education-97 ISCED) (sem escolaridade ou Pré-primária (nível 0); Primeiro ciclo e Segundo Ciclo (nível 1); Terceiro Ciclo (nível 2); Secundário (nível 3) pós-secundário (nível 4); Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento (nível 6)); **4) Estado civil** foi dicotomizado em: *Sem parceiro(a)* (0) (Solteiro(a); Divorciado(a); Viúvo(a)) e *Com parceiro(a)* (1) (Casado(a), a viver com a(o) esposa (marido); União de facto; Casado(a), a viver separado(a) da(o) esposa (marido)); **5) Estatuto perante o emprego:** *Outra situação* (0) (Empregado(a); Desempregado(a); Permanentemente doente ou incapacitado(a); Dono(a) de casa; Outra situação) e *Reformado* (1); **6) Variável económica: Rendimento do agregado:** A variável foi construída através da variável *thinc* que agrega todos os rendimentos do agregado familiar. Num primeiro momento, os PPP (Purchasing Power Parity/Paridade de Poder de Compra) foram ajustados aos 16 países para o ano de entrevista, depois multiplicamos os valores de PPP gerados pela variável *thinc* e criamos a variável

thinc_ppp. Posteriormente dividimos a variável *thinc_ppp* pela dimensão do agregado familiar e todos os valores foram ajustados a euros. Por último, foram criados tercis da variável gerada (rendimento baixo, médio e alto) para cada país. Esta variável foi dicotomizada em rendimento médio ou baixo (0) e rendimento alto (1).

2. **Variáveis de saúde: Saúde Física:** 1) **Limitações na mobilidade:** Refere-se às dificuldades em realizar diversas atividades, devido a um problema de saúde ou físico, que dura há mais de três meses (Caminhar 100 metros; Estar sentado(a) cerca de duas horas; Levantar-se de uma cadeira depois de estar sentado(a) durante algum tempo; subir vários lanços de escadas sem descansar; Inclinar-se, ajoelhar-se ou agachar-se; Colocar ou levantar os braços acima do nível dos ombros; Puxar ou empurrar objetos grandes, como uma cadeira da sala de estar; Levantar ou carregar pesos com mais de 5 quilos, como um saco de mercearias pesado; Pegar numa moeda pequena que se encontra em cima de uma mesa; nenhuma destas dificuldades). A variável foi dicotomizada em 0 (indivíduos que não apresentavam nenhuma limitação na mobilidade) e em 1 (indivíduos que apresentam uma ou mais limitações); 2) **Doenças crónicas:** Número de doenças crónicas diagnosticadas pelo médico (doença cardíaca, hipertensão, colesterol, acidente vascular cerebral, diabetes, artrite, cancro, doenças pulmonares, úlcera gástrica, Parkinson, cataratas, fraturas da bacia ou do fémur, Alzheimer etc.) e reportadas por cada indivíduo. A variável foi dicotomizada em 0 para os indivíduos que referiram uma ou ausência de doenças crónicas e 1 para os indivíduos que afirmaram ter duas ou mais doenças crónicas. **Saúde Mental:** 1) **Depressão** foi medida pela escala EURO-D com 12 itens que inclui questões sobre sintomas depressão, pessimismo, desejo de morte, culpa, irritabilidade, choro, cansaço, gozo, dificuldades em dormir, perda de interesse, perda de apetite e redução da concentração (Prince et al., 1999). A medida varia entre 0 e 12 sintomas depressivos. Três ou menos sintomas depressivos foram categorizados como 0 (ausência de depressão clinicamente significativa) e quatro ou mais sintomas depressivos foram categorizados com 1 (depressão clinicamente significativa) (Dewey & Prince, 2005b, p. 109). 2) **Memória** O teste da memória consiste no registo imediato e na evocação tardia de uma lista de 10 palavras. Na vaga quatro do projeto SHARE existiam quatro listas de 10 palavras (CF104_, CF105, CF106_ e CF107_) e apenas uma das listas foi

aleatoriamente lida ao respondente. Num primeiro momento os respondentes tiveram acesso à lista de palavras, através da leitura das dez palavras pelo entrevistador, e em seguida foram convidados a referirem as palavras que se lembravam (memória imediata). No final do módulo Função Cognitiva os respondentes foram novamente convidados a referirem as palavras que se recordavam (memória tardia). A função memória é assim composta pela soma de duas variáveis: *wllft* (número de palavras recordadas num primeiro momento: memória imediata) e *wllst* (número de palavras recordadas no final do módulo Função Cognitiva: memória tardia). As pontuações da memória imediata e memória tardia (0 a 20) foram somadas e foi construída uma nova variável “memória”, estando as pontuações mais elevadas associadas a maior memória e as pontuações mais baixas a menor. **3) Inatividade física** refere-se à não participação (nunca ou quase nunca) em atividades físicas moderadas ou intensas. A variável é construída com base nas variáveis atividade física intensa (ex.: desporto, trabalhos domésticos pesados ou um emprego que exija trabalho físico) (br015_) e atividade física moderada (ex. jardinagem, limpar o carro ou fazer uma caminhada) (br016_). Esta variável encontra-se dicotomizada em 0 (presença de atividade física moderada ou intensa) e 1 (ausência de atividade física moderada ou intensa)

3. **Atividades sociais:** Número de atividades sociais realizadas nos últimos 12 meses, incluindo voluntariado, ação de formação, participação em associação desportiva, atividade religiosa, atividade política, leitura de livros, leitura de revistas ou jornais, jogos de palavras ou números e jogos de cartas;
4. **Rede de proximidade emocional:** Número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas (*very_close*) (Litwin, Stoeckel, Roll, Shiovitz-Ezra, & Kotte, 2013).
5. **Prestação de Suporte informal:** O projeto SHARE distingue dois tipos de prestadores de suporte informal: **1) prestadores de cuidado corresidencial**, com base na questão sp018_ “*Há alguém a viver consigo a quem tenha prestado assistência com regularidade (todos os dias ou quase todos os dias), durante os últimos doze meses, ajudando nos cuidados pessoais, tais como lavar-se, levantar-se da cama ou vestir-se?*” os indivíduos que responderam positivamente foram categorizados com 1 e os indivíduos que responderam negativamente foram categorizados com 0. O SHARE apenas considera como

prestadores de cuidados pessoais no domicílio os indivíduos que asseguram cuidados de forma regular, ou seja, todos os dias ou quase todos os dias; **2) prestadores de apoio extrarresidencial** assumem-se nesta análise como os indivíduos que responderam positivamente à seguinte questão: “*Nos últimos doze meses, prestou assistência a alguém que não vive consigo, amigo ou vizinho ajudando nos cuidados pessoais ou nas tarefas domésticas?*” (sp008_). Os prestadores de apoio extrarresidencial foram ainda questionados sobre a frequência desse apoio (sp011_): (1) quase todos os dias, (2) quase todas as semanas, (3) quase todos os meses e (4) com menos frequência. Estas duas variáveis (sp008_ e sp011_) foram conjugadas e foi construída uma nova variável, codificada de forma ascendente relativamente à frequência do apoio realizado: (0= Não prestador de apoio pessoal/prático extrarresidencial (sp008_=0); 1= Presta apoio pessoal/prático extrarresidencial menos uma vez por mês (sp011_=4); 2= Presta apoio pessoal/prático extrarresidencial quase todos os meses (sp011_=3); 3= Presta apoio pessoal/prático extrarresidencial quase todas as semanas (sp011_=2); 4= Presta apoio pessoal/prático extrarresidencial quase todos os dias (sp011_=1).

7.4.3. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CORRESIDENCIAIS E/OU PRESTAÇÃO DE APOIO EXTRARRESIDENCIAL E A QdV

Segundo o modelo de QdV adotado nesta investigação constatamos que a prestação de cuidados corresidenciais e a prestação de apoio extrarresidencial, realizados por indivíduos com 50 e mais anos, assumem diferentes relações com a QdV, mediante os países analisados (Anexo 26). Na Suécia, Dinamarca, assim como na Polónia e Eslovénia a prestação de cuidados corresidenciais ($\beta = -0.003$ e $p = 0.910$; $\beta = -0.013$ e $p = 0.548$; $\beta = -0.023$ e $p = 0.310$; $\beta = -0.029$ e $p = 0.137$ respetivamente) e a prestação de apoio extrarresidencial ($\beta = -0.016$ e $p = 0.516$; $\beta = -0.029$ e $p = 0.201$; $\beta = 0.188$ e $p = 0.851$; $\beta = -0.034$ e $p = 0.085$ respetivamente) não têm relação com a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos. Inversamente, na Alemanha, Bélgica, França e Estónia a prestação de cuidado corresidencial ($\beta = -0.059$ e $p = 0.017$; $\beta = -0.028$ e $p = 0.051$; $\beta = -0.032$ e $p = 0.025$; $\beta = -0.079$ e $p = <0.001$, respetivamente) e a prestação de apoio extrarresidencial ($\beta = -0.082$ e $p = 0.001$; $\beta = -0.031$ e $p = 0.038$; $\beta = -0.031$ e $p = 0.034$; $\beta = -0.032$ e $p = 0.009$, respetivamente) determinam uma diminuição de QdV

dos indivíduos com 50 e mais anos. Na Suíça, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, República Checa e Hungria apenas a prestação de cuidados corresidenciais tem relação com a QdV, determinando uma diminuição da mesma ($\beta = -0.038$ e $p = 0.027$; $\beta = -0.054$ e $p = <0.001$; $\beta = -0.078$ e $p = <0.001$; $\beta = -0.053$ e $p = <0.001$; $\beta = -0.062$ e $p = <0.001$; $\beta = -0.029$ e $p = 0.037$; $\beta = -0.032$ e $p = 0.046$, respetivamente). Na Holanda somente os prestadores de apoio extrarresidencial vêm a sua QdV de vida reduzida pela atividade de apoio pessoal/prático ($\beta = -0.053$ e $p = 0.011$).

Esta análise permite-nos concluir que a prestação de cuidado corresidencial, por indivíduos com 50 e mais anos, assume-se como preditor de baixa QdV em 11 países europeus (Alemanha, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia, República Checa e Hungria), enquanto a prestação de apoio extrarresidencial é preditora de baixa QdV em cinco países europeus (Alemanha, Holanda, Bélgica, França e Estónia). Em quatro países (Suécia, Dinamarca, Polónia e Eslovénia) a prestação destes dois tipos de atividades, por indivíduos com 50 e mais anos, não têm relação com a QdV.

Os resultados apontam para a existência de diferenças entre os países ao nível da relação entre a prestação de cuidado corresidencial e apoio extrarresidencial e a QdV e comprovam de que é importante, na análise aos prestadores de suporte informal, a diferenciação entre o cuidado corresidencial e apoio extrarresidencial (Barbosa & Matos, 2014; Barrow & Harrison, 2005; Colombo et al., 2011; De Koker, 2009). Tendo em atenção as características dos prestadores de cuidado corresidencial e os resultados da Regressão Linear Multipla (RLM), assim como as atuais projeções de aumento da necessidade de cuidadores informais corresidenciais (Mentzakis et al., 2009; Pickard et al., 2000) torna-se importante conhecer os preditores de QdV que contribuem para um aumento ou diminuição da QdV dos prestadores de cuidado corresidencial com 50 e mais anos. O conhecimento destes preditores é importante para a criação de políticas sociais que promovam a QdV destes cuidadores, permitindo assim que estes possam continuar exercer esta atividade por mais tempo e evitando a institucionalização precoce dos beneficiários de cuidados.

7.5. PREDITORES DE QdV DOS CUIDADORES CORRESIDENCIAIS E MODELO DE ANÁLISE DA QdV DOS CUIDADORES CORRESIDENCIAIS COM 50 E MAIS ANOS

“Assessment within acceptable quality of life domains can serve as an indicator of needs and gaps in services. Identifying things that enhance quality of life along with things that reduce it from multiple perspectives can help gerontological social workers and other healthcare and human service professionals to better address the needs of older adults. It may also guide program evaluation and, in effect, improve existing services.”

Kelley-Gillespie (2009, p. 279)

O aumento da população idosa e muito idosa, assim como as recentes políticas de desinstitucionalização da dependência, os cortes no apoio social e da saúde por parte dos governos e a vontade dos idosos em permanecerem nos seus domicílios (Mooney, Statham, & Simon, 2002, p. 19) contribuem para um aumento da necessidade de cuidadores informais domiciliários e para uma mudança do perfil do cuidador. Neste contexto, os indivíduos com 50 e mais anos assumem cada vez mais a prestação de cuidados corresidenciais, representando um importante contributo para a sustentabilidade dos serviços sociais e de saúde de cada país (Hosseinpoor et al., 2013). Contudo a literatura evidencia a existência de vários fatores que podem comprometer a QdV destes cuidadores.

Relativamente à **idade**, os estudos revelam que os cuidadores corresidenciais são mais velhos (De Koker, 2009; Jacobs et al., 2006; Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, King, & Malley, 2012) e que os cuidadores mais velhos possuem maiores problemas de saúde (Navaie-Waliser et al., 2002) e menor QdV (Chou, Lee, Lin, Kröger, & Chang, 2009; Iecovich, 2008; Lage, 2007; Morley, Dummett, & Peters, 2012). Chou et al. (2009), na análise a cuidadores de adultos com incapacidade intelectual, constataram que os cuidadores mais velhos (55 e mais anos), comparativamente com os cuidadores mais novos (menos de 55 anos) possuíam menor QdV, menor suporte familiar, maior percepção negativa de cuidar do alguém com incapacidade intelectual e maior preocupação com o futuro do cuidado. Morley et al. (2012) reforçaram esta perspetiva afirmando que o declínio mental ocorre principalmente nas idades mais avançadas e que a prestação de cuidados pode acelerar ainda mais este declínio. Os cuidadores com 50 e mais anos têm ainda maiores probabilidades de cuidarem durante mais anos comparativamente com os cuidadores mais novos e de cuidarem principalmente dos

pais ou cônjuges (National Alliance for Caregiving & AARP, 2004, p. 33; Dahlberg et al., 2007; Johnson & Schaner, 2005). A literatura revela também que mais idade do cuidador encontra-se associada a mais horas de cuidados (Breeze & Stafford, 2010; Dahlberg et al., 2007; Herrera et al., 2013; Johnson & Schaner, 2005) o que poderá comprometer a QdV do cuidador. Contrariamente Yang et al. (2012) não encontraram uma relação entre a idade e a QdV dos cuidadores. Investigações recentes revelam que na Europa as necessidades de saúde (doenças crônicas e limitações nas atividades básicas de vida diária) encontram-se fortemente associadas à idade (Lyberaki et al., 2013, p. 8), o que poderá indicar que os cuidadores mais velhos poderão ter uma saúde mais débil para a prestação de cuidados.

No que confere ao **gênero**, as mulheres têm maiores probabilidades de serem prestadoras de cuidados informais, comparativamente com os homens (Ciani, 2012; Colombo et al., 2011; Hank, 2011; Herrera et al., 2013; Hosseinpoor et al., 2013; Rodrigues et al., 2012; Roth, Perkins, Wadley, Temple, & Haley, 2009). Contudo os estudos mostram que, apesar das mulheres terem sido mais socializadas nas tarefas de cuidados e poderem ser mais resilientes face a estas tarefas (Pinquart & Sorensen, 2007), têm pior QdV, comparativamente com os homens cuidadores (Morley et al., 2012; Netuveli et al., 2006; Thomas et al., 2006). As mulheres cuidadoras despendem mais tempo nas atividades de cuidado (Allen, 1994; Johnson & Schaner, 2005; Mooney et al., 2002), prestam maior número de tarefas, fazem-no frequentemente de uma forma solitária (Allen, 1994; Sigurðardóttir & Bravell, 2013) e solicitam menos suporte (pago e não pago) (Rogero-García & Rosenberg, 2011). Os homens cuidadores tendem a prestar maior assistência fora do domicílio (Hosseinpoor et al., 2013) e quando a executam dentro do domicílio, tendem a receber maior suporte e ajuda comparativamente com as mulheres (Allen, 1994; Haley, Roth, Howard, & Safford, 2010; Neno, 2004; Rogero-García & Rosenberg, 2011) e a prestarem cuidados principalmente às companheiras ou esposas (Rodrigues et al., 2012). Comparativamente com as mulheres, os homens prestam cuidados menos intensivos, menos apoio nas tarefas domésticas e menos cuidados diários (Allen, 1994; Glendinning et al., 2009).

Na análise ao **estado civil**, os cuidadores comparativamente com os não prestadores de cuidado têm maiores probabilidades de estarem casados (Hernandez & Bigatti, 2010; Herrera et al., 2013; Hosseinpoor et al., 2013; Mooney et al., 2002). Sobre o estado civil a literatura evidencia que os indivíduos casados possuem maior QdV (Thomopoulou et al., 2010).

No que confere ao **rendimento** dos cuidadores, Ekwall (2007) refere que uma baixa situação económica diminui a QdV dos cuidadores. Os mesmos resultados são corroborados por Yang et al. (2012, p. 4) que constataram que os cuidadores com rendimentos mensais baixos possuem menor QdV. Na mesma perspetiva, Vellone, Piras, Talucci, & Cohen (2008) e Lage (2007) constataram que um rendimento mensal mais elevado aumenta a QdV do cuidador. Segundo Ross et al. (2008) os cuidadores com 50 e mais anos que prestam cuidados moderados a intensivos aos filhos ou aos cônjuges, comparativamente com os não prestadores de cuidado, possuem médias de rendimentos mais baixas. A passagem para o papel de cuidador encontra-se associada a uma redução do rendimento total familiar, comparativamente com os não prestadores de cuidado (Ross et al., 2008). Os custos financeiros dos prestadores de cuidados podem ser elevados, principalmente se os cuidadores tiverem que abdicar do seu emprego ou se tiverem de se reformar mais cedo devido à atividade de cuidado (Viitanen & Labor, 2007). Segundo Lai (2012), os custos financeiros assumem-se como o preditor mais importante na sobrecarga dos cuidadores.

A literatura revela ainda que, no que confere à **situação perante o emprego**, os cuidadores têm maiores probabilidades de não estarem empregados (Ciani, 2012; De Koker, 2009) e que envolvimento no mercado de trabalho varia de acordo com o nível de cuidado providenciado. Os cuidadores que providenciam cuidado moderado a pesado possuem menores possibilidades de trabalharem, comparativamente com os não prestadores de cuidado (Colombo et al., 2011; Ross et al., 2008). De Koker (2009, p. 10) conclui que quem trabalha a tempo parcial ou a tempo inteiro presta menos cuidados, comparativamente com os indivíduos que não trabalham. Segundo dados da OCDE o impacto da prestação de cuidados na participação no mercado de trabalho surge apenas quando os cuidadores asseguram cuidados com uma duração superior a 20 horas semanais, e no caso da coresidência (com grande necessidade de cuidados) (Colombo et al., 2011, p. 93). Os mesmos autores (Colombo et al., 2011, p. 97) acrescentam ainda que os cuidadores em idade ativa possuem maiores riscos de pobreza em todos os países analisados, à exceção dos países do Sul da Europa, onde o agregado familiar tende a ser de maior dimensão.

Relativamente à **escolaridade**, Iecovich (2008), Wong et al. (2012) e Yang et al. (2012) constataram que maior escolaridade dos cuidadores encontra-se relacionada a maior QdV, contudo os prestadores de cuidado coresidenciais tendem a ser menos escolarizados (Ciani, 2012; De Koker, 2009). Rogero-García & Rosenberg (2011)

concluíram ainda que os cuidadores mais escolarizados tendem a solicitar mais suporte (pago e não pago), comparativamente com os cuidadores com menor escolaridade.

Quanto à **saúde** dos cuidadores encontramos na literatura diversas teses. Alguns autores defendem que os cuidadores têm maiores chances de reportar pior saúde, maior sobrecarga física e mental, maior número de visitas ao médico, ansiedade, depressão, perda de peso e menor QdV, comparativamente com os não prestadores de cuidado (Ho et al., 2009; Rösler-Schidlack et al., 2011; Yang et al., 2012). Navaie-Waliser et al. (2002, p. 411) acrescentam ainda que os cuidadores informais com problemas de saúde possuem maiores dificuldades na prestação de cuidados, prestam de cuidados mais intensivos, referem que a sua saúde piorou a partir do momento em que começaram a prestar cuidados, são mais velhos (65 ou mais anos), casados e possuem menos de doze anos de escolaridade (Navaie-Waliser et al., 2002, p. 411). Roth et al. (2009) concluíram que apenas se verificam diferenças na saúde psicológica ou mental, com os cuidadores a reportarem pior saúde psicológica ou mental. Morley et al. (2012) referem que apenas os cuidadores com problemas de saúde estão associados a menor QdV. Trivedi et al. (2013) concluíram que não existiam diferenças de saúde entre os cuidadores e os não prestadores de cuidado. Na mesma perspetiva, Rösler-Schidlack et al. (2011) concluíram que os cuidadores familiares primários com idades compreendidas entre os 62 e os 84 anos não diferiam dos não prestadores de cuidado da mesma idade na função física, saúde geral e componente física. Estes últimos resultados reforçam a ideia de que só os idosos que possuem boa saúde têm capacidades para assumir a prestação de cuidados (Rösler-Schidlack et al., 2011, p. 275).

Também Ross et al. (2008) concluem que poucas diferenças foram encontradas entre os cuidadores e não prestadores de cuidado ao nível da saúde. Os autores referem mesmo que os cuidadores possuem melhor saúde comparativamente com os não prestadores de cuidado, nomeadamente maiores capacidades nas AIVD (ex. cozinhar, gerir o dinheiro,...), concluindo assim que a prestação de cuidados nas idades mais avançadas tem como pré-requisito possuir boa saúde.

No que confere às doenças crónicas, Ho et al. (2009) concluíram que os cuidadores correm maiores riscos de possuírem duas ou mais doenças crónicas. A existência de doenças crónicas pode resultar numa diminuição da QdV do cuidador (Yang et al., 2012), todavia os indivíduos que sofrem de duas ou mais doenças crónicas possuem maiores chances de prestarem apoio, sugerindo uma troca recíproca (Hank, 2011).

Os cuidadores, comparativamente com os não prestadores de cuidados, possuem maiores riscos de **depressão** (Gallagher-Thompson et al., 2006; Hahn, Kim, & Chiriboga, 2011; Hank, 2011; Hernandez & Bigatti, 2010; Herrera et al., 2013; Ho et al., 2009). Os cuidadores exibem maior prevalência de problemas mentais comparativamente com os não prestadores de cuidado (Colombo et al., 2011; Hirst, 2005), são normalmente mais velhos e têm características sociodemográficas mais favoráveis a pior saúde mental (Colombo et al., 2011).

Relativamente à **função cognitiva** dos cuidadores os estudos apontam conclusões divergentes. Leipold, Schacke & Zank (2008), Bertrand et al. (2012) e Herrera et al. (2013) concluíram que os cuidadores revelam melhores performances cognitivas comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado. Bertrand et al. (2012) argumentam que os cuidadores são fisicamente mais ativos e que a atividade física reduz o risco de incapacidade funcional e de declínio cognitivo. Os autores acrescentam ainda que os cuidadores estão envolvidos num complexo conjunto de tarefas que exigem uma estimulação cognitiva, tais como a gestão da medicação, gestão de consultas e transportes.

Vitaliano et al. (2009) contrariam os resultados de melhores performances cognitivas por parte dos cuidadores. Os autores compararam cuidadores conjugais com indivíduos casados não prestadores de cuidados e constataram que o grupo dos cuidadores apresenta um declínio cognitivo 4,5 vezes superior ao grupo dos não prestadores de cuidados casados. Estes resultados demonstram que os cuidadores que experienciaram um declínio da função cognitiva poderão estar menos capazes de continuar a providenciar cuidados (Vitaliano et al., 2009, p. 19). Resultados semelhantes foram apresentados por de Vugt et al. (2006). Na análise da função cognitiva de cônjuges cuidadores de pacientes com demência, Vugt et al. (2006) concluíram que o grupo dos cuidadores, comparativamente com o grupo de controlo, apresentava menores níveis de função cognitiva, o que poderia comprometer a prestação de cuidados adequados.

Relativamente à **inatividade física**, os estudos referem que os cuidadores idosos possuem melhores condições físicas, comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio da mesma idade (Herrera et al., 2013). De acordo com Fredman et al. (2006) as cuidadoras idosas realizavam menor número de atividades físicas de lazer, comparativamente com as não cuidadoras idosas, contudo as mesmas cuidadoras idosas eram mais ativas fisicamente devido à realização das tarefas de

cuidados. Marquez, Bustamante, Kozey-Keadle, Kraemer & Carrion (2012, p. 358) concluíram também que os cuidadores que praticam atividade física regular podem estar numa melhor posição para enfrentarem os desafios físicos e mentais do cuidado, o que poderá contribuir para um adiamento da entrada do recetor de cuidados numa instituição.

As redes de apoio informal são constituídas pelas famílias, amigos e vizinhos e desempenham um papel muito importante no apoio à velhice, principalmente ao nível emocional, mas também instrumental. Os estudos revelam que os cuidadores tendem a possuir redes sociais maiores, comparativamente com os não prestadores de cuidado (Burr et al., 2005; Choi, Burr, Mutchler, & Caro, 2007; Ekwall et al., 2005), e que a prestação de cuidado informal tende a aumentar o contacto dos cuidadores com redes de apoio informal e os serviços formais de apoio (Choi et al., 2007). Sobre a frequência de contactos, Litwin (2009) e Netuveli et al. (2006) evidenciam que um maior número de contactos sociais pode ser um preditor de pior QdV. A maior frequência de contactos sociais pode estar assim associada a uma maior necessidade de cuidados do indivíduo e consequentemente a uma menor QdV do indivíduo. Tendo em atenção estas especificidades, nesta investigação pretendemos analisar, não o número de indivíduos da rede social, nem a frequência de contactos, mas sim **a rede de proximidade emocional** (número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos) dos cuidadores corresidenciais e a sua relação com a QdV. A utilização desta variável permite-nos avaliar a existência de indivíduos, dentro da rede social, que contribuem para uma maior compreensão, estima e ajuda (von dem Knesebeck & Geyer, 2007).

A literatura evidencia ainda que os cuidadores possuem um menor número de **atividades sociais**, comparativamente com os não prestadores de cuidado (Stevens et al., 2004). As atividades sociais são importantes no bem-estar dos cuidadores (Bedini & Phoenix, 2004; Losada, Marquez-Gonzalez, et al., 2010; Stevens et al., 2004), contudo Ross et al. (2008) referem que tornar-se cuidador foi associado a uma menor possibilidade de viajar para outro país e de ter hobbies ou passatempos, ir de férias ou passear, fatores que aumentam a QdV dos cuidadores. Cuidar de um membro da família doente pode resultar num desequilíbrio entre a vida pessoal e o papel familiar. De acordo com Bedini & Phoenix (2004) na análise a 492 mulheres cuidadoras, cerca de 70% das cuidadoras valorizavam o lazer, contudo as mesmas afirmaram que existe um conjunto de barreiras que as impede de continuar a usufruir das suas atividades e as leva a desistir dessas atividades em benefício do tempo e energia para cuidarem do seu

familiar (Bedini & Phoenix, 2004; Bedini, 2002). Os cuidadores que prestam maior número de horas de cuidado por dia e que cuidam de uma pessoa com dependência funcional afirmam ter menos horas de lazer (Losada, Marquez-Gonzalez, et al., 2010). O mesmo estudo indica ainda que os cuidadores com baixo nível de atividades sociais são os que possuem menores níveis de suporte social, maiores níveis de sobrecarga e problemas de saúde mental (Ekwall et al., 2005).

Vellone et al. (2008, p. 222) evidenciam a necessidade de analisar os diferentes **tipos de cuidadores** (cônjuges, filhos e amigos). As projeções indicam que o número de cuidadores conjugais irá aumentar mais rapidamente do que o número de outros tipos de cuidadores (Pickard & King, 2012; Wittenberg et al., 2008) e que a prestação deste tipo de cuidados se encontra associada a uma diminuição da QdV dos cuidadores (Breeze & Stafford, 2010; Hirst, 2005; McMunn et al., 2009; Yang et al., 2012). Estes resultados são justificados pela sobrecarga associada às especificidades do cuidado conjugal, nomeadamente mais horas de cuidado (cuidado 24 horas), realização de um maior número de tarefas, o facto de serem os únicos cuidadores (Breeze & Stafford, 2010; Broese van Groenou, Boer, & Iedema, 2013; Canadian Institute of Health Information, 2010; Dahlberg et al., 2007; Pinqart & Sorensen, 2011; Reinhard, Levine, & Samis, 2014; Ross et al., 2008), serem mais velhos e possuírem maiores problemas de saúde (Lavela & Ather, 2010; Pinqart & Sorensen, 2011), solicitarem menor apoio informal e formal (Van Groenou et al., 2013; Pinqart & Sorensen, 2011; Reinhard et al., 2014), possuírem maior sobrecarga financeira (Pinqart & Sorensen, 2011), maiores níveis de depressão (Lavela & Ather, 2010; Litwin, Stoeckel, & Roll, 2014; McMunn et al., 2009; Pinqart & Sorensen, 2011), maiores dificuldades nas funções cognitivas (Lavela & Ather, 2010) e maior nível de angústia (Canadian Institute of Health Information, 2010). Embora cuidar do cônjuge seja socialmente mais normativo do que cuidar de outras pessoas (Pinqart & Sorensen, 2007), esta atividade não é frequentemente uma escolha, mas sim o resultado de viverem na mesma habitação (Chappell, 1991). Segundo Rogero-Garcia & Rosenberg (2011) os cônjuges tendem a receber maior número de horas de cuidados pagos comparativamente com os filhos, na medida em que fazem o pedido de suporte em estados mais avançados de dependência do recetor de cuidados.

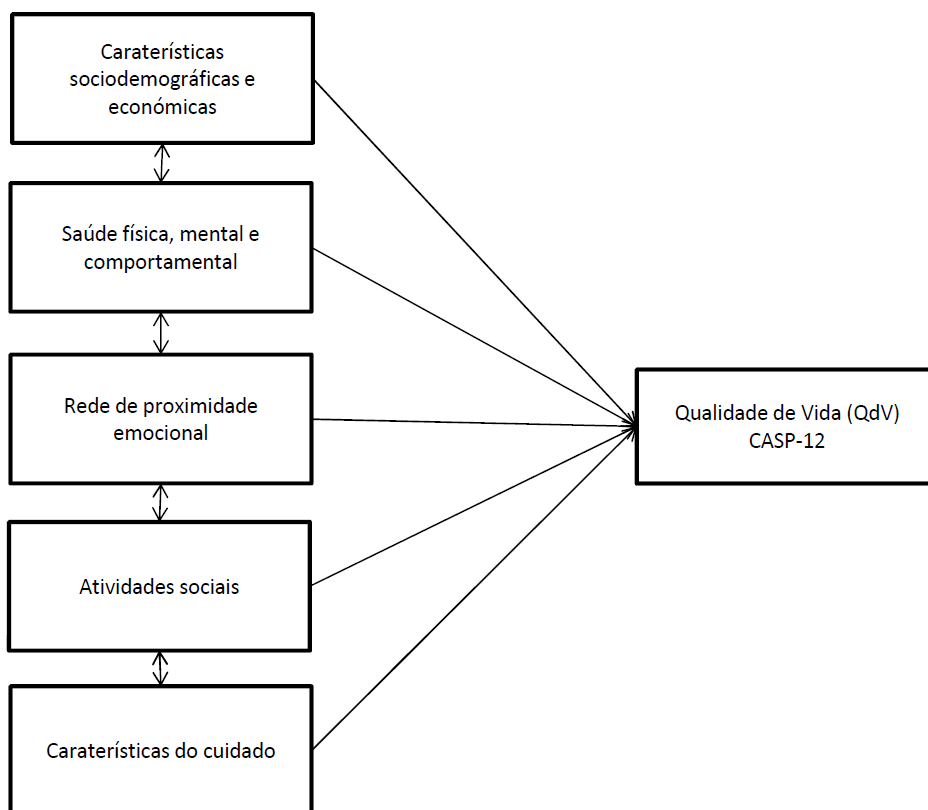
Também os filhos adultos (50 e mais anos) ocupam um papel importante na prestação de cuidados informais aos seus pais idosos (Igel et al., 2009), assumindo pesadas responsabilidades na prestação de cuidados (Yang et al., 2012). Estes cuidadores prestam cuidados principalmente ao pai/mãe com 85 e mais anos que não

têm companheiro vivo ou se este é incapaz de prestar cuidados ao seu parceiro dependente (Stuifbergen et al., 2008). Neste tipo de cuidado as filhas são as principais cuidadoras informais, prestando um suporte regular e intensivo, enquanto os filhos prestam um apoio mais esporádico (Schmid et al., 2012; Stuifbergen et al., 2008). Nos países do Sul da Europa, devido à debilidade de suporte formal, os filhos têm maiores possibilidades de prestar cuidados informais aos pais, comparativamente com os restantes países europeus, onde os filhos prestam ajuda predominantemente esporádica (Brandt et al., 2009). Callegaro & Pasini (2008) constataram ainda que a prestação de cuidados informais aos pais idosos é influenciada pelo comportamento dos irmãos, pelo valor do salário de cada filho, pelo custo material do cuidado e do preço e disponibilidade do serviço formal. Quantos mais irmãos ajudarem na prestação de cuidados, menor será a provisão de apoio individual (Callegaro & Pasini, 2008). Este tipo de cuidado encontra-se associado a uma diminuição da QdV do cuidador (Hirst, 2005).

Os pais idosos prestam igualmente um importante suporte aos seus filhos adultos dependentes. Segundo Seltzer et al. (2011, p. 496) a prevalência de coresidência de filhos com dependências físicas ou intelectuais com os seus pais de 60 anos é elevada (cerca de 39%). A existência de poucas estruturas de apoio para pessoas com dependência leva a que os pais tenham que cuidar dos filhos dependentes até idades avançadas (Cummins, 2001). Ha, Hong, Seltzer, & Greenberg (2008) concluíram que os pais mais velhos que prestam cuidados aos filhos com dependência, comparativamente com os pais mais novos, experimentam menos fatores negativos e maior bem-estar, suportando assim a ideia de maturidade e adaptação ao papel de cuidador.

De acordo com a revisão da literatura e com a base de dados do projeto SHARE construímos um modelo de QdV (Figura 21) com o objetivo de analisar dos preditores de QdV dos cuidadores coresidenciais.

Figura 21. Modelo de QdV dos cuidadores corresponsáveis com 50 e mais anos



O modelo de análise tem como variável dependente a **Qualidade de Vida (QdV)** (CASP-12) e como variáveis independentes: **Características sociodemográficas e económicas** (Idade; Estado civil: Com parceiro; Género: Feminino; Situação perante o emprego: Reformado; Escolaridade: ISCED-97; Rendimento: Tercil alto); **Saúde** (Número de limitações nas atividades básicas de vida diária; Doenças crónicas: Duas ou mais; Depressão: Quatro ou mais sintomas depressivos; Memória; Inatividade física: Sim); **Rede de proximidade emocional** (número de pessoas da rede social consideradas emocionalmente próximas ou muito próximas); **Atividades sociais** (número de atividades sociais) e **Características do cuidado** (Cuidar dos pais: Sim (1) e Não (0); Cuidar do cônjuge: Sim (1) e Outros (0); Cuidar do filho(a): Sim (1) e Outros (0); Número de pessoas a quem presta cuidados corresponsáveis). Sublinhe-se que o modelo apresenta algumas limitações ao nível das características do cuidado, decorrentes das limitações existentes no projeto SHARE, acerca da temática dos cuidados informais

7.5.1. ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL

A análise (Tabela 5) revela que existem diferenças significativas entre os grupos de países, à exceção das variáveis género e estado civil. Em todos os grupos de países analisados os prestadores de cuidado corresidencial caracterizam-se por serem maioritariamente do género feminino e casados. Os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa quando comparados com os cuidadores do Centro e Leste europeu apresentam piores níveis de QdV (31.7 contra 37.2 e 33.2 respetivamente), são mais velhos (69.2 anos, 67.2 anos e 66.9 anos respetivamente), menos escolarizados (1.7 contra 2.9 e 2.8 respetivamente) e possuem menor percentagem de reformados (55.8% contra 58.6% e 68.4%).

Relativamente à saúde, os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa, comparativamente com os prestadores de cuidado corresidencial do Centro e Leste europeu possuem maiores limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD) (0.61 contra 0.33 e 0.43 respetivamente), maior inatividade física (26.2%, 12.7% e 13.5% respetivamente) e piores níveis de memória (6.73 contra 9.26 e 8.63 respetivamente). Os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa possuem ainda um menor número de atividades sociais (1.11 contra 2.61 dos cuidadores do Centro e 1.95 dos cuidadores do Leste) e situam-se numa posição intermédia relativamente ao número de indivíduos da rede social considerados emocionalmente próximos ou muito próximos (2.27 cuidadores do Sul, 2.41 cuidadores do Centro e 2.12 dos cuidadores do Leste).

Quanto ao tipo de relação cuidador-beneficiário de cuidados verificamos que os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa são os que mais prestam cuidados aos pais (14.7% contra 9.2% dos países do Centro e 11.8% dos países do Leste) e situam-se numa posição intermédia na prestação de cuidados aos filhos (26.7 países do Sul, 19% países do Centro e 27.6% países de Leste) e aos cônjuges (35.9% contra 31.3% dos países do sul e Leste da Europa). Os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa possuem maior número de pessoas cuidadas no domicílio (1.09 contra 1.03 dos cuidadores do Centro e 1.04 dos cuidadores do Leste).

O grupo dos prestadores de cuidado corresidencial do Centro da Europa possui maiores níveis de QdV, escolaridade, memória, atividades sociais, número de indivíduos emocionalmente próximos ou muito próximos e prestadores de cuidado corresidencial conjugais. O mesmo grupo de cuidadores do Centro da Europa possui as

menores percentagens de rendimentos familiares elevados, o menor número de limitações nas atividades básicas de vida diária, as menores percentagens de duas ou mais doenças crónicas, as menores percentagens de quatro ou mais sintomas depressivos, de cuidadores que prestavam cuidados aos filhos e menor número total de indivíduos a quem prestavam cuidados.

Os prestadores de cuidado corresidencial do Leste Europeu possuem as maiores percentagens de reformados (68.4% contra 55.6 dos cuidadores do Sul e 58.6 do Centro), maiores percentagens de rendimento familiar alto (41.1% contra 31.5% nos países do Sul e 31% nos países do Centro da Europa), maior percentagem de duas ou mais doenças crónicas (62.4% contra 57.4% dos cuidadores do Sul e 50% dos cuidadores do Centro) e ainda maior percentagem de cuidadores que prestavam cuidados aos filhos (27.6% contra 26.7% países do Sul e 19% países do Centro).

De acordo com as análises descritivas os cuidadores do Sul da Europa são mais velhos, menos escolarizados, os mais debilitados física e mentalmente, os que possuem menores níveis de memória e menor número de atividades sociais. Esta realidade confirma a existência de desigualdades na Europa ao nível da prestação de cuidados corresidenciais por indivíduos com 50 e mais anos e revela que os prestadores de cuidado corresidencial do Sul da Europa encontram-se numa posição de desvantagem face aos restantes grupos de prestadores de cuidado corresidencial europeus. Inversamente, os cuidadores do Centro da Europa apresentaram-se como o grupo com maiores capacidades para a prestação de cuidados corresidenciais. Estas diferenças são confirmadas por vários estudos que referem que nos países do Sul da Europa os indivíduos possuem menor QdV e menor saúde (Eriksen, Vestergaard, & Andersen-Ranberg, 2013; Kenesebeck, Hyde, Higgs, Kupfer, & Siegrist, 2005; Wahrendorf et al., 2008). Sabendo que os países do Sul da Europa são os que mais se apoiam nas redes informais (Lyberaki et al., 2013), os que possuem maiores problemas de saúde e os que beneficiam de menores estruturas de apoio formal (Eriksen et al., 2013; Pommer et al., 2007) concluímos que os cuidadores corresidenciais do Sul são um grupo com a QdV mais comprometida.

Tabela 5. Prestadores de cuidado corresidencial por grupos de países

	Cuidadores corresidenciais Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália) N=864	Cuidadores corresidenciais Centro da Europa (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria) N= 1187	Cuidadores corresidenciais Leste da Europa (Estónia, República Checa e Hungria) N=1148	p value	X ²	F
Qualidade de Vida CASP-12, média (desvio padrão)	31.67 (6.290)	37.17 (6.142)	33.15 (6.504)	<0.001		283.383
Género (feminino) %	59,0	58.9	59.8	0.883	0.249	
Idade, média (desvio padrão)	69.20 (10.535)	67.22 (10.625)	66.91 (9.694)	<0.001		13.845
Escolaridade (ISCED-97), média (desvio padrão)	1.73 (1.324)	2.85 (1.467)	2.76 (1.160)	<0.001		264.342
Estado civil (com parceiro (a)) %	83.3	84.5	83.1	0.625	0.941	
Estatuto perante o emprego (reformado) %	55.6	58.6	68.4	<0.001	40.275	
Rendimento familiar (alto) %	31.5	31,0	41.1	<0.001	31.929	
Limitações nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), média (desvio padrão)	0.61 (1.362)	0.33 (0.912)	0.43 (1.044)	<0.001		16.065
Doenças crónicas (≥ doenças crónicas)	57.4	50,0	62.4	<0.001	36.511	
Inatividade física (sim) %	26.2	12.7	13.5	<0.001	77.299	
Depressão Euro-D (≥ 4 sintomas) %	50.3	35.6	45.7	<0.001	49.282	
Memória, média (desvio padrão)	6.73 (3.615)	9.26 (3.703)	8.63 (3.466)	<0.001		129.207
Número de Atividades, média (desvio padrão)	1.11 (1.353)	2.61 (1.906)	1.95 (1.533)	<0.001		208.095
Número de pessoas da rede social próximas ou muito próximas, média (desvio padrão)	2.27 (1.498)	2.41 (1.552)	2.12 (1.316)	<0.001		11.472
Prestação de cuidados aos pais (%)	14.5	9.2	11.8	0.001	13.791	
Prestação de cuidados aos filhos (%)	26.7	19	27.6	<0.001	27.558	
Prestação de cuidados aos cônjuges (%)	31.3	35.9	31.3	0.027	7.229	
Número de pessoas a quem presta cuidados, média (desvio padrão)	1.09 (0.349)	1.03 (0.227)	1.04 (0.275)	<0.001		15.147

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, N não ponderado.

7.5.2. PREDITORES DE QdV DOS CUIDADORES CORRESPONDENCIAIS COM 50 E MAIS ANOS

Num contexto de responsabilização dos cuidadores informais é importante manter a capacidade e a vontade dos cuidadores continuarem a exercer esta atividade. O conhecimento dos preditores de QdV dos cuidadores correspondenciais assume-se como um pré-requisito para intervenções efetivas (White, Lauzon, Yaffe, & Wood-Dauphinee, 2004) e para a construção de políticas públicas capazes de colmatar as necessidades dos prestadores de cuidado correspondencial com 50 e mais anos.

As regressões lineares múltiplas realizadas por grupo de países (Anexo 27) revelam que a idade, ter um parceiro(a), a escolaridade, a situação profissional, a memória e o número de pessoas a quem se presta cuidados não se assumem como preditores de QdV para os cuidadores correspondenciais nos três grupos analisados. Relativamente ao género, este assume-se como preditor de má QdV, apenas nos países do Sul da Europa, com as mulheres cuidadoras correspondenciais a possuírem menor QdV, comparativamente com os homens ($\beta = -0.068$; $p = 0.036$). Possuir um rendimento maior revela-se um preditor de maior QdV nos países do Centro ($\beta = 0.070$; $p = 0.011$) e Leste ($\beta = 0.084$; $p = 0.002$), enquanto nos países do Sul da Europa esta relação não é significativa ($\beta = 0.043$; $p = 0.154$).

As variáveis de saúde, nomeadamente as limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), possuir duas ou mais doenças crónicas, ter quatro ou mais sintomas depressivos e a inatividade física apresentam-se como preditores de má QdV em todos os grupos de países analisados. Neste sentido, à medida que o número de limitações ABVD aumenta a QdV dos prestadores de cuidado correspondencial dos países do Sul ($\beta = -0.174$; $p < 0.001$), países do Centro ($\beta = -0.162$; $p < 0.001$) e países do Leste ($\beta = -0.101$; $p = 0.001$) diminui. A QdV diminui ainda quando os cuidadores possuem duas ou mais doenças crónicas (*países do Sul* $\beta = -0.108$ e $p = 0.001$; *países do Centro* $\beta = -0.100$ e $p < 0.001$; *países do Leste* $\beta = -0.113$ e $p < 0.001$), quatro ou mais sintomas depressivos (*países do Sul* $\beta = -0.346$ e $p < 0.001$; *países do Centro* $\beta = -0.322$ e $p < 0.001$; *países do Leste* $\beta = -0.308$ e $p < 0.001$) e inatividade física (*países do Sul* $\beta = -0.110$ e $p = 0.001$; *países do Centro* $\beta = -0.131$ e $p < 0.001$; *países do Leste* $\beta = -0.116$ e $p < 0.001$).

A participação em atividades sociais contribui para um aumento da QdV dos prestadores de cuidado correspondencial, em todos os grupos de países analisados (*países*

do Sul $\beta = -0,346$ e $p = 0.008$; países do Centro $\beta = -0.322$ e $p = <0.001$; países do Leste $\beta = -0.308$ e $p = <0.001$). No que confere ao número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos do cuidador, verificamos que esta associação apenas é marginalmente significativa nos prestadores de cuidado corresidencial do Sul e Centro da Europa ($\beta = 0.058$ e $p = 0.065$; $\beta = 0.055$ e $p = 0.055$, *respetivamente*).

Relativamente ao tipo de relação (cuidador-beneficiário de cuidados) verificamos que nos países do Centro da Europa a prestação de cuidados corresidenciais aos filhos é preditor de má QdV ($\beta = -0.069$ e $p = 0.017$). Esta relação é marginalmente significativa nos países do Sul e Leste da Europa ($\beta = -0.058$ e $p = 0.097$; $\beta = -0.056$ e $p = <0.069$, *respetivamente*), onde os cuidadores que prestam cuidados aos filhos possuem menor QdV.

A prestação de cuidados corresidenciais ao cônjuge encontra-se relacionada, em todos os grupos de países analisados, com uma diminuição da QdV do cuidador (países do Sul $\beta = -0.085$ e $p = 0.022$; países do Centro $\beta = -0.077$ e $p = 0.016$; países do Leste $\beta = -0.068$ e $p = 0.045$).

Ter quatro ou mais sintomas depressivos (depressão) assume-se como o preditor com maior importância para a QdV dos prestadores de cuidado corresidencial em todos os grupos de países analisados. As variáveis de saúde física, nomeadamente as limitações nas ABVD, doenças crónicas e inatividade física também constituem importantes preditores de QdV entre os prestadores de cuidado corresidencial. Neste sentido, podemos afirmar que existem fatores transversais a todos os grupos analisados que condicionam a QdV dos cuidadores corresidenciais. Estes fatores são as condições de saúde (mental, física e comportamental), a participação em atividades sociais e o tipo de relação com o recetor de cuidados (cônjuges). Nesta análise verificam-se ainda algumas especificidades. No grupo de países do Sul da Europa a QdV diminui quando o cuidador é do género feminino, enquanto nos países do Centro e Leste da Europa a QdV aumenta quando os cuidadores possuem rendimentos altos.

As RLM evidenciam ainda que os cuidadores conjugais assumem-se como os cuidadores que mais vêm a sua QdV afetada pela prestação de cuidados, em todos os grupos de países analisados. Tendo em consideração as projeções que indicam que o cuidado conjugal corresidencial é o tipo de cuidado que mais irá aumentar nos próximos anos consideramos importante analisar as características dos cuidadores corresidenciais de acordo com o tipo de relação com o beneficiário de cuidados e grupo de países.

7.5.3. CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE CUIDADORES CORRESIDENCIAIS COM 50 E MAIS ANOS

Num primeiro momento, dentro de cada grupo de países, dividimos os prestadores de cuidado corresidencial em quatro grupos: cuidadores que apenas prestam cuidados aos cônjuges (cuidadores conjugais), cuidadores que apenas prestam cuidados aos pais (filiais), cuidadores que apenas prestam cuidados aos filhos (parentais) e cuidadores de outros (neste grupo estão inseridos os indivíduos que prestam cuidados a outros indivíduos familiares e não familiares e/ou que prestam cuidados a mais do que um indivíduo⁵). Posteriormente, procedemos à análise da variância (ANOVA) para as variáveis contínuas (QdV, idade, escolaridade, limitações nas atividades básicas de vida diária, memória, número de atividades sociais e número de pessoas da rede consideradas próximas ou muito próximas) e Teste de Qui-Quadrado para as restantes variáveis (género, situação perante o emprego, rendimento, doenças crónicas, inatividade física e depressão) segundo grupo de países.

Nos países do Sul da Europa (Tabela 6) os cuidadores conjugais e parentais apresentam os níveis de QdV mais baixos e as idades mais avançadas (Teste Tukey não revelam diferenças entre estes dois grupos em relação à QdV e idade). Os cuidadores conjugais possuem ainda menor percentagem de cuidadoras femininas (51.9% contra 75.6% para os cuidadores filiais, 61.9% para os cuidadores parentais e 55.7% para os dos cuidadores de outros). No que diz respeito à escolaridade, constatamos que o grupo dos cuidadores conjugais apenas se diferencia significativamente do grupo dos cuidadores filiais, possuindo menores níveis de escolaridade (entre os restantes grupos não se verificam diferenças significativas). Relativamente à situação perante o emprego, os cuidadores conjugais representam o grupo com maior percentagem de reformados (66.5% contra 57% para os cuidadores de outros, 56.7% para os cuidadores parentais e 26.8% para os cuidadores filiais). Os cuidadores conjugais e parentais são os que apresentam menores percentagens de indivíduos com rendimentos elevados (28.6% e 27.7% respetivamente contra 40.7% para os cuidadores filiais e 33.6% para os cuidadores de outros). Na análise ao número de limitações nas ABVD verificamos que os cuidadores conjugais apenas se diferenciam dos cuidadores filiais, apresentando

⁵ A opção por inserir o grupo de cuidadores que presta cuidados a mais do que pessoa no grupo dos cuidadores de outros, deve-se ao facto deste grupo ser bastante reduzido (3.9%)

maior número de limitações (0.68 para os cuidadores conjugais, 0.74 para cuidadores parentais, 0.65 para os cuidadores de outros e 0.10 para os cuidadores filiais).

O grupo dos cuidadores conjugais e grupo dos cuidadores parentais são os que apresentam as maiores percentagens de indivíduos com duas ou mais doenças crónicas (60.9% e 64.9% respetivamente contra 57% para os cuidadores de outros e 36.6% para os cuidadores filiais) e maior inatividade física (30.1% e 30.7% respetivamente contra 23% para os cuidadores de outros e 15.4% para os cuidadores filiais). Na análise aos níveis de memória voltamos a verificar que os prestadores de cuidado conjugal e parental não se distinguem significativamente e apresentam-se como os grupos que possuem menores níveis de memória quando comparados com os restantes grupos (6.1 cuidadores conjugais, 6.1 cuidadores parentais, 7 cuidadores de outros e 8.7 cuidadores filiais). Os cuidadores parentais são os que apresentam menor número de atividades sociais (0.65), seguidos dos cuidadores conjugais (0.98), do grupo dos cuidadores de outros (1.38) e cuidadores filiais (1.74). Por fim, os cuidadores conjugais são os que apresentam menor número de indivíduos na rede social considerados próximos ou muito próximos (1.61 contra 2.19 dos cuidadores filiais, 2.40 dos cuidadores parentais e 2.84 dos cuidadores de outros).

Tabela 6. Características dos tipos de cuidadores nos países do Sul da Europa

	Países do Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália)				p value	X ² /F
	Prestadores de cuidados aos cônjuges (N=270)	Prestadores de cuidados aos pais (N=123)	Prestadores de cuidados aos filhos (N=227)	Prestadores de cuidados a outros (N=244)		
Qualidade de vida (CASP-12), média (desvio padrão)	30.27 (6.384)	34.55 (5.739)	30.66 (6.291)	32.64(5.810)	<0.001	17.21
Idade, média (DP)	72.47 (8.967)	59.48 (5.918)	71.52 (10.750)	68.34 (10.683)	<0.001	57.011
Género (feminino) %	51.9	75.6	61.9	55.7	<0.001	21.486
Escolaridade, média (DP)	1.55 (1.295)	2.34 (1.559)	1.31 (1.213)	1.75 (1.403)	<0.001	16.352
Situação perante o emprego (Reformado) %	66.5	26.8	56.7	57	<0.001	54.431
Rendimento (alto) %	28.6	40.7	27.7	33.6	0.049	7.876
Limitações nas atividades básicas de vida diária, média (DP)	0.68 (1.456)	0.10 (0.413)	0.74 (1.508)	0.65 (1.372)	<0.001	6.94
Doenças crónicas (duas ou mais) %	60.9	36.6	64.9	57	<0.001	28.511
Inatividade física %	30.1	15.4	30.7	23	0.004	12.224
Depressão (quatro ou mais sintomas) %	55.3	42.3	50.6	48.8	0.11	6.027
Memória, média (DP)	6.1 (3.545)	8.7 (3.406)	6.1 (3.536)	7 (3.508)	<0.001	18.013
Número de atividades, média (DP)	0.98 (1.309)	1.74 (1.588)	0.65 (0.929)	1.38 (1.436)	<0.001	23.349
Número de pessoas da rede social próximas ou muito próximas, média (desvio padrão)	1.61 (1.323)	2.19 (1.468)	2.40 (1.274)	2.84 (1.616)	<0.001	29.765

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, N não ponderado

Nos países do Centro da Europa (Tabela 7), também os cuidadores conjugais e parentais não se distinguem significativamente ao nível da QdV, apresentando ambos os piores níveis (35.95 e 36.72 respetivamente contra 37.91 para os cuidadores filiais e 38.38 para os cuidadores que prestam cuidados a outros). Relativamente à idade, os cuidadores conjugais possuem as maiores médias de idades (70.73 contra 66.87 para os cuidadores parentais, 66 para os cuidadores de outros e 59 para os cuidadores filiais). Na análise por género constatamos que os cuidadores conjugais são os que possuem menor percentagem de cuidadores do género feminino (54.5% contra 59.4% para os cuidadores de outros, 61.5% para os cuidadores parentais e 68.8% para os cuidadores filiais). Verificamos também que os cuidadores conjugais e parentais apresentam uma escolaridade média mais baixa, quando comparados com os restantes grupos (2.50 para os cuidadores conjugais, 2.73 para os cuidadores parentais, 3 para os cuidadores de outros e 3.26 para os cuidadores filiais). Os cuidadores conjugais são maioritariamente reformados (70.2% contra 56.2% para os cuidadores parentais, 54.1% para os cuidadores de outros e 35.8% para os cuidadores filiais) e possuem menores rendimentos de nível elevado (22.5% contra 26.6% para os cuidadores filiais, 32.3% para os cuidadores parentais e 39.9% para os cuidadores de outros). No que diz respeito às limitações nas ABVD os cuidadores conjugais apenas se diferenciam dos cuidadores filiais apresentando um maior número de limitações (0.42 para os cuidadores conjugais, 0.36 para os cuidadores parentais, 0.28 para os cuidadores de outros e 0.08 para os cuidadores filiais). Os cuidadores conjugais e parentais apresentam também as percentagens mais elevadas de duas ou mais doenças crónicas (55.2 e 54 contra 47.2 para os cuidadores de outros e 33 para os cuidadores filiais) e inatividade física (15.5 e 14.6 contra 11.5 para os cuidadores de outros e 2.8 para os cuidadores filiais). Quanto aos níveis de memória e número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, os cuidadores conjugais voltam a destacar-se apresentando os menores níveis de memória (8.5 contra 9.3 para os cuidadores parentais, 9.7 para os cuidadores a outros e 10.4 para os cuidadores filiais) e menor número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos (1.75 contra 2.29 para os cuidadores filiais, 2.54 para os cuidadores parentais e 3 para os cuidadores de outros) quando comparados com os restantes grupos. Os cuidadores conjugais não se distinguem dos cuidadores parentais ao nível do número de atividades sociais, ambos os grupos apresentam a menor número médio de atividades sociais (2.26 e 2.51 respetivamente contra 2.80 para os cuidadores filiais e 2.96 para os cuidadores de outros).

Tabela 7. Características dos tipos de cuidadores nos países do Centro da Europa

	Países do Centro da Europa (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria)				p value	X ² /F
	Prestadores de cuidados aos cônjuges (N=426)	Prestadores de cuidados aos pais (N=109)	Prestadores de cuidados aos filhos (N=226)	Prestadores de cuidados a outros (N=426)		
Qualidade de vida (CASP-12), média (desvio padrão)	35.95 (5.907)	37.91 (6.432)	36.72 (6.578)	38.38 (5.803)	<0,001	11.6
Idade, média (DP)	70.73 (9.924)	59 (5.802)	66.87 (10.626)	66 (10.813)	<0,001	43.43
Género (feminino) %	54.5	68.8	61.5	59.4	0,036	8.563
Escolaridade, média (DP)	2.50 (1.500)	3.26 (1.421)	2.73 (1.492)	3 (1.486)	<0,001	11.491
Situação perante o emprego (Reformado) %	70.2	35.8	56.2	54.1	<0,001	51.034
Rendimento (alto) %	22.5	26.6	32.3	39.9	<0,001	31.229
Limitações nas atividades básicas de vida diária, média (DP)	0.42 (1.031)	0.08 (0.308)	0.36 (1.011)	0.28 (0.814)	0,003	4.769
Doenças crónicas (duas ou mais) %	55.2	33	54	47.2	<0,001	19.889
Inatividade física %	15.5	2.8	14.6	11.5	0,003	13.957
Depressão (quatro ou mais sintomas) %	40.1	35.8	32.7	32.4	0,088	6.549
Memória, média (DP)	8.5 (3.581)	10.4 (3.093)	9.3 (3.770)	9.7 (3.793)	<0,001	11.492
Número de atividades, média (DP)	2.26 (1.810)	2.80 (1.909)	2.51 (1.874)	2.96 (1.951)	<0,001	10.476
Número de pessoas da rede social próximas ou muito próximas, média (desvio padrão)	1.75 (1.318)	2.29 (1.332)	2.54 (1.307)	3 (1.674)	<0,001	50.574

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, N não ponderado

Na análise aos cuidadores do Leste da Europa (Tabela 8) constatamos que os cuidadores conjugais e parentais não se distinguem significativamente quanto ao nível de QdV e idade. Os cuidadores conjugais e parentais quando comparados com os restantes grupos apresentam os menores níveis de QdV (31.94 e 32.58 respetivamente contra 33.96 para os cuidadores de outros e 35.55 para os cuidadores filiais) e médias de idade mais avançadas (69.37 e 67.94 respetivamente contra 66.46 para os cuidadores de outros e 59.14 para os cuidadores filiais). Relativamente à escolaridade, os cuidadores conjugais não revelam diferenças significativas com os restantes grupos (Teste Tukey). Quanto à situação profissional, os cuidadores conjugais revelam a maior percentagem de cuidadores reformados (78.4% contra 72 para os cuidadores parentais, 65.5% para os cuidadores de outros e 41.5% para os cuidadores filiais). Ao nível do número limitações nas atividades básicas de vida diária os cuidadores conjugais apenas se diferenciam dos cuidadores filiais, apresentando maior número de limitações (0.46 para os cuidadores conjugais, 0.55 para os cuidadores parentais, 0.42 para os cuidadores a outros e 0.09 para os cuidadores filiais). Quanto à presença de duas ou mais doenças crónicas os cuidadores conjugais voltam a ser o grupo com maior prevalência (66% contra 65.3% para os cuidadores a outros, 64% para os cuidadores parentais e 41.5% para os cuidadores filiais). O grupo dos cuidadores parentais assume-se neste grupo de países como o grupo com maior inatividade física, seguido do grupo dos cuidadores conjugais, cuidadores a outros e cuidadores filiais (18.2%, 13.8%, 12.3% e 5.2% respetivamente). No que confere aos níveis de depressão, apenas nos países do leste europeu verificamos a existência de diferenças significativas entre os grupos, com o grupo dos cuidadores conjugais a representarem o grupo com maior nível de depressão (53.4 contra 43.2 para os cuidadores parentais, 42.9 para os cuidadores a outros e 38.5 para os cuidadores filiais). Os cuidadores conjugais voltam a não se diferenciar dos cuidadores parentais ao nível da memória e número de atividades sociais. Ambos os grupos possuem menores níveis de memória (8.10 e 8.26 respetivamente contra 8.86 para os cuidadores de outros e 10.33 para os cuidadores filiais) e menor número de atividades sociais (1.77 e 1.75 respetivamente contra 2.12 para os cuidadores de outros e 2.43 para os cuidadores filiais). Por fim, os cuidadores conjugais são os que possuem menor número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, quando comparados com os restantes grupos (1.35 contra 2.14 para os cuidadores filiais, 2.33 para os cuidadores parentais e 2.68 para os cuidadores de outros).

Tabela 8. Características dos tipos de cuidadores nos países do Leste da Europa

	Países do Leste da Europa (Estónia, República Checa e Hungria)				p value	X ² /F
	Prestadores de cuidados aos cônjuges (N=359)	Prestadores de cuidados aos pais (N=134)	Prestadores de cuidados aos filhos (N=315)	Prestadores de cuidados a outros (N=340)		
Qualidade de vida (CASP-12), média (desvio padrão)	31,94 (6,910)	35,55 (5,784)	32,58 (6,309)	33,96 (6,189)	<0,001	12,084
Idade, média (DP)	69,37 (9,221)	59,14 (5,306)	67,94 (10,163)	66,46 (9,486)	<0,001	42,014
Género (feminino) %	57	70,4	59,6	58,8	0,056	7,558
Escolaridade, média (DP)	3,07 (1,450)	3,43 (1,400)	2,89 (1,361)	3,28 (1,429)	<0,001	6,486
Situação perante o emprego (Reformado)%	78,4	41,5	72	65,5	<0,001	64,867
Rendimento (alto) %	38,8	45,2	39,1	43,8	0,349	3,29
Limitações nas atividades básicas de vida diária, média (DP)	0,46 (1,085)	0,09 (0,414)	0,55 (1,197)	0,42 (0,997)	<0,001	6,264
Doenças crónicas (duas ou mais) %	66	41,5	64	65,3	<0,001	28,723
Inatividade física %	13,8	5,2	18,2	12,3	0,003	14,148
Depressão (quatro ou mais sintomas) %	53,4	38,5	43,2	42,9	0,004	13,075
Memória, média (DP)	8,10 (3,519)	10,33 (3,034)	8,26 (3,478)	8,86 (3,338)	<0,001	15,883
Número de atividades, média (DP)	1,77 (1,413)	2,43 (1,600)	1,75 (1,506)	2,12 (1,594)	<0,001	9,299
Número de pessoas da rede social próximas ou muito próximas, média (desvio padrão)	1,35 (1,010)	2,14 (1,220)	2,33 (1,077)	2,68 (1,459)	<0,001	72,475

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, N não ponderado

Em síntese, a análise revela que os grupos dos cuidadores conjugais e parentais apresentam algumas semelhanças dentro de cada grupo de países, nomeadamente ao nível da QdV (em todos os grupos de países analisados) e idade (nos países do sul e leste). Os prestadores de cuidado corresidencial conjugais e parentais possuem os menores níveis de QdV e as médias de idade mais avançadas. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de Hirst (2005) que refere que os cuidadores que cuidam dos parceiros e dos filhos possuem menores níveis de QdV comparativamente com os outros cuidadores. O grupo dos cuidadores conjugais representa ainda o grupo com maior percentagem de cuidadores masculinos e com maior percentagem de reformados em todos os grupos analisados. Contrariamente, o grupo dos cuidadores filiais é o grupo com maior QdV, o que possui maior percentagem de cuidadores do género feminino e o melhor posicionado ao nível da saúde e atividades sociais para a prestação do cuidado domiciliar. Estes resultados divergem dos de Pinguart & Sorensen (2011), que defendem que os cuidadores conjugais não diferem ao nível da saúde dos cuidadores filiais e vão ao encontro dos resultados apresentados por Zivin & Christakis (2007) que referem que os cuidadores conjugais correm maiores riscos de doença física e mental durante a prestação de cuidados. O grupo dos cuidadores conjugais revelam percentagens elevadas de duas ou mais doenças crónicas (60.9% cuidadores conjugais do sul, 55.2% cuidadores conjugais do centro e 66.1% cuidadores conjugais do leste), percentagens elevadas de quatro ou mais sintomas depressivos (55.3%, 40.1% e 53.4% respetivamente), baixos níveis de memória (6.1, 8.5 e 8.1 respetivamente) e percentagens elevadas de inatividade física (30.1%, 15.5% e 13.8% respetivamente).

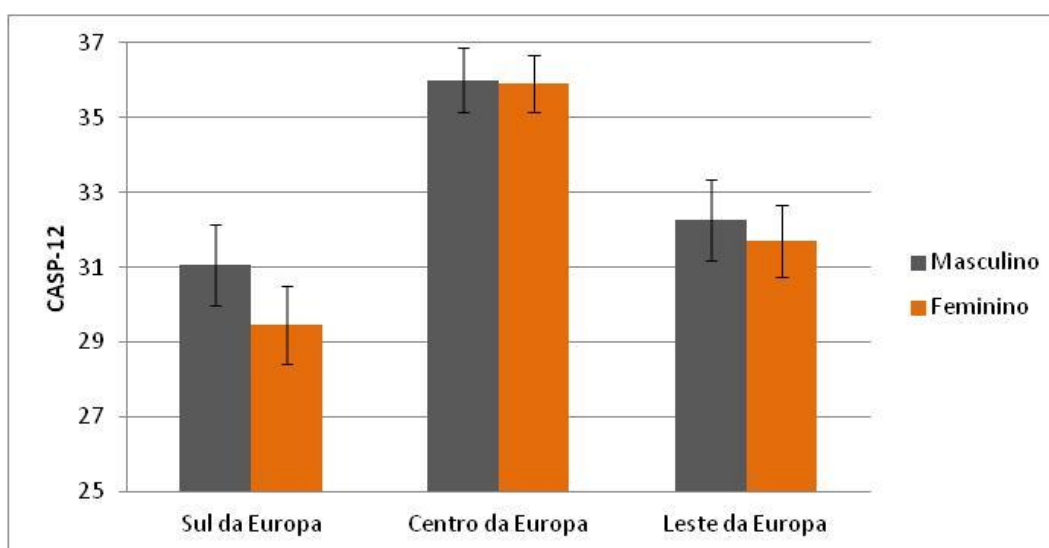
Em todos os grupos analisados, o grupo dos cuidadores conjugais apresenta-se como o grupo com menor número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos. Este resultado vai ao encontro dos resultados dos autores (Van Groenou et al., 2013; Pinguart & Sorensen, 2011) que sugerem que os cuidadores conjugais solicitam menor apoio informal e formal, prestam um maior número de horas de cuidados e a fazê-lo de uma forma mais isolada.

Na análise comparativa dos grupos de cuidadores conjugais (Tabela 9) constatamos que existem diferenças ao nível da QdV ($F(2,955) = 68,622, p = >0,001$) e idade entre os grupos ($F(2,1045) = 8,197, p = <0,001$) e que os cuidadores conjugais do Sul da Europa diferenciam-se significativamente dos restantes cuidadores conjugais (centro e leste) possuindo menor QdV e as idades mais avançadas (Teste de Tukey). O grupo dos cuidadores conjugais do sul da Europa possuem também os menores níveis de escolaridade ($F(2,1022) = 83,287, p = <0,001$) e as menores percentagens de

reformados ($X^2 (2) = 11,803$, $p = <0,001$). No que confere ao rendimento, os cuidadores conjugais do leste da Europa representam o grupo com maior percentagem de rendimento elevado, seguido do grupo do sul e centro ($X^2 (2) = 24,695$, $p = <0,001$) (38,8%, 28,6% e 22,5 % respetivamente). Ao nível da saúde, os países do sul da Europa revelam possuir as maiores limitações nas atividades básicas de vida diária ($F (2,1045) = 4,433$, $p = <0,001$), os maiores níveis de inatividade física ($X^2 (2) = 31,341$, $p = <0,001$), os maiores níveis de depressão ($X^2 (2) = 20,170$, $p = <0,001$) e os menores níveis de memória ($F (2,1045) = 40,253$, $p = <0,001$). Quanto à rede social, os cuidadores do sul da Europa possuem o menor número de atividades sociais ($F (2,1045) = 54,709$, $p = <0,001$) e apenas se diferenciam dos cuidadores do leste ao nível do número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, possuindo maior número de indivíduos ($F (2,956) = 9,877$, $p = <0,001$).

Relativamente à relação QdV e género dos cuidadores conjugais corresidenciais (Figura 22), constatamos que ajustando a idade e as limitações nas ABVD não se verificam diferenças significativas dentro dos grupos de países analisados. Analisando as diferenças entre por grupos de países constatamos que as cuidadoras conjugais do Sul da Europa possuem menor QdV quando comparadas com as congéneres do Leste e Norte da Europa. Quanto aos cuidadores masculinos, os dados revelam que os cuidadores masculinos do Sul e Leste da Europa apresentam as médias de QdV mais baixas.

Figura 22. QdV dos cuidadores conjugais, segundo Regimes de cuidado



Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, Dados ajustados à idade e ABVD (Ancova). N não ponderado (Sul N=252 (121 cuidadores masculinos e 131 femininos); Centro N=389 (174 cuidadores masculinos e 215 femininos);Leste N=322 (144 cuidadores masculinos e 178 femininos).

Tabela 9. Caracterização dos cuidadores conjugais segundo grupo de países

Cuidadores conjugais					
	Sul da Europa (N=270)	Centro da Europa (N=426)	Leste da Europa (N=359)	p value	X ² /F
Qualidade de vida (CASP-12), média (desvio padrão)	30,27 (6,384)	35,95 (5,907)	31,94 (6,910)	<0,001	68,622
Idade, média (DP)	72,47 (8,967)	70,73 (9,924)	69,37 (9,221)	<0,001	8,197
Género (feminino) %	51,9	54,5	57	0,441	1,638
Escolaridade, média (DP)	1,55 (1,295)	2,50 (1,500)	3,07 (1,450)	<0,001	83,287
Reformado %	66,5	70,2	78,4	0,003	11,803
Rendimento (alto) %	28,6	22,5	38,8	<0,001	24,695
Limitações nas atividades básicas de vida diária, média (DP)	0,68 (1,456)	0,42 (1,031)	0,46 (1,085)	0,012	4,433
Doenças crónicas (duas ou mais) %	60,9	55,2	66	0,008	9,585
Inatividade física %	30,1	15,5	13,8	<0,001	31,341
Depressão (quatro ou mais sintomas) %	55,3	40,1	53,4	<0,001	20,17
Memória, média (DP)	6,1 (3,545)	8,5 (3,581)	8,10 (3,519)	<0,001	40,253
Número de atividades, média (DP)	0,98 (1,309)	2,26 (1,810)	1,77 (1,413)	<0,001	54,709
Número de pessoas da rede social próximas ou muito próximas, média (desvio padrão)	1,61 (1,323)	1,75 (1,318)	1,35 (1,010)	<0,001	9,877

Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados não ponderados, N não ponderado

CAPÍTULO VIII – ESTUDO QUALITATIVO (FASE II)

8.1. INTRODUÇÃO

É comum, nos casais de idosos, que um dos cônjuges enfrente uma doença ou um problema de saúde que o limite a nível físico ou psíquico. Nestas situações, os cônjuges assumem-se, cada vez mais, como importantes prestadores de cuidados informais (Greenberg, Stacy, & Penzo, 2002, pp. 185–190; Kuuppelomaki, Sasaki, Yamada, Asakawa, & Shimanouchi, 2004; Lundsgaard, 2006; Pickard et al., 2012; Reinhard et al., 2014; Stuifbergen et al., 2008). A contribuir para esta realidade estão fatores como o aumento da esperança média de vida, a diminuição do número de filhos, aumento da taxa de emprego feminino e a promoção das políticas de desinstitucionalização (Costa-Font et al., 2008; Gaymu et al., 2007; Hoffman & Rodrigues, 2010; Lundsgaard, 2006; Pickard & King, 2012). Também a aproximação da média de vida entre homens e mulheres e o consequente aumento dos anos de partilha conjugal, permitem que os cônjuges, tanto homens como mulheres, providenciem, com maior frequência, cuidados aos seus cônjuges dependentes (Hoffman & Rodrigues, 2010). Perante estas circunstâncias os filhos assumem o apoio aos pais dependentes, sobretudo quando um deles vive só ou quando estes não têm capacidades para providenciar cuidados (Stuifbergen et al., 2008). Neste contexto, os cônjuges com 50 e mais anos permitem, por um lado, que o cônjuge dependente continue a viver na sua habitação (Lavela & Ather, 2010) e, por outro, ajudam na sustentabilidade dos serviços sociais e de saúde dos países (Lundsgaard, 2006). Esta realidade contribui para que as projeções apontem para um aumento do número de cuidadores conjugais de idades avançadas nos próximos anos (Glendinning et al., 2009; Lundsgaard, 2006; Pickard & King, 2012; Wittenberg et al., 2008).

Em Portugal, os estudos comprovam esta tendência. Num estudo sobre a dinâmica familiar dos idosos com 80 e mais anos, cuidados por seus familiares, em contexto domiciliar, os autores alertaram para importantes mudanças relativamente ao que está registado na literatura, verificando-se, por um lado, um aumento do cuidado conjugal e, por outro, um aumento do cuidador masculino nas idades mais avançadas (Gonçalves et al., 2011). Romão, Pereira & Gerado (2008) concluem mesmo que os cônjuges representam o segundo maior grupo de cuidadores em Portugal (20,9%).

A forte prevalência do cuidado conjugal em Portugal resulta do aumento da esperança de vida, diminuição da fecundidade, crise social, emigração dos descendentes (INE, 2013), baixo nível de saúde da população portuguesa com 65 e mais anos (OCDE, 2013) e adoção, por parte do governo português, de medidas de promoção da sustentabilidade das finanças públicas (aumento da idade da reforma, cortes nas reformas e aumento das taxas moderadora na saúde). Esta conjuntura parece contribuir para uma diminuição do número de descendentes disponíveis para a prestação de cuidados informais (aumento da emigração, da idade da reforma e ausência de políticas sociais e de saúde direcionadas para o cuidador) e para um aumento dos cuidadores conjugais, também eles idosos (Soares & Fialho, 2011). Verifica-se assim uma importante mudança no perfil do cuidador informal e um novo desafio para as políticas públicas portuguesas, que se têm suportado na ideia de família-providência e nada têm feito pelos cuidadores informais.

Em Portugal, os estudos comprovam que a família continua a ser a principal entidade responsável pela prestação de cuidados a pessoas idosas e dependentes (Portugal, 2014; Sousa & Figueiredo, 2004) e que as gerações mais velhas começam a emergir como importantes provedores de suporte (Aboim et al., 2013; Soares & Fialho, 2011). Apesar desta realidade, o estudo sobre a participação das faixas etárias mais velhas na prestação de cuidados corresidenciais é ainda insipiente e pouco se sabe sobre o papel dos cônjuges na prestação de cuidados corresidenciais conjugais.

Estudos recentes revelam que, em Portugal, a família já não consegue cumprir o seu papel de família-providência, colocando alguns idosos em situação de risco (Pinto et al., 2010, p. 254). A existência de uma tradição cultural dominante que defende que a família tem o dever de cuidar dos seus familiares (Fonseca, Goncalves, & Pereira, 2010, pp. 2–3), a par das mudanças sociais, económicas e demográficas e da existência de um quadro deficitário de provisão estatal (Portugal, 2014), levam à invisibilidade de certos grupos de cuidadores e à aceitação da ideia de que a família tem o dever de cuidar dos seus a qualquer custo. Perante esta realidade, Lopes (2005) alerta para o facto de as famílias em Portugal estarem a viver dificuldades no desempenho do papel de cuidador informal, evidenciando a necessidade de criação de políticas que aliviem a sobrecarga a que os cuidadores estão expostos e promovam a QdV dos cuidadores e dos beneficiários de cuidados.

A nível internacional a literatura tem vindo a demonstrar que a prestação de cuidados conjugais se encontra associada a um maior equilíbrio entre géneros

(Rodrigues et al., 2012), à existência de vulnerabilidades de saúde física e mental (Lavela & Ather, 2010; Litwin et al., 2014; Lundsgaard, 2006), a idades avançadas (Lavela & Ather, 2010), a maiores chances de não se sentirem recompensados (McMunn et al., 2009) e a défices de apoio informal e formal (Van Groenou et al., 2013; Reinhard et al., 2014), fatores que explicam que este tipo de prestação de cuidados conduza a uma diminuição da QdV do cuidador (Breeze & Stafford, 2010; Hirst, 2005; McMunn et al., 2009; Yang et al., 2012).

A invisibilidade a que estão sujeitos os cuidadores conjugais portugueses com 50 e mais anos portugueses, tanto na literatura e ao nível estatístico, como ao nível das políticas públicas, torna importante o estudo dos cuidados conjugais e a compreensão dos fatores que determinam a redução da QdV dos cuidadores.

8.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES CONJUGAIS 50 E MAIS ANOS E BENEFICIÁRIOS DE CUIDADOS

As entrevistas foram realizadas a 25 cuidadores, 14 do género feminino e 11 do género masculino, cujos cônjuges beneficiavam do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de Instituições dos concelhos de Braga, Barcelos e Guimarães. Os nossos resultados mostram uma distribuição por género mais ou menos equitativa, indo ao encontro dos estudos que referem que o cuidado conjugal se caracteriza por um equilíbrio de género (Hoffman & Rodrigues, 2010; Romão et al., 2008), com os homens a afirmarem-se cada vez mais como importantes prestadores de cuidados às suas esposas. As idades dos cuidadores variam entre 64 e 87 anos, reforçando os estudos que defendem que o cuidado conjugal é mais expressivo nas idades mais avançadas (Van Groenou et al., 2013; Galvin et al., 2010; Johnson & Schaner, 2005; Lavela & Ather, 2010; Pinquart & Sorensen, 2011; Reinhard et al., 2014; Romão et al., 2008). Relativamente aos anos de prestação de cuidados, os nossos dados demonstram que este tipo de prestação de cuidados prolonga-se durante vários anos. No nosso estudo três cuidadores (2 cuidadores e uma cuidadora) prestam cuidados conjugais há cerca de um ano, 17 (6 cuidadores e 11 cuidadoras) entre dois e cinco anos e cinco (3 cuidadores e 2 cuidadoras) há mais de cinco anos.

No que confere à escolaridade, os cuidadores analisados revelam um baixo nível de escolar: cinco (4 cuidadoras e 1 cuidador) não frequentaram a escola, por isso não sabem ler nem escrever; uma cuidadora frequentou a 1ª classe; três (2 cuidadoras e 1

cuidador) frequentaram a 3ª classe; treze (7 cuidadoras e 6 cuidadores) frequentaram a 4ª classe; um cuidador o 5º ano; e dois cuidadores o 6º ano. Os dados vão ao encontro dos estudos que referem que o cuidado conjugal é essencialmente prestado por indivíduos pouco escolarizados (Colombo et al., 2011; Reinhard et al., 2014).

Quanto à situação perante o emprego, constatamos que a totalidade dos cuidadores se encontra na situação de reformado. Estes resultados partilham as mesmas conclusões de Reinhard et. al (2014) e Romão et al (2008) que referem que a prestação de cuidados conjugais está associada a maior intensidade dos cuidados e a uma menor probabilidade de exercer uma profissão remunerada.

Relativamente à dimensão de agregado do cuidador, treze cuidadores (7 cuidadoras e 6 cuidadores) vivem apenas com o cônjuge dependente, seis (4 cuidadoras e 2 cuidadores) vivem com o cônjuge dependente e com outro familiar, a quem também prestavam cuidados, e os restantes seis (3 cuidadoras e 3 cuidadores) possuem agregados com três ou mais indivíduos. A grande maioria dos cônjuges (10 cuidadoras e 9 cuidadores) presta cuidados apenas ao cônjuge dependente, enquanto quatro cuidadoras e dois cuidadores prestam cuidados a outra pessoa para além do cônjuge, nomeadamente a filhos com deficiência, netos e irmãos. Este resultado é reforçado pela ideia de Burr, Choi, Mutchler, & Caro (2005, p. S255) que afirmam que população idosa é caracterizada como “*super-helpers*” ou “*doers*”, possuindo um grande comprometimento com a ajuda ao outro.

Na avaliação do nível de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD, Índice de Lawton: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar as refeições, fazer compras, usar o telefone, usar transporte, usar dinheiro e responsabilizar-se pelos medicamentos) verificamos que 23 cuidadores (12 cuidadoras e 11 cuidadores) são considerados moderadamente dependentes, ou seja necessitam de alguma ajuda para a realização deste tipo de atividades. Os restantes cuidadores, duas cuidadoras, são considerados severamente dependentes, necessitando de muita ajuda para a realização destas atividades. No que respeita às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD, Índice de Barthel: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação) todos os cuidadores (14 cuidadoras e 11 cuidadores) são considerados independentes na realização deste tipo de atividades.

Os cuidadores possuem, em média, três doenças diagnosticadas pelos médicos e apenas um cuidador refere não ter problemas de saúde. Nesta análise os cuidadores do

sexo masculino possuem duas doenças, em média, enquanto os cuidadores do sexo feminino possuem quatro doenças, em média. Relativamente ao tipo de problemas de saúde, constatamos que onze dos cuidadores referem ter problemas de tensão arterial, oito problemas de coluna e ossos, cinco diabetes, cinco problemas de intestinos, quatro cancro, quatro gastrite, três problemas de visão, três artroses e dois depressão. Os dados apontam para uma forte vulnerabilidade de saúde dos cuidadores conjugais (Lavela & Ather, 2010; Lundsgaard, 2006), principalmente das cuidadoras do género feminino. Os resultados vão ao encontro da literatura que refere que as mulheres cuidadoras possuem níveis mais baixos de saúde, comparativamente com os cuidadores masculinos (Pinquart & Sorensen, 2006, 2007). A forte vulnerabilidade de saúde dos cuidadores conjugais é também justificada pelo facto destes estarem inseridos no grupo de pessoas com 65 e mais anos e por isso estarem mais suscetíveis ao aparecimento de doenças físicas e psíquicas (Hancock, Jarvis, & L'Veena, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Spar & Rue, 2005).

Relativamente aos beneficiários de cuidados, verificamos que estes são maioritariamente homens (14 homens e 11 mulheres), com idades que variam entre os 64 e os 88 anos. A análise descritiva revela que estes beneficiários, à semelhança dos cuidadores, também possuem um baixo nível de escolaridade: quatro (3 beneficiárias e 1 beneficiário) não foram à escola, seis (2 beneficiárias e 4 beneficiários) frequentaram a 3ª classe, onze (4 beneficiárias e 7 beneficiários) frequentaram a 4ª classe, um beneficiário o 5º ano, duas beneficiárias o 6º ano e um beneficiário o 7º ano. Todos os beneficiários de cuidados encontram-se na situação de reformados. As principais causas de dependência dos beneficiários de cuidados são: Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2 beneficiárias e 7 beneficiários), seguido da doença de Alzheimer (4 beneficiárias e 4 beneficiários), doença de Parkinson (1 beneficiário e 1 beneficiária) e alcoolismo (2 beneficiários).

Os beneficiários de cuidados possuem em média três doenças diagnosticadas (2.5 para os beneficiários do género feminino e 2.8 para os beneficiário do género masculino). Quanto ao nível de dependência constatamos que segundo o Índice de Barthel (Atividades Básicas de Vida Diária) oito dos beneficiários encontram-se totalmente dependentes (4 beneficiários do género masculino e 4 beneficiários do género feminino), seis severamente dependentes (2 beneficiários do género feminino e 4 beneficiários do género masculino), cinco moderadamente dependentes (2 beneficiários do género masculino e 3 beneficiários do género feminino), cinco ligeiramente

dependentes (3 beneficiários do género masculino e 2 beneficiários do género feminino) e um beneficiário do género masculino é independente na realização destas atividades.

Podemos assim concluir que os cuidadores conjugais analisados enfrentam uma grande dependência por parte dos seus cônjuges: 14 beneficiários de cuidados encontram-se totalmente ou severamente dependentes para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (Índice de Barthel). As principais causas de dependência, AVC e doença de Alzheimer, caracterizam-se como doenças que exigem bastante assistência e a necessidade de supervisão permanente, aumentando a exigência do cuidado informal. Na perspetiva de José & Wall (2004) diferentes graus de dependência conduzem a diferentes níveis de exigência de cuidado e quanto maior o grau de dependência do beneficiário de cuidados, maior será o nível de exigência do cuidado.

8.3. DESCRIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CONJUGAIS

8.3.1. TAREFAS REALIZADAS

“Olhe, já fiz muita coisa que nunca pensei fazer... Faço coisas que pensei que não tinha coragem: fazer a higiene, mudar a fralda, desfazer a barba, lavá-lo, lavar por de baixo dos braços, a carinha, por baixo... Tenho que fazer tudo!”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

O cuidado informal pode envolver um conjunto de tarefas, desde os cuidados instrumentais até à prestação de assistência avançada (Palm, 2013). As atividades mais comuns de cuidado são o cuidado pessoal (higiene pessoal, banho, higiene oral, tratamento do cabelo, barba,...), ajuda na mobilidade (andar, ajudar a sair e a ir para a cama, ajuda nas idas à casa de banho), tarefas de enfermagem, administração ou supervisão da medicação, supervisão, suporte emocional, fazer companhia à pessoa dependente, tarefas práticas do dia-a-dia (preparação de refeições, fazer compras, trabalho doméstico) e acompanhamento de saúde (consultas médicas, idas ao hospital) (Arkey, Kemp, Glendinning, Kotchetkova, & Tozer, 2005; Rösler-Schidlack et al., 2011).

A presente análise revela que os cuidadores conjugais com 50 e mais anos estão envolvidos numa multiplicidade de tarefas, desde a preparação de refeições (pequeno-almoço, lanches, almoço e jantar), apoio na alimentação (cortar a comida e/ou administrar a comida), apoio prático-instrumental no cuidado pessoal, apoio na saúde,

apoio nas tarefas domésticas e apoio emocional (Tabela 10). Relativamente ao apoio nas refeições, o pequeno-almoço é maioritariamente fornecido pelos prestadores de cuidados, não se verificando diferenças entre a semana e o fim de semana. A análise revela que 22 cuidadores (9 cuidadores e 13 cuidadoras) administram o pequeno-almoço ao cônjuge diariamente. Quanto aos lanches, 23 cuidadores (9 cuidadores e 14 cuidadoras) preparam e administram os lanches durante a semana, enquanto 22 (9 cuidadores e 13 das cuidadoras) o fazem durante o fim de semana. No que confere ao almoço, 11 cuidadores (3 cuidadores e 8 cuidadoras) preparam esta refeição durante a semana e 16 (5 cuidadores e 11 cuidadoras) ao fim de semana. No jantar, 16 cuidadores (5 cuidadores e 11 das cuidadoras) são responsáveis por esta refeição durante a semana e o fim de semana. A análise descritiva revela que 19 cuidadores (8 cuidadores e 11 cuidadoras) prestam apoio na administração da alimentação (cortar a comida e/ou administrar a comida), não se verificando diferenças entre a semana e o fim de semana. Os dados permitem concluir que os cuidadores prestam um papel muito importante no apoio nas refeições aos cônjuges dependentes e que este apoio é maior na preparação das refeições ao fim de semana, período onde a maior parte dos SAD não funciona.

No que confere ao apoio prático-instrumental no cuidado pessoal, verificamos que apenas 3 cuidadores (1 cuidador e 2 cuidadoras) asseguram o banho/higiene aos seus cônjuges durante a semana. Contudo ao fim-de-semana o número sobe para 16, com 6 cuidadores e 10 cuidadoras a executarem esta tarefa. Relativamente aos posicionamentos, 16 cuidadores (8 cuidadores e 8 cuidadoras) executam esta tarefa durante a semana e 19 ao fim de semana (9 cuidadores e 10 cuidadoras). Na tarefa de muda de fralda verificamos que 16 cuidadores (8 cuidadores e 8 cuidadoras) providenciam estas tarefas, não se verificando diferenças entre a semana e o fim de semana. Cerca de 15 cuidadores (8 cuidadores e 7 cuidadoras) apoiam, durante a semana e fim de semana, o cônjuge dependente nas idas à casa de banho. Os cuidadores apoiam também o cônjuge dependente na tarefa de vestir/despir, com 20 cuidadores (8 cuidadores e 12 cuidadoras) a executarem estas tarefas durante a semana e 19 (7 cuidadores e 12 cuidadoras) ao fim de semana. Todos os cuidadores, masculinos e femininos, referem supervisionar o cônjuge durante a semana e 24 (10 cuidadores e 14 cuidadoras) ao fim de semana. O apoio ao cônjuge dependente durante a noite é totalmente assegurado (25) pelos cuidadores durante a semana e o fim de semana.

A investigação revela que os cônjuges são responsáveis por grande parte do apoio prático-instrumental de cuidado pessoal prestado ao cônjuge dependente e que estes se

encontram mais sobrecarregados durante a noite e ao fim de semana, com o acréscimo das tarefas de higiene/banho que durante a semana são executadas pelo SAD.

O papel de cuidador implica muitas vezes a gestão de tratamentos médicos e de enfermagem, administração da medicação, comunicação com os profissionais de saúde, gestão de sintomas, gestão de problemas comportamentais dos pacientes e reações emocionais e priorização das necessidades de cuidados domiciliares (Papastavrou et al., 2012:188). A nossa investigação mostra que 22 dos cuidadores (9 cuidadores e 13 cuidadoras) são responsáveis pela administração da medicação aos cônjuges dependentes. Enquanto 21 (9 cuidadores e 12 cuidadoras) são responsáveis pela preparação da medicação e 18 (9 cuidadores e 9 cuidadoras) pela aquisição de receitas e compra de medicação, assim como pelo acompanhamento a consultas. Na presente investigação os cuidadores conjugais assumem um papel muito importante no apoio à saúde do cuidador. Eles são os informantes chave, acompanham diariamente os cônjuges dependentes e são eles possuem o conhecimento sob o desenvolvimento do estado de saúde do cônjuge dependente. Sobre a realização destas tarefas o cuidador M 20, 73 anos, que cuida da esposa, também ela com 73 anos, doente de Alzheimer, refere:

“Eu vou sempre com ela às consultas a mais um filho ou uma filha ou um neto. Eu desta vez disse à Dr.ª que ela dormia muito e ela reduziu a medicação e assim ela já consegue vir ao meio da noite à casa de banho.”

Ao nível do apoio na saúde, os cuidadores conjugais são responsáveis pela maior parte das tarefas. Estes resultados vão ao encontro de estudos recentes que referem que os cuidadores conjugais providenciam muita assistência na gestão da medicação e tratamento de feridas (Reinhard et al., 2014).

No apoio nas tarefas domésticas, 19 cuidadores (7 cuidadores e 12 cuidadoras) são responsáveis pelo tratamento de roupa durante a semana e 16 ao fim de semana (5 cuidadores e 11 cuidadoras). A análise revela ainda que 12 cuidadores (2 cuidadores e 10 cuidadoras) são responsáveis pela limpeza da habitação. Quanto à tarefa de arrumar a cozinha, 23 cuidadores (9 cuidadores e 14 cuidadoras) são responsáveis por esta tarefa durante a semana e 21 (9 cuidadores e 12 cuidadoras) ao fim de semana.

Relativamente ao apoio emocional, quase a totalidade dos cuidadores (11 cuidadores e 13 cuidadoras) refere desempenhar esta tarefa. Duas cuidadoras afirmam não prestar este tipo de apoio ao cônjuge dependente, devido a mau relacionamento com o cônjuge.

Quanto às diferenças de género na realização de tarefas, estas apenas se verificam na preparação do almoço e jantar e limpeza da habitação, com os cuidadores do género masculino a executarem menos estas tarefas. A diversidade de tarefas realizadas e o facto de estas se realizarem durante o dia e a noite contribuem para que os cuidadores tenham algumas dificuldades em contabilizar as horas médias de cuidados prestados, associando este tipo de cuidado a um cuidado integral (Giacomin, Uchoa, & Lima-Costa, 2005). Fatores como a idade avançada dos cuidadores (Dahlberg et al., 2007), assim como o grau de dependência e a proximidade emocional com o beneficiário de cuidados (Sousa & Figueiredo, 2004) parecem contribuir para um aumento das horas de cuidados.

“Eu não posso quantificar as horas que cuido dele, são as horas que forem precisas, porque de resto também estou a fazer as coisas que são para ele e para mim. Eu é que tenho que tratar de tudo, até das obras da casa! Não consigo quantificar!”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

Os nossos resultados vão ao encontro dos estudos que referem que os maridos e as esposas atravessam fronteiras de género na prestação de cuidados aos cônjuges (Calasanti & Bowen, 2006, p. 253). Às tarefas que normalmente já executavam, antes do cônjuge estar doente, os cuidadores masculinos e femininos acumulam as tarefas relacionadas com a prestação de cuidados, lida doméstica, gestão da saúde do cônjuge e ainda, por vezes, as tarefas que normalmente eram executadas pelo cônjuge dependente. Esta realidade faz com que os cuidadores masculinos enfatizem o apoio nas refeições, apoio instrumental, apoio na saúde e apoio nas tarefas domésticas, tarefas que anteriormente não executavam.

“Comecei a cozinhar, a passar a ferro, porque dantes também era ela. Eu tomei conta do trabalho todo que ela fazia. Eu agora faço o meu e o dela.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Comecei-me a ocupar da lida da casa. Claro que dantes era como diz a cantiga: a casa é para as mulheres e o café é para os homens... Agora sujeito-me a isto. Comecei a cozinhar a fazer-lhe tudo, desde a higiene, a pôr-lhe a aparadeira, a preparar-lhe e a dar-lhe a medicação. Eu dantes não tratava nada da roupa, eram coisas dela, claro!”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

Enquanto, as mulheres, como normalmente já preparavam as refeições e executavam as tarefas domésticas, desvalorizam estas tarefas como sendo de cuidado (Calasanti &

Bowen, 2006; Giacomini et al., 2005) e a valorizam mais as tarefas prático-instrumentais e de saúde.

“Fazer a higiene, mudar a fralda, desfazer a barba, lavá-lo, lavar por de baixo dos braços, a carinha, por baixo. Tenho que fazer tudo...”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Venerá-lo a ele. Tratar da medicação, mudar-lhe a fralda, lavá-lo, dar-lhe a comida, das consultas, tenho que tomar conta de tudo.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

Neste sentido, os dados mostram que os cuidadores conjugais masculinos assumem um maior número de tarefas de cuidado. Esta realidade deve-se ao fato das mulheres exercerem normalmente um maior número de tarefas (tarefas domésticas e refeições) e dos cuidadores terem que as substituir ou assumir a sua gestão (Calasanti & Bowen, 2006).

A análise descritiva revela ainda que os cuidadores conjugais assumem um complexo conjunto de tarefas (preparação de refeições, apoio na alimentação, apoio prático-instrumental no cuidado pessoal, apoio na saúde, apoio nas tarefas domésticas e apoio emocional) e que estes se encontram mais sobrecarregados ao fim de semana, devido ao não funcionamento do SAD, principalmente pela falta do serviço de refeição e serviço de higiene/banho, e durante a noite pela ausência de suporte. Os nossos dados vão ao encontro de Colombo et al. (2011, p. 101) que revelam que os cuidadores conjugais prestam predominantemente cuidados intensivos.

Tabela 10 Tarefas realizadas pelos cuidadores, segundo género do cuidador e período da semana

	Semana		Fim-de-semana		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Semana	Fds
Tipo de tarefas:						
Apoio nas refeições						
Pequeno-almoço	9	13	9	13	22	22
Lanches	9	14	9	13	23	22
Almoço	3	8	5	11	11	16
Jantar	5	11	5	11	16	16
Apoio na alimentação (cortar comida e/ou administrar a comida)	8	11	8	11	19	19
Apoio prático-instrumental no cuidado pessoal						
Higiene/banho	1	2	6	10	3	16
Posicionamentos	8	8	9	10	16	19
Muda de fralda	8	8	8	8	16	16
Apoio na casa-de-banho	8	7	8	7	15	15
Vestir e despir	8	12	7	12	20	19
Supervisão	11	14	9	14	25	23
Apoio durante a noite	11	14	11	14	25	25
Apoio na saúde						
Administração da medicação	9	13	9	13	22	22
Preparação da medicação	9	12	9	12	21	21
Aquisição de receitas e compra de medicação	9	9	9	9	18	18
Acompanhamento a consultas	9	9	9	9	18	18
Apoio nas tarefas domésticas						
Tratamento de roupa	7	12	5	11	19	16
Limpeza da Habitação	2	10	2	11	12	13
Arrumar a cozinha	9	14	9	12	23	21
Apoio emocional						
	11	12	11	12	23	23

Fonte: Entrevistas a cuidadores conjugais corresidenciais, 2014

8.3.2. APOIO INFORMAL RECEBIDO PELOS CUIDADORES CONJUGAIS

Na nossa análise consideramos apoio informal, todo o apoio/ajuda recebido nas refeições, nas tarefas prático-instrumental no cuidado pessoal, na saúde, nas tarefas domésticas e de foro emocional realizado diariamente ou semanalmente por familiares ou pessoas próximas. Este apoio pode ser de substituição (quando substitui o cuidador na sua tarefa) ou complementaridade (quando apoia o cuidador nas tarefas). Contudo, devido à complexidade deste apoio dividimos apenas em apoio informal recebido durante a semana e apoio ao fim de semana, não especificando se o apoio é de

substituição ou de complementaridade (a maior parte dos cuidadores referem que ajudam os cuidadores informais secundários na execução das tarefas).

Os resultados da análise ao apoio informal recebido pelos cuidadores conjugais (Tabela 11) vão ao encontro da literatura que refere que os cuidadores conjugais possuem pouco apoio informal (Reinhard et al., 2014; Shirai, Silverberg Koerner†, & Baete Kenyon, 2009). Na nossa análise verificamos que o apoio informal aos cuidadores conjugais chega pelos familiares mais próximos, nomeadamente pelos filhos, genros, noras e netos, e é essencialmente programado e direcionado para alguns períodos do dia e semana específicos, períodos nos quais o apoio formal não funciona e os filhos se encontram mais disponíveis.

No que confere ao apoio informal nas refeições, este é particularmente evidente ao fim de semana, principalmente ao almoço (3 cuidadores e 3 cuidadoras), jantar e apoio na alimentação (2 cuidadores e 3 cuidadores). Relativamente ao apoio prático-instrumental, constatamos um aumento do apoio informal ao fim de semana. Nas tarefas de banho/higiene, 5 cuidadores (2 cuidadores e 3 cuidadoras) referem possuir apoio informal durante a semana, enquanto 10 cuidadores (3 cuidadores e 7 cuidadoras) beneficiam deste apoio ao fim de semana. Relativamente aos posicionamentos, durante a semana 4 cuidadores (1 cuidador e 3 cuidadoras) beneficiam de apoio informal contra 6 cuidadores (2 cuidadores e 4 cuidadoras) ao fim de semana. Nas tarefas de muda da fralda e apoio na casa de banho 6 cuidadores (2 cuidadores e 4 cuidadoras) beneficiam de apoio nestas tarefas, não existindo diferenças entre a semana e o fim de semana. Quanto à tarefa de vestir e despir, 9 cuidadores (2 cuidadores e 7 cuidadoras) beneficiam de apoio ao fim de semana e 5 cuidadores (2 cuidadores e 3 cuidadoras) durante a semana. Apenas 4 cuidadores (2 cuidadores e 2 cuidadoras) possuem apoio informal durante a noite, não se verificando diferenças entre a semana e o fim de semana.

No apoio à saúde não se verificam diferenças entre a semana e o fim de semana: 3 cuidadores (1 cuidador e 2 cuidadoras) recebem apoio informal na administração da medicação, 5 (2 cuidadores e 3 cuidadoras) na preparação da medicação, 7 (3 cuidadores e 4 cuidadoras) na aquisição de receitas e compras de medicação e 11 (5 cuidadores e 6 cuidadoras) no acompanhamento a consultas.

Nas tarefas domésticas, 3 cuidadores (1 cuidador e 2 cuidadoras) recebem apoio informal no tratamento de roupa durante a semana e 4 (2 cuidadores e 2 cuidadoras) durante o fim de semana. No apoio à limpeza da habitação 2 cuidadores (masculinos)

possuem apoio informal na execução desta tarefa durante a semana e 5 (3 cuidadores e 2 cuidadoras) durante o fim de semana. Ao nível do apoio na arrumação da cozinha apenas 2 cuidadores (masculinos) usufruem deste apoio ao nível informal durante a semana e 4 (2 cuidadores e 2 cuidadoras) ao fim de semana.

Relativamente ao apoio emocional, 17 cuidadores (9 cuidadores e 8 cuidadoras) declaram possuir este tipo de apoio vindo de familiares próximos (filhos, noras e genros), enquanto uma cuidadora referiu receber apoio de uma amiga. Os restantes 7 cuidadores declaram não ter qualquer tipo de apoio emocional. Neste tipo de apoio, os amigos prestam um apoio residual. Relativamente aos cuidadores que não beneficiam de apoio emocional, fatores como a distância física dos filhos, o relacionamento negativo entre os cuidadores e os filhos e ainda uma desresponsabilização deliberada dos filhos, por parte dos cuidadores, na prestação de cuidados parecem contribuir para uma diminuição de suporte emocional. Muitos cuidadores sentem que a prestação de cuidados conjugal é um dever associado ao casamento e tentam isoladamente gerir esta situação, não partilhando com os filhos as suas preocupações e necessidades.

O apoio de substituição informal é residual, com apenas 2 cuidadores masculinos a possuírem este tipo de apoio vindo das redes informais. Relativamente às diferenças entre a semana e o fim de semana constatamos que se verifica um pequeno aumento no apoio nas refeições principais (almoço e jantar), assim como no apoio à alimentação (cortar e/ou administrar a comida), nas tarefas prático-instrumentais de cuidado pessoal (higiene/banho e vestir e despir) e na limpeza da habitação ao fim de semana. Verifica-se também que as cuidadoras possuem mais apoio informal nas tarefas prático-instrumentais, nomeadamente nas tarefas de banho/higiene e vestir e despir comparativamente com os cuidadores masculinos. Relativamente ao apoio informal, verificamos que os cuidadores conjugais têm pouco suporte familiar e quando este existe é pontual e programado “apoio cirúrgico”, ocorrendo principalmente quando o apoio formal não funciona e quando os filhos estão mais disponíveis (manhã, noite e fim de semana).

Tabela 11. Apoio informal recebido pelos cuidadores, segundo género do cuidador e período da semana

	Semana		Fim-de-semana (Fds)		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Semana	Fds
Cuidadores conjugais						
Tipo de tarefas:						
Apoio nas refeições						
Pequeno-almoço	1	1	1	1	2	2
Lanches	1	0	1	1	1	2
Almoço	2	0	3	3	2	6
Jantar	2	0	2	3	2	5
Apoio na alimentação (cortar comida e/ou administrar a comida)	2	0	2	3	2	5
Apoio prático-instrumental no cuidado pessoal						
Higiene/banho	2	3	3	7	5	10
Posicionamentos	1	3	2	4	4	6
Muda de fralda	2	4	2	4	6	6
Apoio na casa-de-banho	2	4	2	4	6	6
Vestir e despir	2	3	2	7	5	9
Supervisão	2	0	2	1	2	3
Apoio durante a noite	2	2	2	2	4	4
Apoio na saúde						
Administração da medicação	1	2	1	2	3	3
Preparação da medicação	2	3	2	3	5	5
Aquisição de receitas e compra de medicação	3	4	3	4	7	7
Acompanhamento a consultas	5	6	5	6	11	11
Apoio nas tarefas domésticas						
Tratamento de roupa	1	2	2	2	3	4
Limpeza da Habitação	2	0	3	2	2	5
Arrumar a cozinha	2	0	2	2	2	4
Apoio emocional	9	9	9	9	18	18
Apoio de substituição	2	0	2	0	2	2

Fonte: Entrevistas a cuidadores conjugais corresponsáveis, 2014

8.3.3. APOIO FORMAL RECEBIDO PELOS CUIDADORES CONJUGAIS

O cuidado formal é executado por profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e restantes trabalhadores sociais e da saúde) que se intitulam como cuidadores formais. Estes são remunerados ou voluntários e normalmente representam a entidade Estado, nomeadamente os Hospitais e Centros de Saúde e as IPSS, com as respostas sociais: Centros de Dia (CD), Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Lar de Idosos. A prestação de cuidados formais ocorre, geralmente quando os cuidadores informais não conseguem responder às necessidades

dos idosos, tentando apoiar instrumentalmente o idoso, não substituindo, no entanto, a necessidade do apoio emocional e físico proveniente da família (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Na perspectiva de Gil (2010, p. 43) o cuidador formal caracteriza-se “(...) como o profissional que possui um vínculo contratual, que acompanha a pessoa cuidada numa instituição ou no domicílio, desempenhando funções ligadas às atividades pessoais e instrumentais da vida diária.” Segundo Rogero-García & Rosenberg (2011) os cônjuges tendem a receber mais horas de cuidados pagos do que os filhos, na medida em que fazem o pedido de suporte em estados mais avançados de dependência do beneficiário de cuidados.

Na presente investigação o SAD assume-se como a principal fonte de suporte formal, particularmente na execução de tarefas de higiene e banho, vestir e despir e fornecimento de almoço e jantar. Contudo, devido ao não funcionamento deste serviço durante o fim de semana (apenas um SAD prestava apoio ao Domingo e dois ao Sábado), alguns cuidadores recorrem ao apoio informal ou à contratação de empregadas e na ausência destes apoios asseguram estas tarefas de maneira solitária. Na nossa análise (Tabela 12) o apoio formal é quase inexistente no apoio ao pequeno-almoço, lanches e apoio na alimentação (cortar comida e/ou administrar a comida). Nestas tarefas apenas um cuidador masculino beneficia deste apoio, não se verificando diferenças entre a semana e o fim de semana. O apoio formal SAD é mais expressivo no fornecimento de refeições (almoço e jantar), principalmente durante a semana, com 12 cuidadores (6 cuidadores e 6 cuidadoras) a beneficiarem do serviço de almoço, enquanto apenas 8 dos cuidadores (5 cuidadores e 3 cuidadoras) referem beneficiar da refeição do jantar durante a semana. Ainda durante a semana, um cuidador masculino adquire o almoço num restaurante e ao fim de semana 4 cuidadores masculinos têm apoio formal na refeição do almoço e jantar: um cuidador beneficia da refeição do SAD, dois cuidadores masculinos adquirem a refeição num restaurante e um cuidador masculino tem apoio de uma empregada.

O SAD é o principal prestador de apoio instrumental no cuidado pessoal durante a semana ao nível do banho e higiene e nas tarefas de vestir e despir. Nestas tarefas, 19 cuidadores (9 cuidadores e 10 cuidadoras) beneficiam destes apoios durante a semana. Durante o fim de semana apenas um SAD presta estes serviços a um cuidador masculino, enquanto 2 cuidadores masculinos possuem o apoio de uma empregada que lhes executava estas tarefas. O serviço de SAD e apoio de empregadas apoiam 6 cuidadores (3 cuidadores e 3 cuidadoras) ao nível dos posicionamentos e muda de fralda

durante a semana. Ao fim de semana apenas três cuidadores masculinos beneficiam deste suporte, vindo de empregadas.

Ao nível do apoio na medicação e consultas, apenas dois cuidadores masculinos usufruem de suporte formal na realização destas tarefas. No apoio às tarefas domésticas, 7 dos cuidadores (5 cuidadores e 2 cuidadoras) recebem apoio formal no tratamento de roupa, 8 na limpeza da habitação (4 cuidadores e 4 cuidadoras) e 2 cuidadores masculinos na arrumação da cozinha. Este apoio apenas se concretiza durante a semana. No que confere ao apoio emocional nenhum cuidador refere beneficiar de apoio emocional formal. Relativamente ao apoio de substituição (quando o cuidador tem que se ausentar e alguém o substitui), apenas os cuidadores masculinos beneficiam deste apoio (3 durante a semana e 2 ao fim de semana). Este serviço é providenciado por empregadas contratadas. Os cuidadores masculinos usufruem, assim, de um maior apoio formal, principalmente no apoio às tarefas domésticas, apoio de substituição e apoio durante o fim de semana. As cuidadoras femininas não possuem nenhum tipo de apoio formal durante o fim de semana.

Na nossa amostra apenas três cuidadores (uma cuidadora e dois cuidadores) referem ter apoio formal ao nível da saúde para o cônjuge dependente (Cuidados Continuados Domiciliares e Centro de saúde). Os dados revelam que os apoios formais de saúde domiciliares são ainda incipientes.

“De vez em quando vem a Dr^a de família, veio há um mês. Foi a segunda vez que veio desde que ela teve o AVC.”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

“À tarde, às segundas, quartas e sextas, vêm as enfermeiras dos Cuidados Continuados fazer ginástica e massagens respiratórias, porque ele tinha muita expetoração. Eu até tenho aqui a máquina para retirar a expetoração, mas são elas que têm que fazer isso, eu isso nunca fiz. Quando ele está mais atacado posso ligar com elas que elas vêm. Quando lhe deu agora a febre eu liguei com elas e elas vieram, assim com quando ele tirou a sonda...”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

“De quinze em quinze dias vêm cá os enfermeiros para ver a ferida que ela tem, fazer o curativo.”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

Dos 25 cuidadores, apenas 7 (3 cuidadores e 4 cuidadoras) têm apoio de empregadas, contudo apenas um cuidador beneficia deste apoio todos os dias (cuidador masculino). Nesta situação, para além da lida doméstica, a empregada também apoia o cuidador na muda da fralda, posicionamentos e supervisão, contudo à noite o cuidador não tem apoio. Os restantes cuidadores que beneficiam de apoio de empregadas usufruem essencialmente serviços da lida doméstica (limpeza da habitação e tratamento de roupa) e apenas duas apoiam o beneficiário em tarefas tais como supervisão, muda de fralda e posicionamentos.

Tabela 12. Apoio formal recebido pelos cuidadores, segundo género dos cuidadores e período da semana

	Semana		Fim-de-semana		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Semana	Fds
Tipo de tarefas:						
Apoio nas refeições						
Pequeno-almoço	1	0	1	0	1	1
Lanches	1	0	1	0	1	1
Almoço	6	6	4	0	12	4
Jantar	5	3	4	0	8	4
Apoio na alimentação (cortar comida e/ou administrar a comida)	1	0	1	0	1	1
Apoio prático-instrumental no cuidado pessoal						
Higiene/banho	9	10	3	0	19	3
Posicionamentos	3	3	3	0	6	3
Muda de fralda	3	3	3	0	6	3
Apoio na casa-de-banho	2	1	2	0	3	2
Vestir e despir	9	10	3	0	19	3
Supervisão	2	0	2	0	2	2
Apoio durante a noite	0	0	0	0	0	0
Apoio na saúde						
Administração da medicação	2	0	2	0	2	1
Preparação da medicação	1	0	1	0	1	1
Aquisição de receitas e compra de medicação	1	0	1	0	1	1
Acompanhamento a consultas	1	0	1	0	1	0
Apoio nas tarefas domésticas						
Tratamento de roupa	5	2	0	0	7	0
Limpeza da Habitação	4	4	0	0	8	0
Arrumar a cozinha	2	0	0	0	2	0
Apoio emocional	0	0	0	0	0	0
Apoio de substituição	3	0	2	0	3	2

Fonte: Entrevistas a cuidadores conjugais corresponsáveis, 2014

8.3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nossa análise evidencia que os cuidadores conjugais 50 e mais anos assumem a linha da frente na prestação de cuidados informais aos seus cônjuges dependentes (Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Karsch, 2003; Shanas, 1979; Stuifbergen et al., 2008) e que, a grande maioria (23), assume o papel de cuidador primário, o que contribui para um aumento das tarefas de cuidado e para uma sobrecarga ao nível físico, mental, social e económico (Rodriguez-Sanchez et al., 2011). Relativamente à caracterização dos cuidadores conjugais, estes possuem idades avançadas, vulnerabilidades de saúde, prestam cuidados intensivos, realizam um elevado e complexo número de tarefas de cuidado, recebem pouco apoio informal e formal e assumem a prestação de cuidados durante vários anos (Van Groenou et al., 2013; Canadian Institute of Health Information, 2010; Colombo et al., 2011; Dahlberg et al., 2007; Galvin et al., 2010; Hirst, 2005; Johnson & Schaner, 2005; Reinhard et al., 2014; Ross et al., 2008).

A sobrecarga dos cuidadores é maior ao fim de semana, período em que a maior parte dos SAD não funciona e a rede familiar não consegue apoiar adequadamente o cuidador, e durante a noite, período em que o apoio formal não existe e poucos cuidadores possuem apoio informal disponível (apenas 6 cuidadores vivem com familiares capazes de lhes auxiliar durante a noite).

Relativamente aos apoios recebidos, os dados revelam que os cuidadores masculinos recebem maior apoio formal, mas apenas durante o fim de semana, nomeadamente nas refeições principais (almoço e jantar) e cuidados instrumentais. Os cuidadores masculinos possuem uma média superior de serviços formais recebidos pelo SAD (2 contra 1 serviço das cuidadoras) e são os únicos que possuem algum apoio formal na preparação da medicação e substituição, devido à contratação de empregadas. Sobre estes resultados a literatura refere que os cuidadores masculinos possuem maiores rendimentos e maiores probabilidades de contratar apoio formal, vindo este suporte como necessário (Brazil et al., 2009; Calasanti & Bowen, 2006; Haley et al., 2010; Hoffman & Rodrigues, 2010; Rogero-García & Rosenberg, 2011). Contudo, apesar do maior apoio formal recebido pelos cuidadores masculinos, os nossos resultados evidenciam que os homens prestam uma grande quantidade de apoio às suas esposas (Ducharme et al., 2006, p. 567), providenciando assistência tanto nas atividades de vida diária (Hoffman & Rodrigues, 2010) como na execução de tarefas nunca antes

realizadas (apoio nas tarefas domésticas e apoio nas refeições). Neste sentido os resultados encontrados nesta análise vão ao encontro da investigação realizada por Melo (2009, pp. 323–324), que conclui que os cuidadores conjugais masculinos efetuam um número elevado de tarefas na prestação de cuidados às suas esposas, nomeadamente tarefas instrumentais, gestão de consultas médicas, compras, preparação das refeições, tratamento de roupas e higiene da habitação. Os nossos resultados afastam-se assim dos estudos que defendem que os cuidadores masculinos assumem mais frequentemente o papel de “orquestração dos cuidados” e de “permanência” (Fernandes, Gil, & Gomes, 2010, pp. 187–188), gerindo as atividades da vida diária e delegando noutros (familiares, profissionais, ...) as tarefas e responsabilidades.

No caso das mulheres, apesar de estas se encontrarem mais socializadas no papel de cuidadoras (Brazil et al., 2009; Rogero-García & Rosenberg, 2011), comparativamente com os cuidadores masculinos, estas beneficiam de maior apoio informal (tarefas de higiene e banho e vestir e despir). Esta realidade explica-se pelo facto das cuidadoras femininas apresentarem maiores vulnerabilidades de saúde comparativamente com os cuidadores masculinos e de a família, perante estas debilidades, tentar apoiar mais estas cuidadoras. Apesar destas especificidades (os cuidadores masculinos usufruírem de maior apoio formal e as cuidadoras femininas de maior apoio informal), os dados apontam para uma uniformização das tarefas de cuidados entre géneros na maior parte das tarefas e para um desafio comum, tanto nos cuidadores como nas cuidadoras, de ultrapassar barreiras de género na prestação de cuidados.

Quanto ao apoio emocional, cerca de 7 cuidadores (3 cuidadores e 4 cuidadoras) declaram não ter apoio emocional. Esta realidade pode dever-se ao facto dos cuidadores não partilharem as suas necessidades e angústias com os familiares e amigos, tentando gerir isoladamente os seus problemas. Esta situação é reforçada pela valorização da independência dos filhos, pela distância física e o relacionamento negativo entre os cuidadores e os filhos. Na nossa investigação apenas uma cuidadora refere ter o apoio emocional de uma amiga. Os dados parecem assim confirmar que a fragilidade da família tradicional tende a aumentar a dependência das famílias no apoio formal (Beck-Gernsheim, 2002, p. 79; Bonsang, 2009; Rogero-García & Rosenberg, 2011), contudo este tipo de apoio é considerado deficitário. Durante a semana, o SAD assume-se como um apoio bastante importante para o cuidador, aliviando-o principalmente nas tarefas de higiene/banho e alimentação. Todavia à noite e durante o fim de semana este suporte é inexistente.

Relativamente à dinâmica de apoio, a nossa investigação confirma a dinâmica presente na literatura. A investigação revela que os cuidadores conjugais são os primeiros a assumir a prestação de cuidados ao cônjuge dependente (Modelo de Substituição de Shanas 1979), mas como a rede informal não é capaz de colmatar as necessidades dos cuidadores conjugais e eles não conseguem assegurar sozinhos a prestação de cuidados (debilidade física dos cuidadores), estes vêm-se obrigados a solicitar apoio formal (Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor 1992).

“Se eu tivesse boa saúde eu não tinha pedido ajuda à Misericórdia.”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

Cantor (1992) defende que o cuidador apenas recorre ao apoio formal quando existe uma incapacidade de resposta efetiva às necessidades da pessoa dependente ou quando a rede informal é fraca ou inexistente (falta de disponibilidade e capacidade dos elementos da rede informal). Nesta visão, o idoso utiliza uma lógica preferencial de acordo com uma seleção hierárquica compensatória: primeiro ele recorre à rede informal e se esta não for capaz recorre à rede formal. Segundo Attias-Donfut, Ogg, & Wolff (2008) verificam-se estratégias de complementaridade entre o apoio formal e informal, sugerindo que quando existem necessidades estas tendem a ser atendidas através da combinação do apoio familiar e do apoio profissional. Litwak (1985) sustenta a Teoria das Tarefas Específicas ou Teoria das Funções Partilhadas, que defende que deverá existir uma complementaridade e interdependência entre o sistema informal e formal. Para o autor o sistema informal não exige conhecimentos técnicos, enquanto o sistema formal, devido à sua especificidade, exige conhecimentos técnicos e profissionais, logo, existe uma complementaridade entre eles, capaz de facilitar a permanência do idoso no domicílio. Corroborando a Teoria das Tarefas Específicas de Litwak, Brandt, Haberkern, & Szydlik (2009) defendem a ideia de especialização ou seja a existência de uma divisão sistemática entre as tarefas do Estado e as tarefas da família. Nesta divisão, os prestadores de cuidados profissionais assumem as tarefas mais desafiantes, intensivas e essenciais para o cuidado, enquanto os cuidados familiares assumem as tarefas menos intensivas e onerosas. Contudo em países com Estados Sociais deficitários, como é o caso de Portugal esta complementaridade está posta em causa. Por um lado, os apoios informais são cada vez mais escassos e pontuais (crise económica, emigração, aumento do trabalho feminino, ausência de políticas de apoio ao

cuidador), colocando em causa a ideia de familialismo e por outro, o apoio formal é deficitário (o SAD apenas contempla tarefas instrumentais, poucos funcionam ao fim de semana, funcionam poucas horas, são caros, não contemplam as necessidades dos cuidadores; ao nível da saúde o apoio é quase inexistente).

Podemos assim concluir que os cuidadores conjugais executam um elevado número de tarefas de cuidado, possuem um apoio informal “cirúrgico” (pontual e programado) e um apoio formal deficitário, caracterizado pela falta de apoio aos fins-de-semana. Esta realidade faz com que a prestação de cuidados seja considerada normalmente uma atividade solitária, na medida em que o cuidador recebe apenas um apoio ocasional (Sousa & Figueiredo, 2004, p. 19). Esta realidade poderá levar a uma sobrecarga dos cuidadores conjugais, o que poderá comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado informal prestado (Carretero, Garces, & Rodenas, 2007, p. 747), acelerando o processo de institucionalização do beneficiário de cuidados.

8.4. MOTIVAÇÕES

8.4.1. INTRODUÇÃO

Num contexto de envelhecimento populacional e de promoção de políticas de desinstitucionalização, tem-se intensificado, ao longo dos últimos anos, o interesse sobre os motivos que levam os indivíduos a prestar cuidados informais (Hank & Stuck, 2008; Oudijk et al., 2011; Reinhard et al., 2014; Siegrist, Kenesebeck, & Pollack, 2004). Sobre esta temática os estudos revelam que os indivíduos assumem a prestação de cuidados informais, primeiramente, porque alguém necessita de cuidados (Aneshensel et al., 1995; Oudijk et al., 2011; Silverstein, Gans, & Yang, 2006). Motivos como o afeto, o sentido de dever moral e social, a obrigação, a responsabilidade, a certeza que o outro faria o mesmo, circunstâncias factuais (coabitação, proximidade geográfica, falta de alternativas formais e informais, o custo dos serviços formais) e ainda a vontade afirmada de afastar a institucionalização são os mais referidos pelos cuidadores informais (Aneshensel et al., 1995; Giacomini et al., 2005; Gonçalves et al., 2011; Jani-Le Bris, 1994; Oudijk et al., 2011; Silverstein et al., 2006; Wilson, 2000).

De acordo com a literatura, a prestação de cuidados informais é motivada por um vasto e complexo conjunto de fatores, onde as tradições, as normas sociais, os hábitos sociais, o desejo, a história do indivíduo, a composição estrutural das relações e as

características contextuais contribuem para que a decisão de se tornar cuidador não seja uma decisão individualizada (Aneshensel et al., 1995; Figueiredo, 2006; Jani-Le Bris, 1994; Nussbaum, 2000; Oudijk et al., 2011). Segundo Arksey & Glendinning (2007, p. 172) a decisão de se tornar cuidador “*acontece numa ampla arena social*”, onde vários fatores atuam para limitar as oportunidades de exercer uma escolha. As escolhas dos cuidadores são moldadas pela natureza do relacionamento de cuidado (baseado no laço de parentesco, história de reciprocidade, proximidade, obrigação e respeito pela preferência do outro) e por fatores organizacionais mais amplos (fatores de elegibilidade, disponibilidade limitada de serviços, encargos financeiros, abordagem feita pelos profissionais, ausência de percepção positiva sobre os serviços de cuidados de longa duração e “Respire care”) (Arksey & Glendinning, 2007).

O contexto de tomada de decisão, muitas vezes, também não é propício a uma decisão ponderada e esclarecida por parte do cuidador (Jani-Le Bris, 1994). Muitos indivíduos tornam-se cuidadores sem darem conta e sem que tivesse existido uma tomada de decisão consciente (Processo sub-reptício) (Jani-Le Bris, 1994). Este processo é mais frequente no caso da coabitação, principalmente no caso dos casais onde o cuidado se assume como parte da relação conjugal, e em situações que a dependência surge lentamente. Nestas situações muitos indivíduos não se assumem como cuidadores, mas apenas como familiares (Mutch, 2010). Outros tornam-se cuidadores após um acontecimento súbito (doença, acidente, viuvez, demissão do cuidador, falecimento da pessoas que prestava cuidados). Neste processo as pessoas encontram-se perturbadas, inquietas e em estado de choque e normalmente assumem a prestação de cuidados repentinamente sem refletirem sobre a responsabilidade que estão a assumir. Ambos os processos conduzem a uma tomada de decisão instintiva, emocional e irrefletida, verificando-se, frequentemente, a ausência de decisão e de escolha (Bohm & Carlos, 2010, p. 215; Jani-Le Bris, 1994).

Os motivos para cuidar tendem também a variar entre os países e culturas (Kabitsi & Powers, 2002; Oudijk et al., 2011). Oudijk, Woittiez, & Boer (2011) concluíram que os motivos dos cuidadores informais com 50 e mais anos dos países Sul da Europa são diferentes dos seus semelhantes dos países do Centro, Norte e Holanda. Os autores referem que nos países do Sul da Europa os cuidadores não se sentem tão obrigados a prestar cuidados, nem sentem tanta necessidade de prestar cuidados ou de serem socialmente ativos para contribuir para a sociedade, comparativamente com os restantes grupos de países analisados (Norte da Europa, Europa Central e Holanda). Como

justificação para estas diferenças os autores referem que a prestação de cuidados nos países do Sul da Europa é algo natural e que envolve essencialmente a prestação de cuidados a membros do agregado familiar, onde várias pessoas participam na prestação de cuidados, devido à existência de agregados familiares extensos, e ainda ao facto de existirem emigrantes de Leste e de fora da Europa a prestarem cuidados domiciliários a baixo custo.

Apesar de a literatura defender uma convergência ao nível das políticas de cuidados (Oudijk et al., 2011; Pavolini & Ranci, 2008; Stoltz et al., 2004; Sundström & Johansson, 2005), com os países do Norte da Europa a promoverem a responsabilização familiar e os países do Sul a apostarem em mais serviços formais, estudos recentes evidenciam que os países do Sul e Norte da Europa continuam a possuir algumas especificidades. Os indivíduos com 50 e mais anos dos países do Sul da Europa possuem maiores problemas de saúde (Eriksen et al., 2013, pp. 149–150; Pommer et al., 2007), os serviços formais são insuficientes para a satisfação das necessidades dos cuidadores e pessoas cuidadas e os cuidadores informais prestam principalmente cuidados pessoais corresidenciais (Lyberaki et al., 2013; Pommer et al., 2007; Rogero-García & Rosenberg, 2011). Enquanto os indivíduos com 50 e mais anos dos países do Norte da Europa possuem menores problemas de saúde (Eriksen et al., 2013, pp. 149–159; Pommer et al., 2007), maior suporte formal e prestam essencialmente apoio extrarresidencial (Lyberaki et al., 2013; Pommer et al., 2007; Rogero-García & Rosenberg, 2011). Esta realidade sustenta a existência de importantes diferenças, entre os países ao nível dos cuidados informais, que devem ser tidas em atenção quando analisamos os motivos que levam os indivíduos a assumirem a prestação de cuidados.

Relativamente ao local de prestação de cuidados, a prestação de cuidados corresidenciais exige um maior esforço físico e mental e uma maior intensidade (Brandt et al., 2009; De Koker, 2009; Friedman et al., 2006; Glendinning et al., 2009), logo a tomada de decisão de se tornar prestador de cuidados corresidenciais pode abarcar diferentes motivos dos que levam um indivíduo a prestar apoio ou cuidado informal extrarresidencial, caracterizado como mais flexível e menos intensivo (mais presentes nos países do Norte e Centro da Europa).

Também a condição de saúde do cuidador pode influenciar os motivos do cuidador. Acerca da saúde dos cuidadores os estudos revelam algumas contradições. Alguns estudos revelam que os indivíduos mais debilitados não assumem a prestação de cuidados e por isso os cuidadores informais assumem-se como um grupo selecionado

caracterizado por possuir um bom nível de saúde (Haber Kern et al., 2012; Rösler-Schidlack et al., 2011). Outros estudos revelam que são os indivíduos mais debilitados os que assumem a prestação de cuidados corresidenciais (Barrow & Harrison, 2005; De Koker, 2009; Mentzakis et al., 2009).

Os fatores motivacionais são também considerados importantes preditores de avaliação negativa ou positiva (Van Groenou et al., 2013; Kabitsi & Powers, 2002). Para Kabitsi & Powers (2002) alguém que cuida por amor pode beneficiar sentimentos mais positivos, do que alguém que cuida por uma questão económica. Broese Van Groenou, Boer & Iedema (2013) referem ainda que a partilha de responsabilidades pela rede de cuidado pode diminuir a carga de trabalhos e aumentar a motivação para continuar a prestar cuidados e possuir uma menor avaliação negativa da prestação de cuidados. O relacionamento entre cuidador e beneficiário de cuidados, nomeadamente a reciprocidade e o sentido de responsabilidade existente entre o cuidador e o beneficiário de cuidados, assume-se como uma força que promove a continuação da prestação de cuidados (Beneken Genaamd Kolmer, Tellings, Gelissen, Garretsen, & Bongers, 2008).

Relativamente ao tipo de relação com o beneficiário de cuidados, a literatura revela que os cuidadores conjugais possuem obrigações éticas e legais para com o cônjuge, na medida em que se comprometeram a cuidar um do outro e a “(...) *apoiarem-se mutuamente até que a morte os separe (...)*” (Palm, 2013, p. 180). As relações privilegiadas e a proximidade afetiva fazem dos cônjuges o grupo de cuidadores mais adaptados ao papel de cuidadores informais (Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Dono et al., 1979) e os primeiros a assumir a prestação de cuidados em caso de dependência do cônjuge (Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Shanas, 1979). Os cônjuges, devido à intimidade criada ao longo dos anos (Greenberg et al., 2002) e ao facto de terem observado a deterioração do parceiro ao longo do tempo e a mudança para a situação de cuidado, podem estar mais aptos para uma prestação de suporte mais empático e oportuno e com melhor conhecimento da situação (Shirai et al., 2009, p. 113). Alguns cuidadores conjugais vêm nesta atividade uma extensão da relação familiar, um período de fortalecimento da relação conjugal (Jo, Brazil, Lohfeld, & Willison, 2007) e uma fonte de satisfação e prazer (Van Groenou et al., 2013; Ribeiro & Paúl, 2008). Contudo a prestação de cuidados conjugais encontra-se associada a uma perda de identidade, os cônjuges perdem a sua entidade como parceiros para se tornarem cuidadores (Mutch, 2010) e, apesar de a sociedade esperar que estes assumam a prestação de cuidados, muitos não se sentem confortáveis com esta situação (Hughes, Locock, & Ziebland,

2013). Os estudos revelam ainda que, apesar da existência de uma relação íntima, os cuidadores conjugais são os que correm mais riscos de doença física e mental (Lavela & Ather, 2010; Zivin & Christakis, 2007) e os que vêm a sua QdV mais diminuída com a prestação de cuidados (Breeze & Stafford, 2010; Hirst, 2005; McMunn et al., 2009; Yang et al., 2012). Assistir à deterioração do seu parceiro de vida pode constituir um momento de bastante sofrimento para o cuidador conjugal e, apesar dos cuidadores conjugais conhecerem bem os seus parceiros, estes não estão treinados, nem possuem conhecimentos para assumir as complexas exigências do cuidado informal (Reinhard et al., 2014).

A análise dos motivos que levam os indivíduos a assumir a prestação de cuidados conjugais é de extrema importância para a sustentabilidade económica dos serviços sociais e de saúde e tem como objetivo principal a construção de políticas de estímulo e apoio ao cuidador informal. Torna-se por isso importante conhecer os motivos que levam os cuidadores conjugais 50 e mais anos a assumirem a prestação de cuidados e criar condições para que estes cuidadores continuem a assumir este tipo de suporte. Neste sentido, as sociedades deveriam prestar mais atenção aos motivos presentes na decisão de se tornar cuidador informal e facilitarem as condições ao crescente número de cuidadores informais (Noddings, 1994).

Tendo em atenção a análise quantitativa que relacionou a prestação de cuidados conjugais com uma diminuição da QdV e a análise descritiva que evidenciou que os cuidadores conjugais apresentam eles próprios vários problemas de saúde, possuem idades avançadas e limitações ao nível do apoio formal e informal pretendemos conhecer e compreender os motivos que levam os indivíduos com 50 e mais anos a assumirem a prestação de cuidados informais aos seus cônjuges dependentes.

8.4.2. MOTIVOS PARA CUIDAR

Perante a dependência dos cônjuges, os cuidadores conjugais referem um conjunto complexo de motivos para assumirem a prestação de cuidados, os quais foram agrupados em quatro categorias: obrigação e/ou dever, afeição, imposições circunstanciais e o querer evitar a institucionalização do cônjuge dependente.

CUIDO PORQUE É MINHA OBRIGAÇÃO, O MEU DEVER!

Os cônjuges assumem a prestação de cuidados conjugais impelidos por uma obrigação e/ou dever social e moral de cuidar do cônjuge, ligado às expectativas sociais e à existência de normas que definem antecipadamente “como deve ser” (Beck-Gernsheim, 2002; Portugal, 2007, p. 43). Segundo Portugal (2007, p. 36) “(...) as normas dizem aos indivíduos como eles devem comportar-se e o que devem esperar dos outros.”. Neste sentido os cuidadores conjugais prestam cuidados condicionados por um conjunto de normas sociais e morais existentes na sociedade.

Nesta categoria distinguimos a obrigação e/ou dever social da obrigação e/ou dever moral. Relativamente à obrigação e/ou dever social, os dados revelam que os cuidadores conjugais, mesmo com um conjunto de limitações (vulnerabilidade de saúde, pouco apoio informal e formal), sacrificam-se e “carregam a cruz” da prestação de cuidados para corresponderem às expectativas sociais e perpetuarem os valores familiares tradicionais de cuidar dos “seus”.

A cuidadora, F 14, 64 anos, cuida do marido acamado, vítima de AVC, vinte anos mais velho. Para esta cuidadora cuidar do marido é uma cruz que carrega há mais de cinco anos. Ter casado com um homem, vinte anos mais velho, constitui uma responsabilidade social acrescida para a cuidadora. “Desamparar” o cônjuge nesta fase seria um motivo de crítica social e uma atitude menos digna ao nível social.

“Eu se o podia fazer, faço-o eu, não é? Eu dantes pensava: “ai meu Deus eu nunca quero tomar conta de pessoas idosas, mas é isto, eu casei com ele”. Ele é 20 anos mais velho do que eu e até nem podia ter acontecido nada disto, mas aconteceu pronto... Eu digo que cuido do meu marido, cuido das minhas filhas e se tivesse pais e assim uma pessoa de família cuidava, agora dizer que gostava de cuidar destas pessoas, isso não. É muito duro só sabe quem passa por elas... Eu quando era nova andava na fábrica e via estas pessoas a dizer: “ah só queria casar com um velho rico.” E eu dizia: “ai meu Deus, nunca quero, nunca quero...” E olhe, foi o que Deus quis. Eu faço o meu dever, não o ia deixar desamparado! O que iam dizer? Enquanto puder carrego esta cruz...”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

Também o cuidador M 2, 76 anos, relata as suas preocupações sociais e familiares. Para este cuidador cuidar da esposa é uma obrigação familiar, associada à expectativa social depositada no apoio familiar. Para o cuidador, a família tem a obrigação de cuidar dos seus e de se sacrificar para proporcionar bem-estar aos seus familiares dependentes.

“Porque, como lhe digo, sinto-me na obrigação, não é... A senhora tem os seus pais e se estiver à beira deles, que lhes possa deitar a mão, sem dúvidas que não vai dizer que não. Aquilo que possa, não vai dizer que não, vai-se sacrificar para que sejam felizes não é? Isto é assim: temos que nos sacrificar para o bem daqueles que amamos. Se não fazemos nós, família, quem o fará?”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

A obrigação e/ou dever social refere-se a ações impostas por normas sociais que estão inscritas num conjunto de crenças e valores compartilhados entre membros de uma sociedade, onde a família é o lugar da transmissão, introjeção e manutenção desses valores (Cattani & Girardon-Perlini, 2004, p. 260). Quando a família não cuida adequadamente dos seus familiares sofre sanções sociais e passa a ser considerada negligente ou irresponsável, sendo desvalorizada socialmente. Inversamente, quando a família cuida dos seus familiares cumpre as suas responsabilidades e os cuidadores são valorizados socialmente (Figueiredo, 2006; Jani-Le Bris, 1994; Motta, 2004). Neste sentido, a sociedade assume-se como um “juiz” que avalia a conduta da família, punindo em caso de incumprimento das normas e premiando em caso de seguimento das mesmas. A presente análise comprova que os cuidadores conjugais cuidam do seu cônjuge dependente para evitarem a crítica social e ao mesmo tempo sentirem-se respeitados. Segundo Cattani & Girardon-Perlini (2004, p. 260) *“Cuidar do companheiro, enquanto puder, enquanto tiver forças, tem uma representação para os cuidadores, no sentido de ser valorizado e reconhecido pelas outras pessoas, por aquilo que faz. De certo modo, há um heroísmo que os torna respeitados perante a sua comunidade, pois estão cumprindo com suas obrigações.”*

Cuidar de quem necessita de assistência é também considerada uma obrigação/dever social, independentemente da existência de laços familiares e de boas relações conjugais. Para a cuidadora F 23, cuidar do marido é um ato social que deve ser feito a quem necessite. Neste sentido, mesmo depois de ter vivido um casamento marcado pela violência, esta cuidadora considera que tem a obrigação de apoiar o cônjuge e de não o abandonar nesta fase.

“Porque, sei lá! Ajudo-o, porque acho que o tenho que ajudar. Olhe, enfim, tenho esta bondade, porque eu era muito amiga de ir ver qualquer doente ou ir vestir qualquer doente quando morresse. Pronto tenho esta coisa comigo e agora não o abandono. Eu irei primeiro do que ele, eu, da maneira que ando, digo que não chego

ao mês de Agosto. É uma obrigação. Que remédio. Às vezes até lhe digo: “havia de fazer a ti o que tu me fizeste!” E ele diz: “o passado está passado.”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

Relativamente à obrigação e/ou dever moral, a análise revela que os cuidadores conjugais sentem a obrigação e/ou dever de a prestar cuidados ao cônjuge dependente, devido ao compromisso assumido no casamento de cuidar do cônjuge até ao final da vida (Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Figueiredo, 2006; INSERSO, 1995; Martín, 2005; Mutch, 2010; Ribeiro, 2005). Perante este motivo os cuidadores conjugais invocam as promessas feitas no casamento (“... *na saúde, na doença, na pobreza.*”, *lealdade, “ser um para o outro”*) para justificar a obrigação/dever moral de cuidar do cônjuge.

“A gente quando casa é na saúde, na doença, na pobreza...”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Ó valha-me nossa senhora... Enquanto eu puder hei de ver se sim, hei de cuidar dele... Somos casamos e somos leais um ao outro...”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“Olhe, eu cuido dela, porque, quando me casei, o Padre disse na Igreja, que tínhamos de ser um para o outro. Ele disse que temos que amar até à morte um ao outro. E pronto foi a mulher que arranjei, gostei sempre dela e é uma obrigação!”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

A existência de relações conjugais longas parece também conduzir à “retribuição” por um passado que viveram (McGarry & Arthur, 2001; Melo, 2009), à existência de uma solidariedade conjugal vitalícia (Jani-Le Bris, 1994) e à “reciprocidade hipotética” (Lavoie, 2000), ou seja a certeza de que o outro faria o mesmo. Esta reciprocidade baseia-se nos princípios do dever e solidariedade conjugal.

“Eu estou a sujeitar-me a estas coisas. Ela sujeitou-se comigo, portanto tenho que me sujeitar a ela... Cuido dela, porque ela cuidou de mim também. Ela teve que me dar de comer e hoje dou-lhe eu a ela... Ela deu-me de comer, lavava-me, porque eu tinha um colete de gesso, pois o meu externo ficou à mostra. Eu estive três anos e meio internado. Tinha um colete, que não me mexia para nada e a minha mulher fazia-me tudo. Hoje sou eu que tenho que lhe fazer tudo a ela. Estou casado há 54 anos, portanto está a ver... Sem arrelias, sem agressões domésticas que agora andam por aí e sempre

com respeito. Respeitamo-nos mutuamente incluindo a filha, respeitamos a filha e a filha respeita-nos a nós.”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

“É um dever que tenho. Porque se eu precisasse ela também cuidava de mim...”

(M 20, 73 anos, cuida da esposa, 73 anos, com artroses)

FAÇO-O POR AMOR, PORQUE É PRECISO TER UM AMOR MUITO GRANDE

A prestação de cuidados deriva também da *afeição*, ou seja dos sentimentos de amor, carinho e ternura que existem entre o cuidador e a pessoa cuidada. O aparecimento de uma doença é algo negativo, tanto para o doente, como para a família, contudo esta realidade pode “ (...) *representar uma fonte de satisfação, encarando-se esta prestação como uma oportunidade de expressar amor e afeto pelo familiar doente* (...)” (Soares & Fialho, 2011, p. 73). Prestar cuidados a um familiar envolve amor, preocupação com o bem-estar do outro, desejo de continuar a manter a relação e desejo de mostrar e retribuir o seu amor pela pessoa cuidada (Fisher, 1994; Haberkern et al., 2012; Kuuppelomäki, Sasaki, Yamada, Asakawa, & Shimanouchi, 2004).

Na nossa investigação, os cuidadores conjugais referem que a prestação de cuidados é um ato de amor que reflete os laços criados com o cônjuge ao longo da sua vida e um ato que coloca à prova a força do amor (INSERSO, 1995, p. 5). Para os cuidadores o amor assume-se como uma força que os move a cuidar de quem amam e a sentirem-se bem por o estarem a realizar.

“Porque onde houver Amor há tudo! Não é verdade? Eu sinto-me feliz ao cuidar da minha mulher. As pessoas de fora parecem que se sentem pior do que eu. Porque dentro da minha casa não há infelicidade, apenas há infelicidade na doença. Mas nós não nos sentimos infelizes um para o outro. Porque eu faço isto com gosto! Porque tenho uma psicologia bastante forte para enfrentar estes problemas.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Faço-o por amor, pois é preciso ter um amor muito grande.”

(F 8, 65 anos, cuida do marido, 65 anos, com depressão e alcoólico)

“Tenho-lhe amor, foi o amor da minha vida, faço-o com amor e carinho.”

(F 24, 72 anos, cuida do marido, 77 anos, com doença de Alzheimer)

O amor e os anos de convívio conjugal parecem ajudar a aliviar as adversidades da prestação de cuidados e fortalecer o desejo de continuar junto de quem se ama e amou ao longo de uma vida.

“Olhe, cuido dela, porque eu amei-a sempre... Desde o princípio, senão, já houve alturas em que era para eu me por fora daqui. Mas não, porque ela está aqui. (coloca a mão no coração)”

(M 5, 81 anos, cuida da esposa, 82 anos, com doença de Alzheimer)

“Eu quero-me à beira dela e ela à beira de mim.”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“Ela passou a vida comigo. Passei a vida toda ao lado dela e agora sinto-me bem por estar junto dela...”

(M 5, 81 anos, cuida da esposa, 82 anos, com doença de Alzheimer)

IMPOSIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

Cuidar do cônjuge nem sempre é uma escolha, muitas vezes é o resultado de *“uma imposição circunstancial”* (Giacomin et al., 2005, p. 1516). Neste sentido, parecem existir um conjunto de condições circunstanciais (materiais e sociais) que favorecem a prestação de cuidados conjugais. Assumir a prestação de cuidados deve-se muitas vezes ao facto de não existirem mais alternativas viáveis ou não existirem mais pessoas para assumir a prestação de cuidados (Aneshensel et al., 1995). A crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a diminuição da coresidência entre pais e filhos e o aumento da emigração contribuem para uma alteração do padrão de prestação de cuidados. Segundo Haberkern et al. (2012) o envolvimento da família na prestação de cuidados é cada vez mais baseado em questões normativas e circunstâncias materiais e sociais, nomeadamente o emprego, a distância e a própria situação familiar.

Na análise ao cuidado informal, Campbell & Martin (2000) recorreram ao conceito de Finch & Manson (1993) *“legitimate excuses”* para defender que as famílias podem

ter desculpas legítimas, aquando da prestação de cuidados, nomeadamente a distância, o emprego, responsabilidades familiares, falta de competência e de recursos. Neste sentido, parecem existir motivos que podem ser invocados para a não prestação de cuidados ou para cuidar menos, contudo os indivíduos que coabitam com a pessoa dependente, mais propriamente os cônjuges, encontram-se numa posição diferente. Aos que ficam na habitação (cônjuges) a pressão aumenta e possibilidade de partilha dos cuidados diminui.

Na presente investigação a **corresidência** e a **disponibilidade de tempo** (todos os cuidadores vivem com o cônjuge dependente e todos estão reformados) dos cônjuges constituem importantes motivos para a responsabilização pela prestação de cuidados. De acordo com Chappell (1991) prestar cuidados ao cônjuge não é frequentemente uma escolha, mas sim resultado de viverem na mesma habitação.

“Conclusão: eu é que estava em casa, os meus filhos casaram. Uma vive em Lisboa, a outra não tem o tempo suficiente para cuidar da mãe.”

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

“Assumi este papel, porque estou em casa, se ainda estivesse ao serviço teria que arranjar uma pessoa de fora. “

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

Também a baixa **condição económica** dos cuidadores contribui para que os cônjuges assumam a prestação de cuidados de uma maneira mais isolada, através da impossibilidade de aceder a serviços formais (empregada, Centro de Dia ou Lares).

“Fui eu, porque não tinha possibilidades de chamar uma pessoa para vir para aqui tomar conta dele. A filha está casada e está fora, pronto. O filho está casado, está fora e também tem a vida dele, também tem os filhos. Fui eu obrigada a cuidar, porque não havia dinheiro para arranjar alguém para cuidar dele.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Se eu tivesse mais dinheiro ele já estaria no Lar.”

(F 17, 72 anos, cuida do marido, 75 anos, com problemas de alcoolismo)

Apesar dos cuidadores demonstrarem que gostariam de usufruir de mais apoio dos filhos, motivos como a **distância física**, **emprego**, a **falta de tempo**, **obrigações familiares** e o **mau relacionamento entre pais e filhos** parecem desresponsabilizar os filhos pela prestação de cuidados aos pais. Esta realidade evidencia a existência de um

conjunto de circunstâncias que parecem “desresponsabilizar” os filhos pela prestação de cuidados e simultaneamente uma forte valorização pela autonomia e independência dos filhos.

“Eu queria que os meus filhos viessem, mas o pior é que eles não vêm para aqui tomar conta dele, porque têm a vida deles.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

Relativamente à distância física, Litwak, Silverstein, Bengtson, & Hirst (2003) defendem que a família alargada, mesmo com grandes distâncias geográficas, continua a trocar “serviços chaves” e a contribuir para o bem-estar familiar. Segundo os autores a tecnologia moderna (telefone, email, internet, ...) atenua as distâncias geográficas e permite aos familiares a troca de conhecimentos, conselhos, suporte afetivo e suporte económico. Lundholm & Malmberg (2009) alertam que é possível prestar apoio financeiro e emocional, mesmo estando geograficamente distante, contudo o apoio instrumental exige uma maior proximidade geográfica. Os filhos, ao viverem longe ou ao não terem disponibilidade de tempo, deixam de poder executar tarefas instrumentais e passam a desempenhar outras tarefas, nomeadamente de aconselhamento (através das novas tecnologias de telecomunicação) e reparações e transporte (Stuifbergen et al., 2008).

Na prestação de cuidados informais, a distância geográfica parece anular a capacidade de prestar cuidados regulares (Lundholm & Malmberg, 2009) e associar a prestação de cuidados instrumentais aos filhos com maior proximidade residencial e o aconselhamento a filhos com maior distância residencial (Stuifbergen et al., 2008). Um estudo recente (Merla, 2012) defendeu que a distância geográfica não afeta negativamente as relações familiares e que as famílias transnacionais trocam todo o tipo de suporte e cuidados realizados pelas famílias próximas. Para a autora as famílias transnacionais podem prestar cuidados e assistência através do recurso às tecnologias de comunicação, contudo o cuidado pessoal e a acomodação requerem a copresença e só podem ser realizados durante as visitas dos familiares. Na nossa investigação os cuidadores conjugais consideram a distância física dos filhos como um fator de desresponsabilização na prestação de cuidados.

“Tenho um filho, mas como está longe, não o quero chatear...”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“... os meus filhos não estão cá e mesmo esta minha filha, que está cá, o que me faz é mesmo o minino. Tenho cinco filhos, quatro estão emigrados e uma está cá. Falo com uma filha ao telefone, mas ela não me vem cá resolver os problemas.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Não pode ser outra pessoa, tenho que ser eu, enquanto eu puder. Os meus filhos estão fora e sou obrigado a ser eu. Também tenho uma filha, que falo muito com ela ao telefone, mas claro, ela está lá e nós cá...”

(M 15, 86 anos, cuida da esposa, 79 anos, com doença de Alzheimer)

A queda do dinamismo da economia pode levar a um afastamento da geração mais nova e ao conseqüente aumento das distâncias geográficas entre pais e filhos (Meil, 2006, p. 1098). Este cenário poderá constituir uma verdadeira ameaça no apoio entre gerações, mais ainda do que a diminuição da fecundidade ou da alteração da estrutura familiar (Meil, 2006). As tendências e os padrões de proximidade geográfica entre pais e filhos influenciam os contactos intergeracionais e maiores distâncias entre pais e filhos são comparadas a relações familiares fracas (Malmberg & Pettersson, 2007, p. 698). No nosso estudo verificamos que os cuidadores, como beneficiam de um suporte formal deficitário, apresentam uma elevada vulnerabilidade física e os beneficiários encontram-se bastante dependentes, valorizam mais o apoio prático do que os outros tipos de apoio fornecidos pelos filhos distantes. Neste sentido, a distância geográfica dos filhos contribui para a incapacidade dos filhos providenciarem cuidados instrumentais e conseqüentemente para uma desresponsabilização dos filhos na prestação de cuidados informais.

O emprego remunerado dos filhos tem, também, um efeito negativo na prestação de cuidados informais (Giacomin et al., 2005, p. 1513; Mentzakis et al., 2009, p. 301), impedindo-os de prestar apoio regular aos pais. As questões laborais e a situação económica do país ressaltam no discurso dos cuidadores.

“Porque os filhos vão trabalhar, o que é que eles vão fazer? Não podem estar a aturar como eu estou agora a ajudá-la não é. É difícil! Eles agora é que não podem, pois eles auxiliavam-me muito, todos os dias. Agora há patrões que não pagam. Um foi para a Suíça e lá deixou a casinha ir para o banco, lá foi a casa para o banco. E não podem mesmo!”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

As obrigações familiares dos filhos, nomeadamente o estar casado (a), ter filhos, ter uma casa, apresentam-se como fatores importantes para a desresponsabilização dos mesmos na prestação de cuidados. Os cuidadores sentem que os filhos têm vidas muito “atarefadas” e que não os devem incomodar (Giacomin et al., 2005, p. 1513).

“Os meus filhos têm dois filhos cada um, andam a trabalhar. As filhas, à noite, têm as vidas delas: têm os maridos e os filhos...”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“A minha filha não pode, tem os filhos na escola, ela só tira os dias para levar a mãe ao médico e trata da medicação.”

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

“A filha está casada e está fora, pronto. O filho está casado, está fora e também tem a vida dele, também tem os filhos.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

Por fim, a existência de relações frágeis entre pais e filhos também contribui para que os cuidadores desresponsabilizem os filhos pela prestação de cuidados e que estes assumam isoladamente a prestação de cuidados.

“Faço-o, porque me vejo sozinha dentro de quatro paredes. Eu vou-lhe ser muito sincera, como achei que os meus filhos não tiveram amor, a não ser da mãe, eu custa-me muito chegar aos filhos, muito, muito... Eu pensei assim: eu não posso, não tenho saúde, os filhos não vêm, isto vai ser bonito... Eu faço-o, porque não tenho mais nenhuma alternativa.”

(F 17, 72 anos, cuida do marido, 75 anos, com problemas de alcoolismo)

“Os filhos, nenhum se importa. Eu que vou fazer?”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

As imposições circunstanciais contribuem para uma maior responsabilização e interiorização do papel de cuidador pelo cônjuge e contribuem para que os cuidadores sintam que não têm outra alternativa, a não ser a de prestar cuidados. A falta de alternativa ou escolha encontra-se associada na literatura a um maior stress, maior esforço físico e maiores impactos negativos na saúde do cuidador (Schulz et al., 2012; Winter, Bouldin, & Andresen, 2010).

NÃO O VOU METER NO LAR!

A prestação de cuidados ao cônjuge dependente assume-se como uma rede de segurança que permite atrasar ou evitar a institucionalização (Van Groenou et al., 2013; Hoffman & Rodrigues, 2010; Soares & Fialho, 2011). Na cultura familiarista, a institucionalização contraria a tradição de dever familiar na prestação de cuidados e os Lares de Idosos não são vistos como a melhor solução (Fonseca et al., 2010).

Na nossa investigação os cônjuges assumem a prestação de cuidados com o objetivo de respeitar e cumprir a vontade do cônjuge de não ser institucionalizado e para evitar “remorsos” ou sentimentos de culpa (INSERSO 1995). Neste sentido, os cuidadores preferem sacrificar-se na prestação de cuidados do que ir contra a vontade dos cônjuges.

“Então, como é que eu faço? Não o vou meter no Lar... Enquanto eu puder cuido... Eu já lhe tenho dito, que qualquer dia vou para o Lar. E ele diz que também vai. Mas eu não ponho a questão de o meter no Lar, porque eu sei que ele não quer ir e eu não o quero contrariar, prefiro fazer o sacrifício, mas remorsos não. Quando não puder, olhe, havemos de encontrar uma solução. Só não há remédio para a morte não é?”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

“Mas eu não o quero internar, porque sei que ele é uma pessoa que não ia gostar. É o que eu lhe digo, interná-lo eu nunca o queria na vida, se eu ficar doente não sei...”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

“Ele sempre me disse que não queria ir para o Lar e o que me custava muito era quando ele estava nos Cuidados Continuados, ele pensar que estava num Lar. Isso era a coisa que me custava mais, porque ele não queria.”

(F 25, 67 anos, cuida do marido, 72 anos, vítima de AVC)

Para a maioria dos cuidadores a institucionalização é considerada o último recurso.

“Porque, enquanto eu puder, eu quero tomar conta dele. Enquanto eu puder, para o Lar só na última.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

“Eu cuido do meu marido, porque, enquanto eu puder eu cuido dele. Se, realmente um dia, eu não puder a minha intenção é ir para um Lar, os dois. No Hospital queriam que eu pusesse o meu marido no Lar, mas eu não aceitei. Eu disse que enquanto eu

puder olhar pelo meu marido, ele lutou tanto para fazer a casa, foi ele que a fez e eu acho que não me sentia bem... Não me sentia bem.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

8.3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise aos motivos que levam os cônjuges com 50 e mais anos a assumirem a prestação de cuidados aponta para a coexistência de vários fatores. Os motivos revelados pelos cuidadores são variados e complexos e contribuem para que os cuidadores depositem em si a principal responsabilidade pela prestação de cuidados. O desejo de continuar a prestar cuidados ao cônjuge dependente “enquanto puderem” e até “esgotarem” todas as suas forças revela a existência de expectativas sociais e morais e circunstâncias materiais e sociais que pressionam os cônjuges a assumirem a prestação de cuidados, mesmo muitas vezes não se sentindo confortáveis com esta situação (Hughes et al., 2013), com a consciência de que não existem mais alternativas. Em todas as entrevistas verifica-se um discurso de desresponsabilização dos filhos pela prestação de cuidados e uma vontade deliberada dos cônjuges em quererem continuar a assumir a prestação de cuidados, mesmo com a existência de várias contrariedades. Os cuidadores conjugais sacrificam-se pelo bem-estar do cônjuge, dos filhos e pela manutenção dos valores da família e matrimónio. Estes resultados seguem em linha com os encontrados Öhman & Söderberg (2004) que concluíram que os familiares próximos que prestam cuidados informais caracterizam-se por um forte sentimento de responsabilidade.

Os motivos que levam os cônjuges 50 e mais anos a assumirem a prestação de cuidados lançam novos desafios sociais e de saúde. Os cuidadores parecem assumir demasiada responsabilidade, o que aliado à sua vulnerabilidade de saúde e ao défice de apoio informal e formal, poderá constituir uma forte ameaça à sua saúde (física e mental) e à QdV, exigindo, por isso, novas intervenções sociais e de saúde. A prestação de cuidados informais a familiares muito próximos, onde existe maior sentido de obrigação, aumenta as chances de falta de escolha (Schulz et al., 2012). Vários estudos indicam que o familialismo no suporte social pode representar uma obrigação (Kim, Knight, & Longmire, 2007; Losada, Perez-Penaranda, et al., 2010) e que o sentimento de obrigação tem efeitos nefastos na saúde física e mental do cuidador (Sayegh & Knight, 2010). Losada et al. (2010) referem que o familialismo é um constructo multidimensional com efeitos positivos e negativos no stress emocional dos cuidadores.

Quando os cuidadores percebem que a família constitui uma fonte de suporte verificam-se efeitos positivos, contudo quando os cuidadores percebem obrigação e a existência de normas de comportamentos e atitudes na prestação de cuidados verifica-se stress nos cuidadores, através de pensamentos disfuncionais que funcionam como barreiras ou obstáculos a uma adaptação positiva ao papel de cuidador. O baixo apoio informal dos cuidadores conjugais analisados poderá ter efeitos nefastos na saúde e na adaptação ao papel de cuidador. Esta realidade assume-se como um importante desafio para as políticas sociais e de saúde portuguesas que depositam na família descendente a principal responsabilidade pela prestação de cuidados, esquecendo-se de que os cônjuges, também eles idosos, prestam um apoio importantíssimo para o bem-estar da família e da sociedade, possuindo também eles bastantes fragilidades.

8.5. CAPACIDADES: ENTRE O QUERER E O PODER

8.5.1. INTRODUÇÃO

”Os cônjuges estão na primeira linha de prestação de cuidados em situações de doença e incapacidade. Prestam mais horas de assistência, e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais.”

(Paúl, 1997, pp. 106–107)

No capítulo anterior explorámos os motivos que levam os cuidadores conjugais a assumirem a prestação de cuidados e concluímos que existe um conjunto complexo de motivos que contribuem para a responsabilização dos cuidadores informais conjugais pela prestação de cuidados aos cônjuges dependentes. Neste capítulo, recorrendo à Abordagem das Capacidades de Amartya Sen (Sen, 2003a, 2003b), pretendemos analisar as capacidades (capacidades pessoais e oportunidades sociais) dos prestadores de cuidados conjugais com 50 e mais anos para a realização de cuidados corresidenciais.

A abordagem das capacidades de Amartya Sen define o conceito de Qualidade de Vida como a avaliação da capacidade para alcançar funcionalidades valiosas (Sen, 2009, p. 31). Amartya Sen (2003a, 2003b) centra-se na perspetiva da vida como uma combinação de várias funcionalidades (“doings” e “beings”) e oportunidades reais que os indivíduos possuem para alcançar funcionalidades valiosas (capacidades). Para Sen (Sen, 2009, p. 31) a capacidade de uma pessoa reflete as combinações alternativas de

funcionalidades que a pessoa pode alcançar e pode escolher. Nesta abordagem, o indivíduo assume-se como um agente que possui liberdade de escolha entre os diferentes modos de vida e que age e constrói mudanças de acordo com os seus valores e objetivos (Sen, 2003b, 2009). A liberdade de escolha assume-se como um recurso valioso na vida de uma pessoa e como uma vantagem para aceder à vida que valoriza (Sen, 2003a).

Esta abordagem vai para além da análise simplista ao rendimento e ao PIB e considera que a vida humana deve ser vista como a combinação de várias funcionalidades e capacidades. Para Sen (2003a, 2003b, 2009) as funcionalidades assumem-se como as conquistas ou resultados que os indivíduos conseguem alcançar (o que o indivíduo consegue ser e fazer). Enquanto as capacidades são as reais oportunidades de ser e fazer o que se quer, ou seja as funcionalidades que o indivíduo pode alcançar (Sen, 2003a, 2003b, 2009). Neste sentido, Sen (2009, p. 33) defende que a capacidade do indivíduo depende de uma variedade de fatores, incluindo os fatores pessoais e as oportunidades sociais. Apesar de alguns autores (Nussbaum, 2011; Robeyns, 2003) terem elaborado listas de capacidades relevantes, Sen (2004) discorda com a possibilidade de criar uma lista fixa e definitiva de capacidades. Para o autor (Sen, 2003a, 2004), as capacidades que as pessoas valorizam podem variar desde as liberdades mais elementares (saciar a fome e não estar desnutrido) até às mais complexas (ter autoestima e participar socialmente) e a sua análise pode ser utilizada com diferentes propósitos (desde a avaliação da pobreza até à avaliação dos direitos humanos e desenvolvimento humano) e realizada em diferentes condições sociais, logo a criação de uma lista única de capacidades impediria a discussão e o progresso da compreensão social.

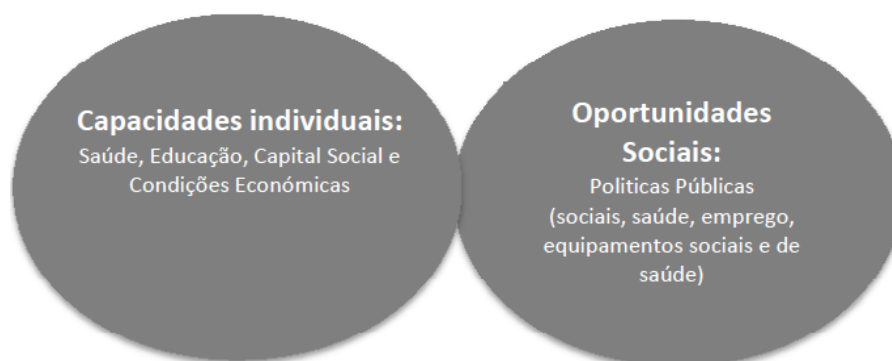
A Abordagem das Capacidades (Sen, 1999, 2003b) alerta para o facto de existirem no mundo, tanto nos países pobres como nos países mais ricos, muitas pessoas vítimas de várias formas de privação da liberdade ou incapacidades, nomeadamente através do não acesso a condições básicas (saúde, alimentação, educação, emprego, segurança social ...), a segurança económica, a liberdade política e civil. Esta realidade, segundo ao autor (Sen, 1999, 2003b), ocorre devido a processos ou oportunidades inadequadas que as pessoas possuem para realizar o mínimo que gostariam. Para Sen (2003b) a verdadeira liberdade ou capacidade consiste na remoção destas formas de privação, dando aos indivíduos mais opções de escolha e oportunidades.

A abordagem das capacidades, aplicada à realidade dos indivíduos 50 e mais anos, pretende perceber que fatores pessoais e oportunidades sociais influenciam a capacidade dos indivíduos com 50 e mais anos para prestarem cuidados informais aos cônjuges dependentes. Numa sociedade onde a responsabilidade sobre os cuidados está cada vez mais na família e no domicílio torna-se importante perceber se os cuidadores conjugais com 50 e mais anos possuem capacidades para prestar cuidados informais corresidenciais. A deteção das formas de privação da liberdade ou incapacidades a que os indivíduos 50 e mais estão sujeitos, enquanto cuidadores, é de extrema importância para a construção de políticas públicas que promovam uma maior capacitação dos indivíduos, enquanto cuidadores e enquanto cidadãos. Um maior número de opções para estes indivíduos levaria a que os cuidadores 50 e mais anos usufríssem de maiores oportunidades reais de serem e fazerem o que querem, contribuindo para a construção do tipo de vida que valorizam e para uma maior QdV.

8.5.2. CAPACIDADES DOS CUIDADORES CONJUGAIS

Através da Análise de Conteúdo das entrevistas semiestruturadas aos cuidadores conjugais com 50 e mais anos concluímos que a capacidade para prestar cuidados informais conjugais nos indivíduos com 50 e mais anos é influenciada por um conjunto de capacidades pessoais que se agrupam em quatro categorias (saúde, educação, capital social e condição económica) e um conjunto de oportunidades sociais que envolvem as políticas públicas (sociais, de emprego e de saúde e equipamentos sociais e de saúde) existentes em Portugal.

Figura 23. Capacidades dos cuidadores conjugais



Fonte: Entrevistas aos cuidadores conjugais, 2014

CAPACIDADES INDIVIDUAIS

1. Saúde: no limite das capacidades

Possuir uma boa saúde é uma conquista em si mesma, que contribui para uma maior produtividade e para a capacidade de converter os rendimentos e os recursos numa boa vida (Sen, 2003a, p. 55). Vários estudos confirmam esta perspetiva aplicada à realidade dos cuidadores informais, indicando que apenas os idosos com boa condição de saúde se encontram aptos para assumir a prestação de cuidados (Haberkern et al., 2012; Johnson & Schaner, 2005; Pinquart & Sorensen, 2011; Rösler-Schidlack et al., 2011). Contudo, no que confere ao cuidado corresidencial (De Koker, 2009; Mentzakis et al., 2009) e mais propriamente ao cuidado conjugal (Lavela & Ather, 2010; Pinquart & Sorensen, 2011) os estudos apontam para uma forte debilidade na saúde dos cuidadores.

Os resultados da nossa investigação estão em linha com esta última perspetiva, revelando a existência de uma forte vulnerabilidade de saúde física e mental nos cuidadores conjugais com 50 e mais anos entrevistados. Ao nível físico os cuidadores expressam a existência de comorbilidades.

“Olhe, quarta-feira fiz as análises, quinta-feira fiz um ecocardiograma, pois já há bastante tempo que ando com problemas de coração. Na sexta-feira fui fazer uma ecografia a um rim, que já não funciona, e fiz um TAC. E agora vou esperar para saber o resultado dos exames. Já fui para o Hospital com as tensões a 21-12. Ó menina a vida não é assim tão fácil, mas eu não a queria pôr assim tão difícil! Eu não conduzo, pois não estou a ter muita força nas mãos e esta perna falha-me.”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

“Para o levantar sabe como é, aquele corpo morto deitado e vesti-lo para mim é muito difícil, já não consigo muito, pois também tenho um problema na coluna. Tenho um elo das costas de está esmagado. Há coisas que eu não posso, por exemplo levantá-lo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Eu choro muito por causa da minha perna, se eu não tivesse o mal na perna, mas assim custa-me muito. Sinto-me um bocadinho revoltada, porque não consigo fazer as coisas que queria para ele.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

A nível mental, os cuidadores expressam sentimentos de tristeza e cansaço mental.

“Tomo calmantes desde que a minha esposa ficou assim. Sinto-me triste de a ver assim.”

(M 5, 81 anos, cuida da esposa, 82 anos, com doença de alzheimer)

“Não, eu não me sinto bem da minha cabeça. Tomo muita medicação e também tomo para a cabeça. “

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

A prestação de cuidados conjugais propicia também a uma certa negligência ao nível da saúde do cuidador. A sobrecarga de tarefas a que os cuidadores conjugais estão expostos, aliada à debilidade de apoio formal e informal, criam algumas dificuldades aos cuidadores, nomeadamente ao nível da disponibilidade de tempo para se deslocarem ao médico e para a realização de tratamentos necessários (ex. fisioterapia, dentista). A ausência de suporte ao cuidador faz com que muitos cuidadores não cuidem de si, por falta de alternativas de substituição.

“Tenho problemas de coluna e fazia fisioterapia, mas agora não vou porque perco muito tempo. Comecei a tratar da saúde dele e a descuidar a minha. Já não vou para a fisioterapia, nem para a piscina. Não vou, não vou, porque ele fica aflito.”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

“É muito raro ir ao médico, porque não a posso deixar só.”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

“Olhe, eu faço para os outros e para mim não faço nada. Não trato da minha saúde.”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

Na perspetiva de Sen (2003b) ter mais liberdade aumenta o potencial das pessoas para cuidarem de si mesmas. No caso dos cuidadores conjugais, a ausência de liberdade ou de oportunidades de substituição conduz os cuidadores a descuidarem a sua saúde. A baixa condição de saúde física e mental dos cuidadores condiciona-os ao nível da capacidade de prestação de cuidados, na medida em que os cuidadores conjugais com 50 e mais anos realizam um conjunto complexo de tarefas, maioritariamente prático-instrumentais. Esta incapacidade é particularmente visível na realização de tarefas de cuidado pessoal (banho/higiene, posicionamentos, muda de fralda, apoio na casa de

banho, vestir e despir e apoio durante a noite), preparação de refeições e limpeza da habitação. A execução deste tipo de tarefas encontra-se associada a um elevado esforço físico e mental, para o qual, a maior parte dos cuidadores conjugais, refere ter dificuldades em despende.

Ao nível da prestação de cuidados pessoais verificamos que a complexidade e a necessidade de apoio permanente na realização destas tarefas levam os cuidadores a irem para além das suas capacidades.

“Consigo fazer algumas coisas: o pouco faço, o muito não consigo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

Para a cuidadora F 7, o pouco são as tarefas mais leves como a supervisão e o ajudar o marido a ir à casa de banho. As tarefas mais pesadas de cuidado pessoal (higiene matinal e banho) são da responsabilidade das filhas, contudo à noite, com a ausência de apoio, a cuidadora é obrigada a executar tarefas mais pesadas e para as quais refere não ter capacidades.

“À noite não tenho apoio. Eu arrumo tudo e ele diz-me: “ ó Maria, eu queria ir para a cama”. E eu digo: “ vai desapertando a roupa que eu já vou.” Eu vou, desando a mesinha de cabeceira, ponho a toalha dobrada grossa em cima, ponho o bacio, faço tudo, ele não faz nada. Podia ter aquela agilidade, mas não... Durante a noite, para fazer chichi, ele não se põe a pé. Ele quando está bem ele faz tudo bem, mas quando ele está mais extraviado da cabeça, já molhou a forra, mas não foi nada demais... Eu estou sempre em alerta e ajudo-o a fazer chichi. Isto é triste de dizer, mas é verdade.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

Também a cuidadora F 23, 82 anos, com graves problemas de visão, artroses e bronquite relata algumas das dificuldades que enfrenta na execução das tarefas de cuidado pessoal:

“Não me sinto com capacidades. Eu não o posso deitar, eu não o posso levantar. Ele, para se levantar, eu tenho que me agarrar ao tranqueiro da porta e dar-lhe o braço, para ele se levantar um bocado. E eu já tenho dito: “ faz por te levantar, porque tu estás assim porque queres.” Eu não vejo para o lavar em termos, a minha nora diz que não tem coragem para o lavar e é amiga dele dá-lhe de comer, o lanche e tudo. Ela diz que ele tem filhos e que eles venham cá....Eu por custar, custa-me tudo! Estar a lavá-lo, estar a pôr-lhe a fralda, porque tenho que lhe por a fralda no meio das pernas e ele com uma mão firma na barriga e com a outra mão puxa para trás. E eu boto o joelho atrás para lhe firmar a fralda e para lhe apertar dos lados.”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

A incapacidade física para executar as tarefas de cuidado pessoal leva ao desespero alguns cuidadores. O cuidador M 10, 74 anos, diabético e com tensão alta, relata bem esta realidade. O cuidador refere não ter saúde, nem força para apoiar a esposa nas tarefas de cuidado pessoal.

“Custa-me pegar nela, não tenho saúde, nem força. O que custa mais é a fralda.”

(M 10, 74 anos, cuida da esposa, 73 anos, dependente devido a um vírus)

Apesar de alguns cuidadores desejarem continuar a prestar cuidados, a maior parte dos cuidadores sente que as suas forças começam a escassear.

“Eu sinto-me com coragem, mas força, vou indo com a que tenho. Ideias e coragem tenho eu, para fazer o dele e ainda mais alguma coisa, mas as forças, às vezes, são um bocado poucas, mas primeiramente está ele.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Eu, para já, vou fazendo eu as coisas, mas estou-me a sentir um bocado fracote.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

Esta realidade coloca em risco a saúde do cuidador e faz com que muitos dos cuidadores prestem cuidados no limite das suas capacidades físicas.

“Eu estive um mês e tal muito mal, agora pela Páscoa, e ainda não ando bem da cabeça e a minha cabeça ainda não anda bem. E eram os filhos que me andavam a levar para o hospital e a levar para os médicos e a cuidar de mim. Cuidavam de mim para ver se eu ainda podia cuidar do pai. Se eu deixo mesmo de não puder vai ser mesmo complicado. Todos eles têm casa.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Ainda no outro dia cai, ia-me abaixar para lhe calçar as meias, deu-me tonturas na cabeça e caí. Ele é que me botou a mão que eu ia cair para a frente e eu disse-lhe: “olha que eu não posso estar a fazer isto, que te estou a fazer, que estou doente, eu estou pior do que tu”, mas ele não se importa.”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

“Eu ainda há pouco tempo fui-lhe dar o lanche e tive que ir a correr para a casa de banho vomitar e as enfermeiras estavam aqui e disseram: “você pense bem, porque você devia internar o seu marido, você assim não consegue. Você está a ficar com um esgotamento.”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

“A gente agora se cai não se levanta e a minha médica diz assim: “você tenha cuidado e não puxe nada, porque se você cai, depois não se levanta. Pode partir uma perna, que nunca mais sara”. E eu, se ele cair, não o posso levantar...”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

Com a baixa capacidade física e mental do cuidador para a realização das tarefas prático-instrumentais verificam-se situações pouco dignas para a QdV do beneficiário de cuidados. Alguns cuidadores referem que durante o fim de semana, devido à sua incapacidade de suporte instrumental e à não existência de suporte (informal e formal), ninguém executava as tarefas de higiene aos beneficiários de cuidado.

“Nos dias em que o apoio não vem, ninguém lhe faz a higiene.”

(F 17, 72 anos, cuida do marido, 75 anos, com problemas de alcoolismo)

“Ao fim de semana ninguém lhe faz a higiene. Se for preciso, quando se suja, o meu filho vem aqui lavá-lo e assim, mas de resto não.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

Cuidar de alguém que vive conosco é uma tarefa realizada durante 24 horas, prejudicando a saúde de quem cuida e associado, muitas vezes, a numerosas noites sem dormir. Segundo Hislop, Arber, Meadows, & Venn (2005) “ (...) o sono desempenha um papel vital na saúde, bem-estar e qualidade de vida (...) ”, assumindo-se “ (...) como um espelho da vida cotidiana, o sono reflete os papéis e responsabilidades, as divisões de gênero, padrões de saúde e transições que caracterizam a vida das pessoas (...) ”. Os efeitos adversos no sono dos cuidadores são maiores nos cuidadores corresidentes, principalmente nos cuidadores conjugais ou nos cuidadores que cuidam de familiar que possui uma doença limitadora ou demência (Arber & Venn, 2011). Na nossa investigação grande parte dos cuidadores conjugais refere ter dificuldades na prestação de apoio durante a noite.

“... vou-lhe dizer o que me custa mais é levantar-me de hora a hora, durante a noite, para pôr a mulher a fazer xixi. Essa é a que me custa mais. Porque estou a pegar a dormir e ela volta a chamar. Ainda hoje fui às duas horas, eram três e quinze, tenho o relógio na mesinha de cabeceira e sei, eram quatro, não chegou a uma hora hoje, às cinco e meia e seis e meia que foi quando ligou a luz da via pública e às sete já estava a chamar outra vez... Essa a mim custa-me!”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

“Esta noite era sempre: “ó Maria, ó Maria.” E eu dizia: “o que queres? E ele: “olha porque é assim, porque é assado...” E fala alto. Nós comemos na casa da nora e ele dizia que a comida de lá estava salgada: “ó Maria eu tenho a garganta seca, vê lá se ma molhas! Ó Maria, eu queria ir à casa de banho”. Quer dizer, estava sempre Maria, Maria, Maria.... Ele esta noite chamou por Maria mais do que 50 vezes e eu, às vezes, até nem lhe falava. À noite não tenho apoio.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“À noite janto e depois, durante a noite, eu levo uma vida horrível, uma vida triste, porque é como disse à menina de duas em duas horas tenho que vir aqui a ela. E depois a canseira que eu tenho de não deixar passar mais do que aquele tempo que ela esteja a sofrer. É a canseira de que naquelas horas esteja acordado. Sinto-me triste, porque não tenho o descanso que devia ter...”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

A inexistência de apoio durante a noite contribui para que os cuidadores não descansem e se sintam cansados.

“A minha cabeça anda cansada, de eu não ter dormido. Ando pior da cabeça. Não durmo, ando aborrecida...”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

“Há noites que eu pouco durmo, ele não me deixa dormir. Há noites que ele faz assim uns barulhos quase toda a noite e eu quero dormir e não posso e para mim eu acho que é ele a querer falar, porque ele não fala.”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

“Querida dormir a noite toda. Às vezes ando meio passado, ponho-me a lembrar muitas coisas, que até me pode dar qualquer coisa também a mim, por não ter o descanso suficiente.”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

A noite é também um período onde os apoios escasseiam e apenas os cuidadores que moram com alguém, para além do cônjuge, contam com algum com apoio. Os cuidadores que vivem apenas com o cônjuge referem este período como difícil, na medida em que para alguns cuidadores a noite é continuar da execução das tarefas realizadas durante o dia:

“...ela precisa sempre de mim sempre, até de noite para isto ou para aquilo. À noite, se estiver frio, tenho que me levantar para a cobrir, se tiver o saco cheio de xixi tenho que o despejar. É assim...”

(M 10, 74 anos, cuida da esposa, 73 anos, dependente devido a um vírus)

“À noite é que é pior! À noite eu fico muito cansada, pois não tenho apoio nenhum.”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

Em caso de necessidade de apoio os cuidadores que vivem apenas com o beneficiário de cuidados recorrem aos mais próximos fisicamente:

“Tenho que chamar um cunhado e uma irmã da minha esposa que moram perto e ela tem aqui mais irmãs aqui pertinho. Se for preciso chamo por eles.”

(M 15, 86 anos, cuida da esposa, 79 anos, com doença de Alzheimer)

Muitos cuidadores revelam incapacidades na preparação das refeições, principalmente no jantar e nas refeições durante o fim de semana, períodos nos quais o SAD não funciona.

“Não sou capaz de fazer comida.”

(F 8, 65 anos, cuida do marido, 65 anos, com depressão e alcoólico)

“Cozinho, mas custa-me. Mas tem que ser. É quase à força, mas...”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“Fazer o comer à noite. É uma coisa que não faço por gosto, mas tenho que me esforçar e fazer... As filhas, à noite, têm as vidas delas: têm os maridos e os filhos... O que me custa mais é à noite saber que tenho que fazer o comer por via do meu marido.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

Alguns cuidadores optam por comprar as refeições, implicando um custo extra.

“Ao fim de semana as meninas não trazem a comida e eu, raramente cozinho, vou buscar ao restaurante.”

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

A falta de serviço de refeições do SAD ao fim de semana faz com que os cuidadores tenham que assumir a preparação das refeições, muitas vezes sem saber cozinhar. O

cuidador M 19, de 78 anos recebe, durante a semana, o serviço de alimentação do SAD, contudo ao fim de semana assume a tarefa de cozinhar, sob a orientação da sua esposa.

“Ao fim de semana ela senta-se aqui neste banquinho da cozinha e diz-me tudo e eu cozinho.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

A preparação das refeições é considerada uma tarefa difícil de gerir para alguns cuidadores. A cuidadora F 12, de 70 anos, cuida do marido vítima de AVC, com 80 anos, refere que durante a semana tem que preparar o jantar, para não jantar a mesma refeição do almoço, e ao fim de semana tem que confeccionar o almoço e o jantar. As refeições do SAD são entregues na hora do almoço e muitos dos cuidadores só guardam a sopa para o jantar, optando por confeccionarem, eles próprios, o jantar. Para a cuidadora F 12 estas tarefas contribuem para uma sobrecarga de trabalho.

“ Faço o jantar durante a semana e a comida ao fim de semana. Estou muito sobrecarregada, porque o apoio não funciona ao fim de semana e durante a semana tenho que fazer o jantar, para não estar a comer o que já comi no almoço.”

Para além da preparação das refeições, a preparação dos alimentos é um ato de muita responsabilidade para os cuidadores. Ter que partir e passar a comida, assim como administrar comida pela sonda, constituem algumas das tarefas que exigem um conjunto de esforços, raramente valorizados na prestação de cuidados.

“Tenho que partir a comida, partir a carne e cortar tudo muito cortadinho e juntar com o resto da comida, senão não vai nadinha. Eu uma vez já o safei da morte. Ele engasgou-se e consegui-o safar.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

“Vou fazer a comida e depois venho para a beira dela, porque para ela comer a comida, uma esparguete ou uma massinha, tem que ser tudo bem partidinho. Parto-lhe o esparguete ao centímetro... Faço a comida e depois sento-me à beira dela e parto-lhe tudo e também para lhe fazer companhia compreende?”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

Os cuidadores revelam ainda incapacidades ao nível da limpeza da habitação. Os cuidadores que possuem apoio informal, os familiares realizam estas tarefas principalmente ao fim de semana. Os cuidadores que não possuem apoio informal

optam pela contratação de serviços formais (quem tem poder económico) ou tentam realizar esta tarefa isoladamente (quem não tem apoio económico).

“Custa-me fazer muitas coisas, eu tentei fazer uma limpeza à cozinha, mas não consigo.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

Relativamente à saúde dos cuidadores conjugais corresidenciais, concluímos que a vulnerabilidade de saúde física e mental dos cuidadores compromete a eficaz prestação de cuidados, através da dificuldade ou incapacidade de execução de cuidados pessoais, preparação de refeições e limpeza da habitação. Também as características do cuidado e o débil apoio formal e informal impossibilitam os cuidadores de acederem a cuidados de saúde, contribuindo para um agravamento do estado de saúde dos cuidadores e consequentemente para uma diminuição da capacidade de prestação de cuidados.

Os cuidadores prestam cuidados no limite das suas capacidades de saúde para garantir o bem-estar do cônjuge e dos descendentes. Contudo, as incapacidades de saúde do cuidador, para além de contribuírem para um agravamento do estado de saúde do mesmo, aceleram o processo de institucionalização do cônjuge dependente (McCann et al., 2004). Pior condição de saúde encontra-se associada ainda a má QdV (Yang et al., 2012) e a maior dificuldade na execução das tarefas de cuidados (Navaie-Waliser et al., 2002).

2. Educação

A capacidade de exercer a liberdade depende da educação (Sen, 2003a). Segundo Sen (2003a), maior educação ajuda a aumentar a produtividade, contribui para uma melhor distribuição da riqueza nacional pelas pessoas, ajuda a converter os rendimentos e os recursos em melhores funcionamentos e maneiras de viver e promove escolhas mais inteligentes entre os diferentes tipos de vida que as pessoas podem usufruir. Com a promoção dos cuidados domiciliários e a transferência de tratamentos médicos para o contexto domiciliar, os cuidadores conjugais desempenham tarefas de extrema responsabilidade e de alguma complexidade. O baixo nível educacional dos cuidadores constitui um tipo de incapacidade para a prestação de cuidados e para o próprio cuidador.

A execução de tratamentos complexos (ex. administração de insulina, medição de diabetes, medição da tensão arterial), a preparação e administração de medicação, o

conhecimento das doenças e análise de sintomas são tarefas que exigem competências educacionais. A ausência destas competências contribui para uma menor consciência da exigência da prestação de cuidados, vendo nesta atividade uma simples extensão da relação familiar e não sentindo a necessidade de apoio especializado. Na nossa investigação alguns cuidadores revelam desconhecer as doenças do cônjuge e os sintomas associados. Este desconhecimento traz sofrimento para alguns cuidadores, que vivem constantemente preocupados com a busca da cura para a doença do seu cônjuge, e leva alguns cuidadores a ignorarem sintomas e a criarem situações menos positivas para o cônjuge dependente.

“O meu marido tem aquela doença que o falecido Papa tinha, elas nem me querem dizer (Parkinson). Ele toma muitos medicamentos, fala desacertado, a gente não pode dizer nada, que ele revolta-se e eu digo: “homem tem calma que isto é para teu bem”. Ele verga-se muito, parece que tem malota e ele revolta-se muito. Ele é diabético, mas eu não sei nada disso! É a minha filha que anda por de volta disso. Eu não me importava de dar nem que fosse 300€, mas que ele melhorasse. Eu sei que ele não sara, mas ao menos que melhorasse. Olhe, não sei, ele hoje não andava bem e tem emagrecido muito. Ele já pesou 80kg, agora está com 50kg. Ele anda fora do normal que andava. Fala à sorte, enerva-me e irrita-me e os filhos dizem que esta doença não é de tratar! Gostava que alguém me explicasse verdadeiramente o que é a doença do meu marido. Só me dizem: “você não sabe a doença que o pai tem, o pai tem a doença do falecido Papa João Paulo II e é uma doença que não tem cura”. E eu agora, quando digo para ir ao médico, elas (filhas) dizem-me: “você não sabe que a doença dele não tem cura”. Mas há sempre um medicamento para atuar...Enquanto há vida há esperança, não é?”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Já há muitos anos que ele andava um pouco esquecido, mas a gente nunca pensava que era isto (Alzheimer). Só quando foi ao médico é que o médico disse que era um cansaço na cabeça e que isto não tem remissão nenhuma.”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

Outros cuidadores, apesar de terem acesso a formações e a serviços especializados, desvalorizam este apoio e consideram-se capazes de executar tarefas especializadas e substituir os profissionais qualificados.

“O que eu aprendi foi no Hospital, quando estive internado (sobre a prestação de cuidados). Já fui a reuniões no Hospital e não aprendi nada. Vi uns slides com umas imagens de como se tratava um doente, como se pegava, levantava, essas coisas. O que eu vi lá, eu faço em minha casa e ninguém me ensinou. Não é preciso, vir para aqui, ver

isso e nunca mais lá apareci. Não aprendi nada. O que lá estavam a ensinar já eu sabia e eu ia mais à frente. Na maneira, como eu vi lá a fazer tratamentos, eu ia mais à frente. Por exemplo: as pernas, da minha mulher, a pele sai com facilidade e arrebentaram os calcanhares, os dois. E vinha aqui uma equipa de enfermeiras do Centro de Saúde, de onde ela é. E um dia, eu vi a fazer pensos no hospital ou no pronto de socorros da unidade, eu via a fazer isso e tenho cara, mas não sou assim tão burro quanto pareço. Agora sou que faço!”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

A gestão da medicação é uma tarefa para a qual muitos cuidadores revelam incapacidades.

“... veio-me agora à ideia que me esqueci de lhe colocar o selo. Ela ainda tem o velho e tenho que o tirar e pôr este e controlar para amanhã o pôr à mesma hora. Passou-me completamente... Tomamos o pequeno-almoço e estava com a ideia de lhe mudar o selo e depois passou-me completamente. Até agora era um comprimido, mas agora este especialista passou-lhe estes selos. Esqueci-me completamente.”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“Eu ainda tenho cabeça para preparar a medicação. Ainda esta noite não dormiu nada, mas depois dei-lhe um comprimido dos meus para dormir e depois já dormiu! Olhe, dormiu até ao meio dia.”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“Eu sou responsável pela minha medicação, pela medicação dele, mas como ele não a tomava, e ele está mais fino que eu. Eu nem sei se ele a toma e tem um medicamento para o coração que ele tem mesmo de o tomar...”

(F 17, 72 anos, cuida do marido, 75 anos, com problemas de alcoolismo)

Alguns cuidadores não sabem utilizar os meios de comunicação, especificamente o telefone.

“Eu não sei marcar números no telefone e ele também não, nós só recebemos chamadas.”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“Atender o telefone atendo bem, mas marcar os números peço à minha filha.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

O baixo nível educacional constitui também uma barreira à exposição das suas necessidades, através do não reconhecimento das mesmas, do desconhecimento da existência de apoios/serviços e principalmente pela ausência de capacidade de reivindicação social.

“Olhe não sei, não sei a gente vai arremediando... Nós vamo-nos remediando... Já se remedeia, se não nos tirarem mais... Isto agora estão sempre a tirar... (Estado)”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“Quando estamos habituados a ter um carro e não temos possibilidade para o ter, temos que andar em meios de transporte público ou a pé. Da maneira de que como o mundo está hoje não podemos exigir mais. Se puder conservar como está, as pessoas virem aqui a casa e que eu possa, já está bom. Se eu não pudesse gostaria que ela tivesse um lar que se possa ocupar dela enquanto eu não possa.”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“No dia-a-dia atual está bom, não é bem como eu queria, mas vai-se vivendo com o que se tem”.

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

Maior educação facilita a verbalização e discussão das necessidades e promove maior mobilização coletiva pela persecução dos direitos sociais. Na nossa investigação verifica-se alguma resignação por parte dos cuidadores acerca da situação em que viviam e um certo desconhecimento sobre os apoios sociais e de saúde existentes.

“Eu, no início, não queria que o Apoio Domiciliário viesse cá, mas depois a senhora dos cuidados continuados é que falou sobre essa possibilidade. Eu não sabia destas coisas, agora enquanto o dinheiro der para estas coisas vamos beneficiando.”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

Segundo Rogero-García & Rosenberg (2011) os cuidadores mais escolarizados solicitam mais suporte (pago e não pago), comparativamente com os cuidadores com menor escolaridade, esta realidade encontra-se relacionada com fatores económicos, associados ao maior nível de escolaridade, e a maior capacidade de exprimir necessidades. A baixa educação dos cuidadores constitui um fator que limita a capacidade de prestação de cuidados. Menor educação conduz a uma prestação de cuidados menos consciente e eficaz, a maiores riscos para o cuidador e pessoa cuidada, a um trabalho solitário, devido ao desconhecimento da existência de respostas de apoio

e da utilidade das mesmas, e a uma menor consciência das suas próprias necessidades e das necessidades dos beneficiários de cuidados. Ao nível pessoal, a baixa escolaridade limita a capacidade de reivindicação social dos seus direitos, enquanto cidadãos, e impossibilitou a participação social e a promoção da saúde.

3. Capital Social

O capital social assume-se como uma matriz de contactos sociais que fornecem acesso a apoio social, emocional e prático (Gray, 2009, p. 6) e que pode ser medido através da vizinhança local, rede social e participação cívica (Li, Pickles, & Savage, 2005, p. 120). Segundo Gray (2009) o capital social é um recurso individual e coletivo, parcialmente desenvolvido pelo passado do próprio indivíduo e pelas suas atividades atuais, mas também é um recurso coletivo que depende de outros indivíduos, de normas e valores vigentes. Neste sentido, o capital social assume-se como a confiança que os indivíduos possuem nas redes, resultando em apoio social (Gray, 2009, p. 8).

Os resultados da nossa investigação revelam uma fragilidade ao nível do capital social. Relativamente aos vizinhos, apenas uma cuidadora refere ter contacto frequente com os vizinhos:

“À tarde, às vezes, vou até ali a uma vizinha, só um bocadinho! Ele (cônjuge) diz que vai dar uma voltinha e eu vou até ali. Também a gente está sempre aqui em casa e às vezes vou lá, outras vezes elas vêm aqui também.”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

Para os restantes cuidadores, os vizinhos são apenas referenciados em situações de emergência:

“Quando preciso de sair de urgência, vou ali a uma pessoa vizinha, a ver se vem aqui para eu sair.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Há um tempo atrás ela caiu ali fora da porta e quando os vizinhos chegaram ela estava em hipotermia.”

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

“Ele já caiu na banheira e eu tive que berrar pelos vizinhos, porque não o podia erguer...”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

Apesar dos vizinhos não apoiarem permanentemente os cuidadores conjugais ao nível prático e emocional, como referido em outros estudos (Pommer et al., 2007), eles constituem um importante recurso em caso de emergência, devido à sua proximidade física (McGarry & Arthur, 2001). Relativamente aos amigos, apenas uma cuidadora referiu ter apoio emocional vindo de uma amiga:

“Falo sobre os meus problemas com uma amiga”.

(F 8, 65 anos, cuida do marido, 65 anos, com depressão e alcoólico)

Quanto ao apoio familiar, este caracteriza-se, como já referido anteriormente, por ser pontual ou cirúrgico, ou seja direcionado para determinados períodos do dia e da semana. A inexistência de políticas para os cuidadores informais descendentes (flexibilização laboral, atribuição de subsídios, valorização do papel de cuidador como um trabalho), a crise económica, a crescente emigração (limita a capacidade de cuidado instrumental), a diminuição da coabitação e a valorização da independência dos filhos criam algumas dificuldades ao nível do suporte informal familiar.

“Os filhos vêm cá visitar, mas tomara a eles, que nós os pudéssemos ajudar a eles. De manhã entram cedo, à tarde largam tarde e hoje a vida dos jovens não é fácil, é complicada, e ainda vai mais ou menos, enquanto há emprego.”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

Os filhos apoiam quando podem e prestam um apoio essencialmente cirúrgico (de manhã, ao final do dia, ao fim de semana, em situações de emergência ou nunca).

“É assim: às sete horas ponho-o a pé, porque elas também têm que ir trabalhar, depois à uma menos dez eu tenho que o ter prontinho, porque uma minha nora que trabalha cá e tem carro vem o pôr na cama comigo. Depois as meninas do centro vêm e fazem-lhe a higiene e depois vai para o cadeirão e depois à noite elas (noras) vêm ajudar-me a pô-lo na cama. E depois no outro dia às sete é tudo novamente, isto é uma rotina, ali certinha.”

(F 25, 67 anos, cuida do marido, 72 anos, vítima de AVC)

As características das redes dos cuidadores são importantes na sobrecarga do cuidador (Tolkacheva, Broese Van Groenou, Boer, & Tiburg, 2011). Quantos mais cuidadores estiverem envolvidos e o maior número de tarefas for partilhado, menor número de horas de cuidados serão providenciadas pelo cuidador e menor sobrecarga será vivenciada pelo cuidador (Van Groenou et al., 2013; Tolkacheva et al., 2011). O

suporte social é extremamente importante na prestação de cuidados (Gray, 2009). Quando o cuidador possui baixos níveis de sobrecarga ele conta com uma rede de apoio maior, partilha tarefas com outros durante um longo período de tempo e partilha mais tarefas (Tolkacheva et al., 2011). Contudo se existirem divergências dentro da rede de suporte a sobrecarga tende a aumentar.

A nossa análise revela que quando o apoio familiar é negociado e consistente os cuidadores não sentem diferenças entre a semana e o fim de semana, na medida em que os familiares substituem estrategicamente as tarefas realizadas pelo SAD e os cuidadores sabiam que podiam contar com esse apoio.

“Não é tudo igual, porque tenho apoio familiar. Ao fim de semana as minhas noras é que dão banho.”

(F 25, 67 anos, cuida do marido, 72 anos, vítima de AVC)

“Ao fim-de semana quem faz a higiene são as minhas filhas. Vem a minha filha e o genro e ele ajuda, fazem tudo! Esta filha que está a vir agora, no Domingo dela, ela está aqui sempre, come aqui, traz o comer, comemos aqui todos e depois vamos dar uma voltinha, fica aqui um filho dela, fica aqui com o avô e depois vamos dar uma voltinha. Vamos aos supermercados é o costume.”

(F 22, 79 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Não, para mim, é tudo igual. Não sinto diferenças entre a semana e o fim de semana”

(M 5, 81 anos, cuida da esposa, 82 anos, com doença de alzheimer)

Quando o apoio informal não existe ou é inconsistente os cuidadores sentem-se mais sobrecarregados aos fins-de-semana, na medida em que, também o SAD é quase inexistente neste período da semana (apenas um cuidador beneficia de apoio diário, contudo ao Sábado e domingo este apoio só funciona durante a manhã). A existência de vários filhos e de uma boa relação familiar faz com que alguns filhos se organizem estrategicamente no apoio aos pais dependentes. Quantos mais irmãos ajudarem na prestação de cuidados, menor é a provisão de apoio individual (Callegaro & Pasini, 2008). A comprovar esta situação, a cuidadora F 4 refere que apenas recebe o serviço de refeição do SAD, o restante apoio está estrategicamente dividido pela família.

“Quando precisamos de ir a algum lado é a minha filha! Já foi assim tratado. Quando eu saí do Hospital eles (filhos) fizeram assim este contrato. Quem paga as contas é o meu filho, isso é com o meu filho! A minha nora é que faz limpeza ao

Sábado. Ao Sábado e ao Domingo não há comida do Lar e vamos comer ao meu filho ou à minha filha. O meu filho vem cá de manhã, antes de ir trabalhar e depois à noite vem às sete. Ele lá cansado tem... “

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

Neste sentido, Rodríguez-Sánchez et al. (2011) referem que a funcionalidade familiar assume-se como um importante preditor de QdV dos cuidadores. Quando o cuidador tem muitos filhos, o apoio tende a ser estrategicamente dividido pelos filhos, com as tarefas prático-instrumentais e tarefas domésticas a serem realizadas principalmente pelas filhas.

“Eu cuido da casa durante a semana, eu cozinho, eu lavo a loiça, eu arrumo e ao fim de semana vêm duas filhas. Tenho ali uma escada, elas fazem a escada para um ano e se às vezes uma não puder elas trocam entre elas, mas tenho sempre aqui duas filhas ao sábado à tarde. Tenho 5 raparigas e 3 rapazes, mas esta escada é só para as raparigas.”

(M 20, 73 anos, cuida da esposa, 73 anos, com artroses)

“É uma semana cada uma das filhas a vir aqui. Tenho cinco filhos: quatro raparigas e um rapaz. Entre as raparigas, cada semana vem uma aqui, todos os dias à noite e de dia também. Ao fim-de-semana quem faz a higiene são as minhas filhas...

Vem uma filha e o genro e ele ajuda, fazem tudo.”

(F 22, 79 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

Os dados confirmam ainda que as filhas são as que prestavam maior suporte regular ou intensivo (Byrne, Goeree, Hiedemann, & Stern, 2009; Schmid et al., 2012, p. 40) e que os seus maridos são mais propensos à prestação de cuidados do que as noras (Byrne et al., 2009). Quando o cuidador tem poucos filhos deixa de existir diferenças de género nas tarefas executadas. Ter poucos irmãos, ter boa relação com os pais e uma maior proximidade física parecem contribuir para um maior apoio entre filhos e os pais (Stuifbergen et al., 2008).

“Tenho 3 filhos rapazes, mas só um é que vive em Braga. Todos os dias o meu filho vem cá para a deitar a mãe e vem outra vez à meia-noite para a virar.”

(M 10, 74 anos, cuida da esposa, 73 anos, dependente devido a um vírus)

“Eu ajudo a cuidar da casa, mas o meu filho vem aqui ao sábado e dá uma limpadela, porque a minha filha também trabalha ao sábado e depois ela vem aqui à noite dar uma vigia, para ver se está bom.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

A prestação de cuidados conjugais, aliada ao baixo capital social leva alguns cuidadores a um isolamento emocional:

“Às vezes lá desabafo com os meus filhos, mas não quero... estou cá na minha vidinha e tento resolver as coisas sozinha.”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

“Não falo com ninguém... Rói só... É a vida...”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

“Olhe, para já da família não tenho apoio nenhum! A minha família, eu costumo brincar, tenho a impressão que a minha família está toda no Limoeiro. Não sei se recorda-se do Limoeiro? Era um presidio no tempo do Salazar, um sítio muito frio, com muita água. Porque não querem saber de mim para nada. Se eu precisasse estava morto, mas graças a Deus até ver não preciso. Preciso de quem me ajude, mas não preciso de gente que me coma!”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

E a vivenciarem sentimentos de incompreensão:

“Se eu tiver um problema tento resolvê-lo sozinho. Se eu falo com os meus filhos já sei a resposta: é um pontapé! Fiz-me entender? Nunca me respondem à pergunta que eu faço, mas todos eles.”

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

“Falo com as filhas, mas elas não entendem o que eu digo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

A prestação de cuidados também se encontra relacionada com uma diminuição da participação social.

“Gostava de sair, mas não posso. Gostava de ir à missa e ter as minhas borgas e de sair sem preocupações. Nem é bom lembrar! Depois tinha as minhas borgas também que eu também andava e ele nunca se importou. Eu ia todos os anos cantar os Reis, seis anos seguidos. No mês de janeiro andávamos o mês todo e agora acabou tudo. Outra coisa era sair, ir para aqui e para acolá, ia para a feira porque não tinha a responsabilidade que tenho agora. Agora não posso ir, quando vou vai a filha ou o rapaz levar-me e esperam por mim e venho a correr para casa, agora até nem tenho convivência com ninguém. Ia para o campo, ia para ali ou para acolá, ia a mais eles

porque não tinha a responsabilidade que tenho agora. Agora é complicado. Agora morreu tudo e para a cabeça não é fácil, não é fácil.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Antigamente a mulher dizia-me assim: “ò homem vai para a pesca” e eu pegava no carro e perguntava-lhe: “ não queres vir?”. Ficava alguém com a miúda e ela não queria ir e eu não ia também. Hoje ela diz-me o contrário: “raios parta a pesca, que só andas na pesca”. E eu só vou ao fim de semana. Dantes fazia um treininho à quinta, agora não o faço. Fazia provas ao sábado e ao domingo e agora não as faço, porque não posso ficar fora de casa. Porque as provas do campeonato são feitas ao sábado e ao domingo e em nacionais não é aqui próximo, é em Penacova, para lá de Coimbra....”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

A menor participação social por parte dos cuidadores faz com que alguns cuidadores considerem a prestação de cuidados uma “prisão”, um “sacrifício” e a associem à ausência de liberdade (Öhman & Söderberg, 2004).

“Fiquei preso, privado de muitas coisas... Gostava de dar uma voltita, confesso, de ir até à cidade um bocadinho e se pudesse ia tomar um cafezito com um amigo ia ou ler o jornal sossegado. Se você tiver assim uma prisão e estiver habituada a ir com as amigas ao café ou conversar um bocadinho, que também dá jeito para espalharmos um bocadinho as ideias, e deixar de estar sempre a pensar no mesmo. Gosto muito de ver futebol. Quando joga gosto de ir ver ao café, pois não dá aqui na minha televisão, gostava de ir, mas agora ela não fica sozinha sem mim....”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“Dantes ia dar a minha voltinha e agora não. Não posso ir para lado nenhum.”

(M 10, 74 anos, cuida da esposa, 73 anos, dependente devido a um vírus)

“Eu sinto-me bem, mas gostava de ter mais liberdade não é. Ir aonde quisesse ir.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

Alguns cuidadores sentem que a prestação de cuidados os afasta e os impede de estar com os amigos.

“Nós desde que atingimos uma determinada idade não temos valor para nada, por muitos amigos que a gente tenha, centenas de amigos... Enquanto a gente mexer as pernas temos centenas de amigos atrás de nós. Dou-lhe essa experiência. A gente começa a não aparecer, começa a ter dificuldades. Ó pá, tu ontem não vieste e eles

pensam aquele cavalheiro que há três ou quatro dias falha. Portanto deixamos de ter as pessoas que nos querem bem. E não temos préstimo para tal, para eles... Infelizmente faz-se tudo por interesses.”

(M 3, 79 anos, cuida da esposa 88 anos, dependente devido a fratura e a uma filha, 57 anos, dependente devido a uma meningite)

“Deixei de ir visitar os amigos, que tanto gostava, e vou ao café e venho logo rápido, porque tenho medo que, às vezes apareça algum telefonema.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

Os cuidadores revelam ainda que a prestação de cuidados conjugais os limita ao nível da prática religiosa.

“A única coisa que eu gostava era de ir à missa. Deixei de ir à missa, porque, pronto, desde que ela ficou assim doente e eu não a posso deixar só. Agora tenho ido às vezes à missa à sexta-feira à tarde quando está aqui aquela senhora. Nas sextas-feiras que ela vem cá eu dou uma fugida para ir à missa.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Logo pela primeira era aos Domingos ia à missinha, era a primeira coisa, agora não vou, porque não posso. Agora ainda pior, porque às 8 horas, a hora que é a missa, eu tenho que lhe dar a medicação.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

Os sentimentos de responsabilidade e a dedicação dos cuidadores contribuem para que os cuidadores abdicuem (de uma maneira natural ou condicionada) das atividades de sociais, de lazer e religiosas para cuidarem dos seus familiares (Bedini, 2002). Na nossa investigação verifica-se ainda a existência de uma priorização das necessidades dos beneficiários de cuidados em detrimento das necessidades dos cuidadores (Aoun, Kristjanson, Currow, & Hudson, 2005; Bohm & Carlos, 2010).

“Às vezes elas até dizem assim: “quer vir dar um passeio a tal banda” e eu digo: “não”. Quero-me em casa, à beira dele. Quando ele tinha a saúde toda, íamos passear aos domingos. Ele dizia: “vamos até Viana?” E íamos no comboio até Viana. Ele ficou doente e eu nunca mais fui para banda nenhuma, porque não quero. Não quero sair da beira dele. Gosto de estar aqui à beira dele.”

(F 22, 79 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Não, enquanto ele estiver assim, não quero sair. Dantes saía, ia fazer visitas a doentes e agora não posso. Também ia passear e agora só vou se as noras ficarem com ele, mas mesmo elas a ficarem com ele, eu não sei, eu ando por lá, mas estou sempre

com o pensamento nele, sempre, sempre, não sei... Elas começam a dizer: “ você vá, você vá”, quando havia passeios para os idosos. Elas dizem: “você vá que nós tomamos conta dele. Mas a gente anda por lá, mas o pensamento anda sempre por cá.”
(F 25, 67 anos, cuida do marido, 72 anos, vítima de AVC)

A diminuição do tempo social é algumas vezes acompanhada pelo sentimento de saudade do tempo em que dispunham dessa oportunidade, levando alguns cuidadores a experienciarem sentimentos negativos e a sentirem-se mal com isso.

“Com a doença dele, Deus me perdoe, foi também o meu mal, porque comecei a parar. Deixei de passear, de fazer romarias a pé, que eu muito gostava e andar e agora pronto. Às vezes convidam-me para fazer caminhadas, mas eu não vou. Primeiro está ele, isso é uma verdade. Quando vou à feira, ando sempre aflita. Eu dantes se fosse à feira ia sempre falar com uma senhora que trabalha numa loja, ao tempo que lá não vou...”

(F 24, 72 anos, cuida do marido, 77 anos, com doença de Alzheimer)

Podemos assim dizer que as exigências do cuidado diminuem a participação dos cuidadores nas atividades sociais e de lazer (Bedini, 2002; Bocchi, 2004; Jani-Le Bris, 1994; Sousa et al., 2006; Stevens et al., 2004). Esta diminuição ou até mesmo ausência das atividades sociais conduzem os cuidadores a uma dupla negatividade: o cuidador tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais e fragiliza as que tinha e perde oportunidades de encontrar apoio social (Sousa et al., 2006). A diminuição dos contactos sociais pode provocar um isolamento social e conseqüentemente agravar a saúde e o bem-estar do cuidador familiar (Sequeira, 2007). Verifica-se assim um ciclo vicioso que contribui para um aumento da sobrecarga do cuidador: a sobrecarga a que os cuidadores estão expostos limita o seu tempo livre (Bocchi, 2004) e a incapacidade de usufruir de tempos de lazer, de férias, de fins-de-semana e a perda de liberdade contribuem para a sobrecarga no cuidador (Garret, 2005). Neste sentido, o cuidador sofre um isolamento social resultante da falta de tempo para si e para as suas atividades sociais habituais (Galvin et al., 2010), principalmente se o grau de dependência do beneficiário de cuidados for elevado (Joshi, 1995). A perda das atividades de lazer encontra-se relacionada com stress e problemas de saúde (Bedini, 2002), inversamente o envolvimento e a participação social contribuem para um envelhecimento com êxito (Spar & Rue, 2005).

O lazer e a atividade social constituem aspetos importantes para a manutenção da integridade física e mental do cuidador, tornando-o mais disponível e capaz para o

cuidado ao idoso dependente (Moreira, 2001). A inexistência de uma rede social (amigos, vizinhos e familiares) eficaz e a baixa participação social (atividades sociais, lazer e religiosas) dos cuidadores conjugais poderão conduzir muitos idosos ao isolamento social e ao aumento de problemas de saúde, sendo necessário adotar políticas de envolvimento social dos idosos cuidadores que lhes permita estar inseridos e participarem na sociedade o mais tempo possível, estimulando e promovendo a sua QdV.

4. Condições económicas

A prestação de cuidados conjugais encontra-se associada a menores rendimentos (Reinhard et al., 2014), sugerindo que são os idosos com menos recursos os que assumem mais frequentemente este tipo de cuidados. Na nossa análise, a existência de reformas baixas favorece a menor disponibilidade económica para a aquisição de serviços de apoio formal e aquisição de materiais para a prestação de cuidados.

A maior parte dos cuidadores referem que os apoios formais são dispendiosos e, no SAD, os cuidadores optam por contratar os serviços mínimos, devido ao elevado custo dos mesmos. A contratação de mais serviços do SAD significa para estes cuidadores um maior encargo económico.

“Gostava que o apoio viesse cá ao fim de semana, mas eu não tenho possibilidades para estar a pagar tanto. Olhe, eu sei lá. Eu estou sobrecarregada, porque o apoio só vem de manhã. O que eu gostava era ter dinheiro suficiente para comprar aquilo que fazia falta para ele.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

Os serviços de saúde foram também considerados dispendiosos:

“Quando ela estava nos cuidados continuados a minha reforma era toda para os cuidados.”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

A falta de poder económico limita ainda os cuidadores ao nível da escolha do tipo de apoio a receber.

“Hoje em dia, para ter alguém em casa a cuidar de nós, é preciso ter muito dinheiro.”

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“Eu cheguei a pensar em arranjar alguém aqui para casa, uma pessoa que viesse para aqui todo o dia e ficasse aqui só que à uma é muito dispendioso e à outra, vá lá, enquanto eu puder pronto...”

(F 12, 70 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

“Eu precisava de mais apoio, isto é, quando o é para enxugar, é como lhe digo eu sofro muito da coluna e precisava sempre de uma pessoa que estivesse aqui para me ajudar. Mas com é vou pedir à Santa casa para pôr aqui uma pessoa permanente? Há casas em que têm sempre uma pessoa, mas eu não tinha rendimentos para isso.”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

Os cuidadores expressam ainda dificuldades económicas na aquisição de medicamentos, fraldas, produtos de higiene e alimentação adequada.

“Eu gasto muito dinheiro com o meu marido, só em fraldas, cremes, champó para a cabeça, porque ele ganha muita caspa. Eu gasto dinheiro em cremes, em sabão para o lavar, pronto nestas coisas que são necessárias toalhetas também. Eu se for a usar só uso mesmo em necessidade (toalhetas), senão não uso. Tenho que comprar hidratante, ele ganha de vez em quando bolhas, ele se ficar com o lençol um bocadinho enrodilhado ou que ele tente mexer-se e enrodilha ele fica logo com bolhas. Há dias ele tinha uma escara no pé, mas ele recuperou bem.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“...ele tomava um medicamento de marca para o Alzheimer que custava perto de cento e cinquenta euros e agora já estou a dar o genérico. Eu já ando a cortar, a cortar porque eu tenho que lhe dar iogurtes que é uma coisa boa para ele, os kiwis são caros e tenho que os comprar para ajudar o intestino, cereais ao pequeno-almoço tudo para ajudar porque ele está ali parado e tem que ser coisas ao jeito para ele.”

(F 24, 72 anos, cuida do marido, 77 anos, com doença de Alzheimer)

“Eu vejo-me negra que o dinheiro não chega. É pouco demais, não chega e eu estou sem remédios há um rodes de tempo, por não ter dinheiro para os ir buscar.”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

A recente crise económica também afetou os cuidadores, que viram muitas isenções e apoios (CSI) serem cortados, agravando assim a sua situação económica.

“Ainda ontem chorei, porque tiraram o transporte ao meu marido. Ontem eram 11:30 recebi um telefona a dizer que o meu marido não tinha transporte. Ele não era isento e como está com 95% de invalidez ficou isento. A ambulância são 70€, ida e volta!”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Ele tem aquela tosse, que sempre a teve, e agora levaram-me o nebulizador, que ele tinha do oxigénio. Até isso cortaram, levaram-no pronto e eu agora, enquanto não tiver possibilidades de comprar outro, não compro! O suplemento, que nos tinham dado, há anos, ainda ele não tinha tido o AVC, cortaram-no e cortaram-no a ele e a mim. Para o mês que vem já vou receber para mim e para ele menos trinta contos. É muito! Ora esse dinheiro já me fazia falta e agora, daqui para a frente, mais falta vai fazer.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

As baixas reformas e os encargos económicos acrescidos, devido à dependência do cônjuge, contribuem para que os cuidadores não possuam capacidades económicas para beneficiar de mais apoios formais, não possam escolher o tipo de apoio que gostariam de beneficiar e não consigam adquirir os bens necessários para a prestação de cuidados. A baixa escolaridade e a situação económica débil dos cuidadores poderá indicar que são os idosos com menos recursos os que utilizam os SAD financiados pelo Estado, enquanto os idosos com mais recursos tendem a utilizar serviços privados (ex. contratação de empregadas, serviços de saúde privados,...).

OPORTUNIDADES SOCIAIS

Os dispositivos que as sociedades possuem ao nível das políticas públicas constituem importantes formas de capacitação, capazes de melhorar a Qualidade de Vida da população. Na nossa investigação, uma grande parte dos cuidadores reconhecem que os dispositivos existentes são deficitários e dispendiosos, o que não lhes permite gozar da vida que valorizam, contudo a maior parte dos cuidadores possui uma postura de resignação.

“A higiene ao Domingo faço-a eu. Assim como faço nos outros dias em que elas não vêm. Gostava que elas viessem, mas elas não vêm... Limito-me a fazê-lo eu...”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

“Não consegui apoio para a parte da manhã, só tenho apoio de segunda a sexta da parte de tarde. Gostava mais que elas viessem de manhã, mas não podem... Vou-me remediando...”

(F 25, 67 anos, cuida do marido, 72 anos, vítima de AVC)

Apesar de se ter verificado em Portugal, ao longo dos últimos anos, um esforço na promoção de serviços direcionados para a população idosa, nomeadamente na área social com um aumento do número de Lares de Idosos, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e na área da saúde, através da criação e alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estes serviços funcionam de ainda de uma maneira deficitária, não respondendo às necessidades dos idosos dependentes, e ignorando a realidade dos cuidadores informais. Santana, Dias, Souza & Rocha (2007, p. 1) referem que a integração dos serviços de cuidados formais em Portugal ainda se encontra na sua infância. Segundo os autores, o SAD assume-se como uma primeira abordagem ao cuidado integrado em Portugal, contudo a maioria das Instituições que fornecem este serviço não funcionam de uma maneira integrada, fornecendo cuidados essencialmente de natureza social (Santana et al., 2007, p. 7). Este tipo de cuidados respondem apenas às necessidades básicas instrumentais, alimentação e cuidados de higiene, ignorando questões multidimensionais, tais como a sobrecarga em cuidados instrumentais, debilidades financeiras, baixa escolaridade, o baixo nível de integração comunitária e o facto de as pessoas passarem a maior parte do tempo reféns na sua própria casa (Carvalho, 2012, p. 294).

Martín, de Oliveira & Duarte (2010, 2013), numa análise aos SAD portugueses, concluem que estes serviços se encontram subaproveitados, estão orientados para aqueles que possuem suporte familiar e que a periodicidade, o horário e o tempo afeto aos serviços são reduzidos. Na perspetiva dos autores, o SAD assume-se como um serviço de complementaridade e não como um serviço de substituição, na medida em que normalmente existe um cuidador informal. Esping-Andersen & Palier (2009) referem que a política prosseguida pelo Estado-Providência português não promove a ideia de envelhecimento ativo, na medida em que as respostas sociais centram-se apenas nas incapacidades (dependência, solidão e isolamento) e nas situações em que as mesmas já estão instaladas, nas dificuldades e não nas capacidades dos sujeitos e das instituições neles envolvidos.

Na área da saúde, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) evidencia a fragilidade das unidades de cuidados de saúde em Portugal, nomeadamente dos cuidados paliativos. Capelas (2009, 2010) refere que as Unidades de Cuidados Paliativos e as Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliares são reduzidas, não seguindo as recomendações internacionais (Associação Europeia de Cuidados Paliativos), nem as necessidades da população portuguesa.

Tendo em atenção a realidade portuguesa, ao nível das políticas sociais, de saúde, emprego e equipamentos sociais e de saúde, os cuidadores conjugais com 50 e mais anos entrevistados possuem várias formas de incapacidade que não são supridas pelas políticas públicas portuguesas. O défice de estruturas formais (sociais e de saúde) e o não reconhecimento do papel do cuidador conjugal (ausência de políticas sociais e de saúde direcionadas para o cuidador) comprometem a capacidade de prestação de cuidados conjugais, ao nível da saúde, educação, suporte informal e condição económica. Contudo, quando questionados sobre as suas capacidades para a prestação de cuidados os cuidadores apresentam um discurso contraditório. Por um lado, os cuidadores referem que se sentem capazes de prestar cuidados e, por outro, mencionam muitas fragilidades que os impossibilitam ou dificultam na execução das tarefas de cuidado.

“Bem, para já sinto-me com capacidades. Não digo que não me custa, porque me custa. O que me custa mais é mudá-lo e aos fins-de-semana, porque ele não sai da cama. Porque ele é muito pesado. Eu vejo as senhoras, mas elas são duas... Não, eu não me sinto bem da minha cabeça. Tomo muita medicação e também tomo para a cabeça. Quando comecei a tomar conta do meu marido eu piorei das costas.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Sinto-me com capacidades. Para o levantar, sabe como é, aquele corpo morto deitado e vesti-lo para mim é muito difícil, já não consigo muito, pois também tenho um problema na coluna. Tenho um elo das costas de está esmagado. Há coisas que eu não posso, por exemplo levantá-lo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Eu sinto-me capaz, mas por vezes de facto desespero. E começa logo a subir a tensão.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

Esta contradição é fortemente influenciada pelo jogo existente entre capacidades individuais e oportunidades sociais, realidades que limitam a capacidade de escolha dos cuidadores, forçando-os a prestar cuidados, mesmo não tendo capacidades para tal. A falta de oportunidades sociais contribui também para que os filhos, devido a um conjunto de circunstâncias, deleguem nos pais cuidadores a realização das tarefas de cuidado até ao limite das suas capacidades pessoais:

“Eu ainda tenho cabeça para preparar a medicação! Eles (filhos) assim dizem: “enquanto a mãe tiver cabeça para lhe dar os remédios, estamos bem, depois....””

(F 4, 87 anos, cuida do marido, 84 anos, com Doença de Alzheimer)

“As filhas dizem: “ó mãe, enquanto você puder você faz, quando não puder, então depois é outra vida””.

(F 22, 79 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

Num contexto de responsabilização familiar pela prestação de cuidados informais, aumento da transferência de cuidados especializados para o domicílio e mudança no perfil do cuidador (cuidadores são cada vez mais velhos), o Estado português nada tem feito para acompanhar estas mudanças e remover as formas de privação da liberdade dos cuidadores. Os serviços sociais e de saúde funcionam de uma maneira deficitária e sem ter em atenção a realidade e as características dos cuidadores (idade, suporte informal, nível de educação, saúde e condição económica dos cuidadores), colocando os cuidadores à margem das políticas públicas existentes em Portugal.

Os cuidadores conjugais possuem idades avançadas e problemas de saúde que os limitam ao nível da prestação de cuidados pessoais, preparação de refeições e gestão da medicação ao cônjuge dependente. A complexidade inerente à prestação de cuidados contribui para um agravamento do estado de saúde do cuidador e para uma negligência da sua própria saúde. Esta situação é agravada pela ineficácia dos SAD que funcionam de uma forma deficitária (horário reduzido, não funcionam ao fim de semana, possuem poucos serviços), obrigando os cuidadores a realizarem tarefas para as quais não tem capacidades. Esta realidade contribui para uma menor capacidade dos cuidadores para alcançar a vida que valorizam, na medida em que a prestação de cuidados os impede de cuidarem de si próprios, contribui para um agravamento da sua saúde física e mental e não promove a autonomia do cuidador. A inexistência de políticas de sociais e de saúde direcionadas para o cuidador faz com que os cuidadores ignorem a promoção da sua saúde em prol da prestação de cuidados.

Também a baixa escolaridade dos cuidadores conjugais contribui para uma prestação de cuidados menos eficaz. A iliteracia, o desconhecimento das doenças dos cuidadores e sintomas associados, a incapacidade de procura de serviços de apoio, a execução indevida de atos profissionais e a incapacidade de expressar as suas necessidades e das necessidades dos cônjuges dependentes contribuem para uma diminuição da capacidade de prestar cuidados. Os serviços sociais e de saúde possuem

um papel limitado ao nível da informação e formação e supervisão da prestação de cuidados nesta população. Estes serviços apenas atuam esporadicamente, não possuindo capacidade de supervisionamento dos cuidados, nem estando adaptados para cuidadores idosos menos capazes ao nível educativo, nem para cuidadores idosos com pouco apoio informal.

O baixo capital social dos cuidadores constitui uma incapacidade tanto para a prestação de cuidados (défice de apoio de vizinhos, amigos e familiares e inexistência de serviços de substituição do cuidador), como para a participação social dos idosos, impedindo-os de exercer uma cidadania ativa. Também a ausência de políticas de apoio aos cuidadores descendentes impossibilita os filhos de terem a escolha de prestarem um apoio informal mais assíduo aos pais, nomeadamente através do direito de gozarem licenças decentemente remuneradas para o cuidado aos pais, sem prejuízo de perda do seu empregos e regalias sociais. Igualmente, a ausência de políticas de apoio aos cuidadores conjugais 50 e mais impede os cuidadores de optarem por continuar a trabalhar e a viver a vida que valorizam. Quando os cuidadores assumem a prestação de cuidados em idade ativa (menos de 65 anos), a situação de dependência do cônjuge conduz a uma antecipação da reforma do cuidador contra a vontade do mesmo.

“O meu marido andava bem e eu trabalhava. Deixei de trabalhar, que gostava muito. Eu dizia que havia de trabalhar até quando me reformasse.”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

“Quando ela teve que ser operada ao rim, eu desde aí nunca mais trabalhei. Já lá vão 11 anos e nessa altura meti os papéis para ser reformado.

... deixei de ser alfaiate, deixei de atender pessoas.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

A atividade de cuidado informal não é um trabalho valorizado economicamente, nem respeitado como tal, dando a sensação que esta atividade não contribui para o desenvolvimento de uma sociedade (Nussbaum, 2002). Também a baixa condição económica limita os cuidadores ao nível da prestação de cuidados, na medida em que os cuidadores não conseguem aceder a apoios e a bens necessários. Os serviços sociais deveriam diferenciar os cuidadores com dificuldades económicas e facilitar o acesso a mais apoios e bens. Segundo Pickard (2010) aqueles cuidadores que possuem capital social e económico constroem uma boa vida associada à escolha e valorização da identidade, enquanto aqueles que possuem poucos recursos podem experienciar

situações mais impostas e não negociáveis. Nesta perspetiva, os cuidadores que usufruem de capital económico e social têm a possibilidade de optar pelas várias alternativas existentes na prestação de cuidados (acesso a serviços de apoio formais diferenciados ex. enfermeira ao domicílio, empregadas, descanso do cuidador), enquanto os cuidadores com baixo capital económico e social sujeitam-se aos apoios deficitários fornecidos pelo Estado e à falta de opção.

As políticas públicas portuguesas não oferecem oportunidades ou opções para os cuidadores, no sentido de promoverem uma maior capacitação e valorização dos mesmos na prestação de cuidados. A nossa investigação revela que os cuidadores conjugais, para além de se encontrarem sós com a sua moralidade (Pickard, 2010), encontram-se sós devido à falta de alternativas de suporte informal e formal e a questões afetivas, culturais, económicas e demográficas que responsabilizam o cônjuge pela prestação de cuidados. Corroborando Saillant & Gagnon (2001), podemos afirmar que as debilidades dos sistemas de suporte formal e informal reforçam ainda mais a responsabilidade conjugal pela prestação de cuidados, obrigando-os a prestar cuidados, muitas vezes, sem capacidades para tal. Os cuidadores assumem a prestação de cuidados com um conjunto incapacidades pessoais e falta de oportunidades sociais, colocando em causa a qualidade do cuidado, a sua própria saúde e QdV. Neste sentido o Estado deveria fornecer mais opções de escolha aos cuidadores.

8.5.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Pickard (2010), assistimos atualmente a dois discursos conflituosos sobre a prestação de cuidados. Se por um lado, o pós-tradicionalismo e o aumento da sociedade individualizada enfatizam a autenticidade e a escolha, por outro o discurso mais tradicionalista de política de saúde e social baseia-se essencialmente na família. No caso dos beneficiários de cuidados e cuidadores verificamos o mesmo conflito. A promoção de políticas de desinstitucionalização valoriza o discurso de escolha e independência dos indivíduos dependentes, satisfazendo a preferência de se manter em casa e inserido na comunidade (Horrel et al., 2014). Contudo, a prestação de cuidados conjugais corresidenciais realizada por indivíduos com 50 e mais anos é considerada uma forma de produtividade social que muitas vezes não se coaduna com as políticas de envelhecimento ativo, de liberdade e escolha proclamadas pelos governos, principalmente em Estados de Bem-estar débeis, como é o caso de Portugal.

A prestação de cuidados corresponsáveis conjugais na população 50 e mais anos deve ser analisada com especial atenção. A análise às capacidades dos cuidadores revela uma vulnerabilidade ao nível da saúde dos cuidadores, um baixo nível educacional, um baixo capital social e uma débil condição económica que limitam as capacidades dos cuidadores, ao nível do que eles conseguem ser e fazer, e ao nível das suas escolhas. Também a inexistência de políticas públicas adequadas limita as oportunidades que os cuidadores dispõem para a prestação de cuidados e para o acesso à vida que valorizam.

O Estado apoia-se na questão do dever e da obrigação familiar para não reconhecer o papel do cuidador, conduzindo assim os cuidadores 50 e mais anos a uma invisibilidade nas políticas públicas. A par desta invisibilidade dos cuidadores, os idosos dependentes beneficiam de apoios sociais e de saúde deficitários, sobrecarregando os cuidadores com a realização de tarefas pratico-instrumentais e outras tarefas complexas. Os serviços sociais e de saúde também não analisam os apoios informais e formais que o cuidador dispõe e as capacidades que o cuidador possui para a realização dos cuidados, colocando todos os cuidadores ao mesmo nível.

Os cuidadores conjugais analisados são vítimas de políticas discriminatórias que os colocam à margem do processo de envelhecimento ativo e de um envelhecimento com qualidade, na medida em que, fruto de um conjunto de circunstâncias demográficas, culturais, sociais e económicas, são forçados a assumirem a prestação de cuidados sem terem tido escolha, sem capacidades para tal e sem oportunidades para cuidar. Na perspectiva de Nussbaum (2002) os cuidados devem ser fornecidos para aqueles que precisam, sem explorar os cuidadores. Neste sentido, não é expectável que prestar cuidados exija um custo tão elevado que os próprios cuidadores não possam viver decentemente (Palm, 2013).

8.6. A (IN)SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS CUIDADORES CONJUGAIS COM 50 E MAIS ANOS

Nesta análise pretendemos investigar as necessidades não satisfeitas dos cuidadores conjugais com 50 e mais anos. Para tal recorremos a Pinto, Guerra, Martins, & Almeida (2010, pp. 68–72) que defendem que as “(...) *necessidades se assumem como um jogo entre o sujeito com determinadas capacidades e um sistema que se apresenta com determinadas oportunidades.*” Neste sentido as necessidades resultam “(...) *de processos de ajustamento, de intensidade e frequências variáveis, entre capacidades e*

oportunidades.” (Pinto et al., 2010, p. 68). Usando a perspectiva das autoras pretendemos compreender quais as necessidades não satisfeitas (emergentes latentes e emergentes identificadas) dos cuidadores conjugais 50 com 50 e mais anos.

8.6.1. INTRODUÇÃO

“(...) QoL should be assessed as the degree that human needs are satisfied.”

(Higgs et al., 2003, p. 243)

A satisfação das necessidades dos indivíduos apresenta-se como o principal objetivo das políticas públicas dos países desenvolvidos. Num contexto de constantes mudanças sociais, demográficas, familiares e de crise económica e financeira, torna-se importante avaliar as necessidades que emergem desta nova realidade social e reavaliar as necessidades tradicionalmente conhecidas. O aumento do número de cuidadores conjugais 50 e mais anos constitui um novo desafio para os indivíduos e para a sociedade em geral. A avaliação das necessidades dos cuidadores assume-se como um poderoso instrumento capaz de permitir uma intervenção mais célere, promover a continuidade dos cuidados e evitar que os cuidadores prejudiquem a sua saúde física, mental e social. Porém, a avaliação das necessidades dos cuidadores informais tem merecido pouca atenção por parte dos políticos, profissionais de saúde, trabalhadores sociais, investigadores e, até mesmo, pelos próprios cuidadores.

A complexidade e diversidade das necessidades do cuidador informal (Mangan, Taylor, Yabroff, Fleming, & Ingham, 2003) assumem-se como um desafio extremamente difícil para as políticas sociais e de saúde e como um investimento que requer um grande esforço económico, social e uma profunda mudança de mentalidades. O crescente número de pessoas que são cuidadas no domicílio depende cada vez mais dos cuidadores informais, verificando-se uma linha ténue entre o papel e as necessidades do cuidador e da pessoa cuidada (O’Dowd, 2007). A díade cuidadores-beneficiários de cuidados deve ser reconhecida como uma unidade de cuidados, verificando-se também a necessidade de reconhecer e abordar as necessidades do cuidador, quer sejam necessidades acerca do beneficiário de cuidados, como as suas próprias necessidades (Fleming et al., 2006).

A literatura refere que os cuidadores admitem que as suas necessidades e interesses devem ser colocados em segundo plano, priorizando sempre as necessidades e interesses

das pessoas a quem prestam cuidados (Aoun et al., 2005; Bohm & Carlos, 2010; Harding et al., 2012; Hudson, Aranda, & Kristjanson, 2004). Muitos cuidadores não revelam as suas necessidades, pois percebem-nas como inválidas e não querem incomodar os profissionais de saúde (Hudson et al., 2004). Outros cuidadores ainda, não se assumem como cuidadores e consideram que a prestação de cuidados informais se assume como uma parte natural das relações familiares. Esta última realidade pode criar a percepção de que o cuidado é apenas da responsabilidade da família e não um problema político (Brazil et al., 2009).

A eficácia do prestador de cuidados passa pela identificação das suas próprias necessidades e dificuldades e pelo trabalho de equipa que se desenvolve entre o cuidador, o beneficiário de cuidados e os prestadores de cuidados formais (Marques & Dixe, 2010). A avaliação das necessidades do cuidador contribui para manutenção da sua saúde e bem-estar, para um aumento da capacidade de providenciar cuidados, prevenção e adiamento da institucionalização do beneficiário de cuidados e para a produção de melhores resultados na prestação de cuidados (Feinberg, Houser, & Institute, 2012). A excessiva responsabilização familiar pela prestação de cuidados aos idosos dependentes, estabelecida pelas políticas públicas portuguesas, não tem em conta as capacidades e necessidades dos cuidadores e nada tem sido feito para diferenciar e apoiar os mesmos. Neste sentido, é necessário que as políticas públicas portuguesas reconheçam o cuidador informal como um elemento essencial na comunidade de cuidados e o apoiem formalmente nas suas responsabilidades de cuidados, avaliando e satisfazendo as suas necessidades.

8.6.2. NECESSIDADES DOS CUIDADORES CONJUGAIS COM 50 E MAIS ANOS

De acordo com a Análise de Conteúdo das entrevistas semiestruturadas aos cuidadores conjugais com 50 e mais anos, constatamos a existência de quatro tipos de necessidades não satisfeitas nos cuidadores conjugais 50 e mais anos: necessidades materiais; necessidades socioafetivas e de liberdade; necessidades de saúde; e necessidades de informação e formação.

Figura 24. Modelo de satisfação das necessidades



Fonte: Entrevistas aos cuidadores conjugais, 2014

NECESSIDADES MATERIAIS

Os cuidadores conjugais com 50 e mais anos reportam necessidades materiais, nomeadamente ao nível do apoio prático-instrumental (cuidado pessoal, apoio durante a noite, preparação das refeições, limpeza da habitação, gestão da medicação e substituição) e apoio económico. No que confere ao apoio prático instrumental, as tarefas de cuidado pessoal, especialmente as tarefas de banho/higiene, levantar/deitar, muda de fralda e posicionamentos, assumem-se como as tarefas mais difíceis de executar para os cuidadores entrevistados e para as quais os cuidadores expressam mais necessidades de apoio, nomeadamente ao fim de semana e à noite, períodos nos quais não existe apoio formal e o apoio informal é residual.

“Eu precisava de mais apoio, isto é quando o é para enxugar, é como lhe digo, eu sofro muito da coluna e precisava sempre de uma pessoa que estivesse aqui para me ajudar. Mas como é vou pedir à Santa casa para pôr aqui uma pessoa permanente?”

(F 14, 64 anos, cuida do marido, 84 anos, vítima de AVC)

“O apoio domiciliário ao sábado à tarde ou ao Domingo, por vezes, fazia jeito, porque os filhos vêm de boa vontade, mas também os sobrecarrego um bocado. Sinto

que os estou a sobrecarregar. Se eu tivesse esse apoio já era o suficiente, eu já estou habituada com isto, já não sei viver sem isto. A única coisa que me custa mais é quando ele se suja e ao virá-lo e a dar-lhe a comida, pois tenho que estar a pé e tenho de fixar os joelhos. Se eu lhe estiver a dar a comida, eu descalço-me, porque nem aguento o calçado nos pés.”

(F 24, 72 anos, cuida do marido, 77 anos, com doença de Alzheimer)

“Ao fim de semana fica na cama. Eu não me atrevo a tirá-lo, porque eu não posso! Eu não tenho força e mesmo com a ajuda da minha neta, eu tenho medo de o deixar cair. O que me custa mais é mudá-lo e aos fins-de-semana, porque ele não sai da cama. Porque ele é muito pesado. Eu vejo as senhoras, mas elas são duas...”

(F 6, 67 anos, cuida do marido, 78 anos, vítima de AVC)

A maioria dos cuidadores entrevistados não possui suporte prático-instrumental durante o período da noite. Treze cuidadores vivem sós com o cônjuge dependente, não possuindo qualquer tipo de apoio durante a noite. Seis vivem com o cônjuge dependente e com outra pessoa, a quem também prestam cuidados/apoio, também não beneficiando de apoio informal adequado durante a noite e os restantes 6 cuidadores possuem apoio de pessoas do agregado durante a noite, contudo estes continuam a ter que exercer a atividade de cuidado durante a noite, na medida em que o apoio informal que dispunham era apenas de complementaridade e não de substituição.

Para os cuidadores conjugais a noite assume-se como um período difícil, com repercussões diretas na vida e na saúde dos cuidadores e para o qual necessitam de apoio.

“Eu precisava de mais apoio ao fim de semana e durante a noite, mas enquanto puder faço, depois os meus filhos têm que resolver.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

Os cuidadores expressam ainda a necessidade de usufruir de refeições ao fim de semana e ao jantar. Muitos dos cuidadores referem que não conseguem preparar as refeições, contudo devido ao não funcionamento do SAD ao jantar e ao fim de semana (o almoço e jantar são entregues à hora de almoço), os cuidadores são obrigados a cozinhar ou a comprar comida fora. Neste jogo de incapacidade pessoal para cozinhar e falta de alternativas do SAD e também ao nível do apoio informal, alguns cuidadores expressam a necessidade de ter o serviço de refeição mais completo: ao fim de semana e ao almoço e ao jantar.

“Portanto se houvesse alguém que fizesse o comer à noite também gostaria, mas eu também o faço.”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

“...o fim de semana custa-me mais, pois durante a semana tenho esta graça de ter o almoço pronto, tudo a horas e ao fim de semana eu não cozinho. Ao Domingo ou vou buscar um franguito ou vou comer fora. Ao sábado o centro funciona na mesma.”

(F 8, 65 anos, cuida do marido, 65 anos, com depressão e alcoólico)

Alguns cuidadores manifestam a necessidade de usufruir de apoio na limpeza da habitação. A grande maioria dos cuidadores não possui capacidades físicas para a realização desta tarefa e ou optam por contratar este serviço (empregadas) ou por o receber de familiares. Contudo quem não tem apoio familiar e/ou capacidade económica não consegue satisfazer esta necessidade. Apesar do SAD fornecer este serviço, muitos cuidadores não beneficiam deste serviço para evitar mais gastos e/ou por desconhecimento.

“Eu só precisava que me ajudassem a limpar a casa a fundo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Precisava de uma ajuda qualquer ou de uma senhora que viesse aqui fazer limpeza e a ajudasse era isso.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

O elevado grau de dependência dos beneficiários de cuidados, aliado à baixa escolaridade dos cuidadores e ao défice de apoio formal e informal contribuem para uma maior dificuldade na gestão da medicação e cuidados de saúde dos beneficiários de cuidados. Alguns cuidadores expressam dificuldades na gestão da medicação, enquanto outros consideraram estas tarefas fáceis, muitas vezes não tendo a consciência das suas limitações. Esta realidade aponta para a necessidade de supervisão e gestão da medicação por profissionais especializados, quando os cuidadores não possuem retaguarda informal e quando os mesmos não são capazes de a realizar.

“Comecei a ser responsável pela medicação que é um bocadinho duro, pronto...”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

Relativamente à gestão da medicação, constatou-se que os serviços de SAD não se encontram vocacionados para este tipo de atividades e a maior parte não possui pessoal

qualificado as realizar. Também os serviços de saúde ainda não respondem a esta necessidade, sendo muitas vezes os familiares ou os próprios funcionários das farmácias os elementos-chave de agilização na realização desta tarefa.

“Sou eu que dou a medicação. Está tudo marcadinho nos frasquinhos, ou a minha filha ou o meu filho marcam. Ao meio-dia toma três qualidades, de manhã toma uma qualidade e à noite toma outra qualidade.”

(F 16, 76 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Alzheimer)

“Normalmente nas farmácias indicam como se deve dar a medicação de manhã, ao meio-dia, é assim, é assado...”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

Muitos cuidadores expressam a necessidade de substituição, ou seja a necessidade de ter alguém que os substitua nas tarefas de cuidado ou vigilância para realizarem outras atividades. Os serviços de alívio do cuidador *“Respire Care”* assumem-se como um tipo de intervenção que visa o apoio ao cuidador informal, através de um alívio temporário: grupos de suporte; serviços de informação; serviços de educação; aconselhamento por profissionais; programas de cuidado diário e cuidados de alívio em casa (van Excel, Graaf, & Brouwer, 2007), contudo estes serviços ainda se encontram pouco desenvolvidos em Portugal.

Os serviços de alívio do cuidador têm como objetivo evitar que a tarefa de cuidado exceda a capacidade do cuidador informal (van Excel et al., 2007) e de evitar que o cuidador entre em *“burnout”* (Koopmanschap, van Exel, van den Bos, van den Berg, & Brouwer, 2004). Estes serviços assumem um papel importante na QdV dos cuidadores, reduzindo a sobrecarga, prevenindo efeitos adversos e promovendo o cuidado informal (van Excel et al., 2007). A falta de apoio informal e a inexistência de serviços direcionados para este tipo de necessidade impedem os cuidadores de participarem socialmente (diminuição da participação em atividades sociais, atividades de lazer e religiosas) e de promoverem a sua saúde (ausência de oportunidades para cuidar de si).

Uma grande parte dos cuidadores expressou ainda necessidades económicas.

“O dinheiro chega mal para as nossas necessidades....”

(M 13, 69 anos, cuida da esposa, 64 anos, vítima de AVC)

Ter mais dinheiro significaria para os cuidadores ter mais liberdade, na medida em que teriam acesso a mais apoios formais e bens materiais, libertando-os de algumas preocupações.

“Gostava de ter mais dinheiro para poder ter isso (alguém que fizesse limpeza) e ter mais liberdade.”

(M 19, 78 anos, cuida da esposa, 79 anos, com artroses)

“O que eu gostava era ter dinheiro suficiente para comprar aquilo que fazia falta para ele. Gostava que o apoio viesse cá ao fim de semana, mas eu não tenho possibilidades para estar a pagar tanto.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Eu vejo-me negra que o dinheiro não chega. É pouco demais, não chega e eu estou sem remédios há um rodes de tempo, por não ter dinheiro para os ir buscar.”

(F 23, 82 anos, cuida do marido, 83 anos, dependente devido a problemas de próstata)

Relativamente às necessidades materiais prático-instrumentais, constatamos que os cuidadores necessitam de mais apoio prático-instrumental na prestação de cuidados pessoais (serviços de SAD com mais horas de funcionamento e funcionamento ao fim de semana e apoio durante a noite), de usufruir de um serviço de refeições mais alargado (fim de semana e almoço e jantar), de um serviço de apoio na limpeza da habitação e serviço de substituição e gestão (preparação, administração, formação e supervisão) da medicação. Os cuidadores revelam ainda necessidades económicas, que os impedem de contratar mais serviços formais, de aceder a bens materiais e de possuir mais liberdade.

A idade avançada dos cuidadores informais, conjugada com o elevado nível de dependência dos beneficiários de cuidados, o débil estado de saúde dos cuidadores, o baixo grau de escolaridade e o baixo suporte informal exigem uma reestruturação dos SAD, no sentido destes serviços apoiarem os cuidadores, também eles idosos, e promoverem a sua QdV e a qualidade dos cuidados. Ao nível prático instrumental existe um conjunto alargado de necessidades emergentes latentes, nomeadamente a necessidade de reestruturação dos serviços de SAD e criação de serviços de apoio permanente (24 horas e durante todos os dias da semana), com serviços mais flexíveis (refeições duas vezes por dias e todos os dias da semana e serviço de substituição) e adaptados às necessidades reais dos beneficiários e cuidadores idosos. Também ao nível da saúde exige-se a criação de equipas de cuidados domiciliários de saúde que avaliem e

apoiem os cuidadores na gestão da saúde dos beneficiários e da sua própria saúde, nomeadamente ao nível da gestão da medicação e saúde, tanto do beneficiário, como do cuidador.

No que confere às necessidades materiais económicas, constata-se a inexistência de apoios económicos ao cuidador. Não existe uma análise às capacidades (saúde do cuidador, condição económica, apoio informal recebido e capacidade económica) do cuidador, no sentido de o apoiar monetariamente ou com mais apoios prático-instrumentais para suprir as suas incapacidades e necessidades. A análise às despesas reais dos cuidadores e diferenciação positiva de apoios económicos e prático-instrumentais aos cuidadores (cuidadores com mais necessidades beneficiavam de mais serviços e mais apoio económico) permitiria uma maior justiça social no acesso a apoios formais e uma maior igualdade de oportunidades.

NECESSIDADES DE APOIO SOCIOAFETIVO E DE LIBERDADE

Na avaliação das necessidades dos cuidadores conjugais, os mesmos evidenciam necessidades socioafetivas e de liberdade. Relativamente às necessidades socioafetivas, os cuidadores conjugais analisados expressam a necessidade de manter relacionamentos, de usufruir de um suporte emocional adequado e de se sentirem compreendidos.

“Olhe, eu andava assim meia enrolada e fui à casa da minha filha, estava lá muita gente e conversa vai, conserva vem, fiquei melhor... Falo com as filhas, mas elas não entendem o que eu digo.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Sobre os meus problemas? Não falo com ninguém, falo com Deus e comigo mesmo... Gostei muito de falar consigo e preciso de falar com alguém sobre estes assuntos.”

(M 1, 74 anos, cuida da esposa, 75 anos, com doença de Parkinson)

“Não me sinto realizado. Há dias em que me sinto triste, quando não tenho apoio em casa, dos meus. A vida já não tem tanto valor... Agora passei a levar uma vida mais solitária. “

(M 11, 71 anos, cuida da esposa, 75 anos, vítima de AVC)

O apoio social e emocional que os cuidadores possuem constitui um importante fator de proteção do cuidador (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003; Daly, Douglas, Lipson, & Foley, 2009). O indivíduo ao sentir-se amado, estimado e valorizado pelos membros da rede social irá diminuir a sobrecarga sentida e aumentar o seu bem-estar, prevenir doenças mentais e estados patológicos (Cassel, 1976; Cobbs, 1976; Henriques & Lima, 2003). Tendo em atenção que todo o ser humano necessita de manter relações sociais (Schutz, 1958), a manutenção de redes de proximidade e de apoio assume-se como um importante fator de proteção ao cuidador, fornecendo-lhe uma maior rede de suporte e promovendo a sua QdV (Ekwall et al., 2005). A existência de redes de apoio social tendem a amenizar os impactos negativos da prestação de cuidados nos cuidadores e a satisfazer as diferentes necessidades das pessoas dependentes e seus cuidadores.

Quanto à necessidade de liberdade, os cuidadores expressam a necessidade de se sentirem livres para realizar atividades que valorizam, quer sejam atividades sociais, de lazer ou religiosas, sem terem que estar condicionados pela prestação de cuidados.

“Gosto muito de ver futebol. Quando joga gosto de ir ver ao café, pois não dá aqui na minha televisão, gostava de ir, mas agora ela não fica sozinha sem mim. Se eu vou lá baixo levar o lixo ela é capaz de dizer assim: “eu vou contigo”.”

(M 2, 76 anos, cuida da esposa, 74 anos, com doença de Alzheimer)

“Gostava de sair, mas não posso. Gostava de ir à missa e ter as minhas borgas e de sair sem preocupações. Nem é bom lembrar! Logo pela primeira era aos Domingos ia à missinha, era a primeira coisa, agora não vou, porque não posso. Agora ainda pior, porque a missa é às 8 horas, e eu a essa hora tenho que lhe dar a medicação. Depois tinha as minhas borgas também, que eu também andava e ele nunca se importou. Eu ia todos os anos cantar os Reis, seis anos seguidos. No mês de janeiro andávamos o mês todo e agora acabou tudo. Outra coisa era sair, ir para aqui e para acolá, ia para a feira porque não tinha a responsabilidade que tenho agora. Agora não posso ir, quando vou vai a filha ou o rapaz levar-me e esperam por mim e venho a correr para casa, agora até nem tenho convivência com ninguém. Ia para o campo, ia para ali ou para acolá, ia a mais eles, porque não tinha a responsabilidade que tenho agora. Agora é complicado. Agora morreu tudo e para a cabeça não é fácil, não é fácil.”

(F 21, 72 anos, cuida do marido, 74 anos, vítima de AVC)

“Tenho a necessidade de sair para espairecer o sacrifício que passo aqui.”

(M 18, 76 anos, cuida da esposa totalmente dependente devido a um vírus)

A promoção da QdV dos idosos implica a manutenção da rede social e das atividades significativas (Ekwall et al., 2005; Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006), porém na nossa investigação os cuidadores conjugais referem que a prestação de cuidados os afasta de familiares e amigos e os impede de continuar a desenvolver normalmente as suas atividades sociais, lazer e religiosas. As necessidades socioafetivas e de liberdade evidenciadas pelos cuidadores apontam para a necessidade de criação de serviços que promovam um maior apoio social e emocional e uma maior liberdade ao cuidador, através da criação de:

- Serviços de substituição do cuidador nos SAD's, que promovam uma maior disponibilidade do cuidador para a participação social;
- Políticas que facilitem a articulação entre o trabalho e a família de modo a promover o apoio (instrumental e emocional) dos descendentes e demais familiares;
- Criação de equipas de apoio psicológico ao cuidador.

NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE (FÍSICOS E MENTAIS)

Os cuidadores manifestam problemas de saúde físicos e mentais e a necessidade de ter tempo para cuidar da sua saúde. De acordo com Camargo (2010, p. 232) “(...) *os cuidadores são doentes em potencial, e sua capacidade funcional está constantemente em risco, uma vez que são pessoas comuns que, de um momento para outro, se vêm na situação de cuidar de alguém que lhes é próximo*”. Esta realidade é agravada pela idade avançada dos cuidadores conjugais, na medida em que os cuidadores conjugais estão inseridos no grupo de pessoas com mais de 65 anos, estando por isso mais suscetíveis ao aparecimento de doenças do que as pessoas de meia-idade (Spar & Rue, 2005).

A existência de vários problemas de saúde físicos e mentais conduzem os cuidadores à necessidade de beneficiar de cuidados de saúde físicos e mentais adequados. Estas necessidades assumem-se como emergentes latentes, na medida em que as próprias instituições sociais e de saúde financiadas pelo Estado não se têm adaptado às mudanças ocorridas nos últimos anos no perfil do cuidador (mais idosos) e às mudanças demográficas e sociais (menor disponibilidade dos descendentes para a

prestação de cuidados informais e menor coresidência), não contemplando o cuidador como beneficiário de apoio, mas apenas como um parceiro de prestação de cuidados.

Estas necessidades também não são, muitas vezes, reconhecidas pelos próprios cuidadores, devido a um conjunto de circunstâncias (baixa escolaridade dos mesmos, baixa capacidade económica e baixo suporte informal e priorização do interesse do beneficiário de cuidados) que contribuem para que os cuidadores ignorem ou não se apercebam das suas próprias necessidades. Deste modo, surge a necessidade de criação de equipas multidisciplinares (médicos, psicólogos, enfermeiros, ...) que promovam a saúde física e mental do cuidador, quer seja no domicílio ou nos centros de saúde ou Unidades de Saúde familiar.

Os cuidadores expressam também a necessidade de serem temporariamente dispensados das suas tarefas e responsabilidades, adquirindo espaço para cuidar de si (Figueiredo, 2006, p. 73), nomeadamente ter alguém que os substitua na prestação de cuidados para realizar tratamentos médicos, idas a consultas e recuperação de cirurgias. Esta necessidade resulta da inexistência de serviços de substituição e baixo do suporte informal, como já anteriormente foi referido.

NECESSIDADES INFORMATIVAS E FORMATIVAS

Os cuidadores evidenciam também necessidades informativas e formativas, nomeadamente ao nível da obtenção de esclarecimentos sobre a doença do cônjuge, sobre apoios e necessidades de formação ao nível da prestação de cuidados e uso dos meios de comunicação. Morris & Thomas (2002) referem que os cuidadores informais são muitas vezes tratados como co clientes, não sendo envolvidos no processo de cuidado. Esta realidade cria falhas de informação e coloca os cuidadores fora do cenário de cuidado. Para suprir esta lacuna os autores (Morris & Thomas, 2002) referem a necessidade de uma maior compreensão sobre as necessidades de informação dos cuidadores, sobre as maneiras específicas para responder a essas necessidades, sobre onde os cuidadores se situam no sistema de cuidados de saúde e como os processos de informação nos cuidadores informais podem ser melhorados.

Na presente investigação, alguns cuidadores conjugais vivenciam um afastamento informacional, por parte dos filhos e dos profissionais de saúde. Ou seja, os filhos e profissionais de saúde, devido à idade avançada, saúde frágil, baixo nível educacional

dos cuidadores e ao facto de os filhos, frequentemente, acompanharem os pais dependentes a consultas e exames, não partilham com os cuidadores o cenário de cuidado e não os envolvem no processo de saúde dos beneficiários de cuidados. Esta realidade compromete a prestação de cuidados, na medida em que os cuidadores são as pessoas mais próximas da prestação de cuidados e o não conhecimento sobre o estado de saúde do beneficiário de cuidados pode criar situações menos positivas, tanto para o cuidador (não compreende sintomas), como para o beneficiário de cuidados (não usufrui de um cuidado adequado).

Na nossa investigação constata-se que, muitas vezes, os cuidadores não possuem informações adequadas acerca das doenças dos cônjuges:

“Ele é diabético, mas eu não sei nada disso! É a minha filha que anda por de volta disso.”

(F 7, 82 anos, cuida do marido, 84 anos, com doença de Parkinson)

“Ele anda mal da cabeça, não sabe quando é segunda, terça, ... Depois pega nas coisas e não sabe delas. Olhe eu nem ao certo sei o que ele tem, porque ele toma medicamentos para tudo. Os meus medicamentos, eu sei e os do meu marido é o meu filho.”

(F 9, 84 anos, cuida do marido, 80 anos, com doença de Alzheimer)

Outras vezes os cuidadores escondem ou não se apercebem das suas necessidades, mostrando muitas vezes resistências em solicitar e em receber ajuda (Bocchi, 2004). Alguns cuidadores revelam dificuldades na utilização dos meios de comunicação (telefone), realidade que pode comprometer o exercício da atividade de cuidado, na medida em que a maior parte dos cuidadores vive apenas com o beneficiário de cuidados e em situação de emergência podem não conseguir apoiar o cônjuge adequadamente. Tendo em atenção a baixa escolaridade dos cuidadores e o défice de apoio informal, os serviços formais deveriam criar mecanismos facilitadores para os cuidadores que permitissem agir em situação de emergência e em caso de dúvidas.

A falta de apoio formal e informal, assim como o baixo nível educacional e a frágil condição de saúde dos cuidadores e dos beneficiários de cuidados exigem um novo apoio ao nível informacional e formação dos cuidadores conjugais. Neste sentido, os serviços sociais e de saúde deveriam ter um papel mais interventivo ao nível da informação e formação dos cuidadores, criando visitas domiciliárias informativas e formativas para os cuidadores.

Um estudo descritivo, realizado em Lisboa, a 107 cuidadores de doentes dependentes que recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital Central de Lisboa, revela que apenas 2,8% dos cuidadores possuem bons conhecimentos de saúde sobre a pessoa dependente, 25,6% refere falta de informação, 23,8% dificuldades na prestação de cuidados diretos, 68,2% referem não ter recebido a visita de um enfermeiro no domicílio e a maioria refere dificuldades para cuidar do doente em casa (Marques & Dixe, 2010, pp. 66–73). Os resultados da nossa investigação vão ao encontro dos resultados de Marques & Dixe (2010), na medida em que também os cuidadores conjugais possuem um baixo conhecimento sobre o cenário de cuidados, apresentam necessidades informacionais, dificuldades na execução de cuidados e possuem um apoio formal ao nível da saúde residual.

Marques, Teixeira & Souza (2012, p. 147) revelam que os cuidadores informais expressam necessidades formativas que os capacite para “melhor cuidar” e que os previna de consequências danosas. Vários estudos comprovam ainda os efeitos benéficos da formação aos cuidadores familiares. Hepburn et al. (2001) sugerem que a formação e o treino contribuem para a diminuição da depressão e sobrecarga nos cuidadores familiares de pacientes com demência. O estudo constata que os cuidadores que frequentaram a oficina de treino para cuidadores familiares possuem menor propensão à depressão, menor sobrecarga e melhor reação aos problemas comportamentais dos beneficiários de cuidados, comparativamente com os outros cuidadores familiares que ainda não tinham frequentado a formação (Hepburn et al., 2001). Os cuidadores após serem informados sobre o processo de doença e as suas implicações no familiar com demência irão ter a noção das suas limitações e ajustar as suas expectativas (Hepburn et al., 2001, p. 454). Os autores sugerem três áreas gerais de formação: instrução (informação contínua), conexão (partilha de informações por parte dos cuidadores acerca dos serviços) e treino (treinar os cuidadores para estes reconhecerem o seu papel e adotarem uma perspetiva adequada) (Hepburn et al., 2001, pp. 454–455). O mesmo estudo revela que os cuidadores têm uma média de idade de 65 anos, o que comprova que mesmo que os cuidadores sejam idosos a formação pode ser uma estratégia válida e eficaz. O conhecimento atempado das necessidades de informação dos cuidadores familiares deve representar uma preocupação chave do apoio domiciliar (Hirakawa, Kuzuya, Enoki, & Uemura, 2011, p. 202), na medida em que as necessidades informacionais variam de acordo com os cuidadores e com as situações de

cuidado (Dunbrack, 2005, p. 8). A capacitação dos cuidadores promove a educação e a autonomia dos cuidadores (Vogt, Gonçalves, & Silveira, 2009).

Verifica-se assim a necessidade de um papel mais ativo por parte dos profissionais de saúde e Instituições Sociais, ao nível da informação e formação dos cuidadores. A (in)formação dos cuidadores conjugais poderá reforçar as suas capacidades no desenvolvimento de um cuidado mais eficaz e com menos consequências negativas tanto para os cuidadores como para os beneficiários de cuidados. Sugere-se assim uma avaliação das necessidades dos beneficiários de cuidados e cuidadores, por parte dos profissionais de saúde e técnicos sociais, com o objetivo de orientar o planeamento da assistência tanto para o beneficiário de cuidados, como para os cuidadores. Neste sentido, os profissionais deveriam estar mais conscientes das dificuldades que os cuidadores enfrentam e terem em atenção não só as necessidades dos recetores de cuidados, mas também as necessidades dos cuidadores (fornecer informações, apoiar emocionalmente o cuidador e facilitar o acesso a serviços) (Iecovich, 2008). Deeken, Taylor, Mangan, Yabroff, & Ingham (2003, p. 950) referem que o desafio dos profissionais de saúde é ter em atenção que os cuidadores fazem parte da equipa de cuidados e que os mesmos também são potenciais pacientes que necessitam de atenção e cuidados.

8.6.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As mudanças demográficas, sociais, familiares e económicas ocorridas nas últimas décadas conduziram à transformação do perfil do cuidador. Atualmente, muitos dos cuidadores caracterizam-se pela idade avançada e pela presença de muitas incapacidades pessoais (vulnerabilidade ao nível da saúde física e mental, ao nível económico, educacional e o baixo suporte informal). A satisfação das necessidades dos cuidadores conjugais 50 e mais anos exige uma profunda mudança das políticas sociais e de saúde portuguesas. Num contexto de um forte envelhecimento populacional e transformações familiares, o Estado português continua a delegar na família a responsabilidade pela prestação de cuidados informais e nada tem feito para reconhecer o cuidador informal como um alvo de intervenção. Para as atuais políticas públicas portuguesas os cuidadores informais são meros parceiros na prestação de cuidados, com deveres legais de cuidar dos seus familiares e sem direitos sociais e de saúde associados ao exercício da função. O desconhecimento sobre quem são realmente os cuidadores informais da

atualidade e que capacidades possuem conduzem os cuidadores conjugais a uma invisibilidade e a que muitos destes cuidadores prestem cuidados sem capacidades para tal. Esta realidade conduz a uma maior insatisfação das necessidades dos cuidadores.

No caso dos cuidadores conjugais, a idade avançada, a vulnerabilidade de saúde e o baixo suporte informal e formal exigem uma reflexão sobre como satisfazer as necessidades destes cuidadores. A literatura evidencia que os cuidadores mais velhos e com problemas de saúde declaram maiores dificuldades na prestação de cuidados (Dahlberg et al., 2007; Navaie-Waliser et al., 2002). Nesta perspetiva os serviços de SAD deveriam ser mais diversificados e com maior duração, o tempo utilizado por cada utente do SAD deveria ter por base critérios objetivos, como o estado funcional do utente e a rede de suporte social e que deveriam garantir a cobertura das necessidades primárias dos cuidadores, nomeadamente através da cobertura das necessidades psicológicas e sociais (Carretero et al., 2007; Martin et al., 2010).

Segundo Carretero et al. (2007, pp. 746–747) os serviços de apoio no domicílio não são suficientes para reduzir o stress do cuidador, na medida em que não são suficientemente intensivos e frequentes para que o cuidador consiga descansar (alívio do cuidador); não cobrem todas as necessidades do cuidador e da pessoa dependente (principalmente o apoio psicológico através de programas psicoeducativos que lhes forneçam habilidades estratégicas e aliviem o desconforto emocional dos cuidadores informais); e não são realizadas adequadas avaliações das necessidades dos cuidadores e dos recetores de cuidados, contemplando apenas um apoio instrumental.

Na nossa investigação os cuidadores conjugais com 50 e mais anos revelam uma insatisfação relativamente às necessidades materiais (prático-instrumentais e económicas), socioafetivas e de liberdade, saúde e informativas e de formação. A insatisfação destas necessidades por parte dos cuidadores conjugais resulta da baixa capacidade pessoal (idade avançada, comorbilidades, dificuldades económicas e baixo capital social) e oportunidades sociais deficitárias (serviços sociais e de saúde incipientes e que não reconhecem o cuidador informal como foco de intervenção) existentes em Portugal.

A realidade dos cuidadores conjugais analisados faz com que devamos olhar para estes cuidadores como alvos de uma intervenção multidisciplinar. No estudo sobre cuidados conjugais realizados pelas esposas, Diogo, Ceolim & Cintra (2005, p. 99) apelidam as esposas cuidadoras como "*vítimas ocultas*", na medida em que estas "(...) *convivem com o isolamento, a solidão e a sobrecarga de funções*", sendo responsáveis

pelo cuidado permanente (24horas), suportando o seu próprio envelhecimento e o comprometimento físico, assim como as responsabilidades financeiras e legais inerentes". Estes cuidadores são também referidos como "pacientes secundários" ou "pacientes escondidos" (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008, pp. 341–343) que vivenciam sérias consequências físicas e mentais derivado do seu trabalho (físico e emocional) e da reduzida atenção da sua própria saúde e cuidados de saúde. Neste sentido, os cuidadores conjugais necessitam de maior proteção e orientação tanto dos seus familiares, como das equipas de cuidados formais na gestão das tarefas e exigências físicas e mentais dos cuidados (Reinhard et al., 2008).

As políticas públicas portuguesas devem reconhecer legalmente o papel do cuidador conjugal e a ter em atenção as capacidades (saúde, educação, capital social e condição económicas), as necessidades e as mudanças no perfil do cuidador. As alterações ao nível do perfil do cuidador informal deverão pressionar os serviços sociais e de saúde a adaptarem-se e a mudar (Kuuppelomaki et al., 2004), na medida em que estes não se encontram adaptados para este novo perfil de cuidadores e nada têm feito para inserir os cuidadores no sistema de cuidados. García & Bazo (2001, pp. 42–43) referem que o cuidado é uma relação de duas vias, com ambas as partes responsáveis pelo processo e cujas políticas de melhoria de QdV e de acesso a serviços deve atender tanto às necessidades e demandas tanto do recetor como do cuidador.

CAPÍTULO IX- DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS

“Quality of life is not only influenced by individual life course experiences and psychological resources but also by the constraints and opportunities different societies provide”.

(Doblhammer, Kreft, Steinberg, & Ziegler, 2010, p. 32)

Chegados à fase final da nossa investigação, o presente capítulo tem como objetivos a discussão e integração dos resultados da análise quantitativa e qualitativa e referência das principais conclusões, limitações e implicações dos resultados para as políticas públicas e investigações futuras. Num contexto de um acelerado envelhecimento demográfico e de várias mudanças sociais, económicas e políticas, o envelhecimento dos próprios prestadores de suporte informal constitui um importante desafio para a Europa. Tendo em consideração este desafio, tornou-se importante desenhar uma investigação que nos permitisse ter uma visão mais alargada sobre a prestação de suporte informal (cuidado corresidencial e apoio extrarresidencial) realizado pelos indivíduos com 50 e mais anos.

Falar sobre prestadores de cuidado informal corresidencial e prestadores de apoio informal extrarresidencial com 50 e mais anos implica conhecer a sua prevalência e as suas características. Neste sentido, a nossa investigação iniciou-se com a análise da prevalência dos dois tipos de prestadores de suporte informal estudados nos 16 países europeus participantes na quarta vaga do SHARE. A literatura corrobora os nossos resultados que evidenciam uma maior prevalência de prestadores de cuidado corresidencial com 50 e mais anos nos países do Sul (12.4% Portugal, 10.2% Itália e 9.5% Espanha) e Leste da Europa (9.1% Estónia e Hungria) e uma maior prevalência de prestadores de apoio extrarresidencial nos países do Norte (45% na Dinamarca e 39% na Suécia) e Centro da Europa (34% Bélgica e 30% na Alemanha) (Glendinning et al., 2009; Isengard & Szydlik, 2012; Kalmijn & Saraceno, 2008; Litwin, 2009; Ogg & Renaut, 2006; Pommer et al., 2007; Rodrigues et al., 2012). Os nossos dados demonstram ainda que os indivíduos com 50 e mais anos dos países do Sul e Leste da Europa são os que assumem o suporte informal mais intensivo e pesado (maior prestação de cuidados pessoais corresidenciais realizados todos os dias ou quase todos os dias e maior frequência diária de prestação de apoio extrarresidencial). Estas

disparidades refletem a existência de diferenças culturais, económicas, políticas, sociais, de saúde, estruturas formais e de regimes de cuidado na Europa que favorecem ou limitam a participação e frequência dos indivíduos com 50 e mais anos nos diferentes tipos de suporte informal (Brandt et al., 2009; Daatland, 2001; Eriksen et al., 2013; Glaser et al., 2004; Kohli et al., 2005; Lyberaki et al., 2013; Reimat, 2009).

Nesta análise Portugal evidencia-se pela maior proporção de cuidadores corresidenciais com 50 e mais anos (12.4%) e menor proporção de prestadores de apoio extrarresidencial (10.8%), nos 16 países analisados. Estes resultados confirmam que, em Portugal, assim como nos restantes países do Sul da Europa, os indivíduos com 50 e mais anos assumem um papel importante como prestadores de cuidados pessoais instrumentais corresidenciais, em caso de dependência. E que a debilidade de políticas, de estruturas de apoio formal e de oportunidade, assim como as atuais circunstâncias socioeconómicas potenciam a prestação de suporte informal corresidencial em detrimento do suporte informal extrarresidencial (Hank & Stuck, 2008; Isengard & Szydlik, 2012; Kääriäinen & Lehtonen, 2006; Motel-Klingebiel et al., 2005; Sarasa & Mestres, 2005). A reduzida proporção de prestadores de apoio extrarresidencial em Portugal, assim como nos restantes países do Sul da Europa, comparativamente com os restantes países, é também explicada pelas diferentes interpretações de “apoio” existentes nos vários países analisados. Nos países do Norte da Europa o apoio surge associado mais à dimensão afetiva, enquanto nos países do Sul da Europa o apoio assume um cariz mais instrumental (Ogg & Renaut, 2006).

Reconhecendo a existência de diferenças ao nível da prevalência da prestação de suporte informal providenciado pelos indivíduos com 50 e mais anos, procedemos à análise da nossa primeira hipótese de investigação, na qual prevíamos que os prestadores de cuidado informal corresidencial e os prestadores de apoio informal extrarresidencial diferiam significativamente dos não prestadores de cuidado/apoio informal ao nível das características sociodemográficas, económicas, de saúde, número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos e número de atividades sociais. Os resultados confirmaram que, apesar da existência de especificidades nacionais, existem diferenças significativas entre os grupos na maior parte das características analisadas (Barrow & Harrison, 2005; De Koker, 2009; Tennstedt et al., 1993). Estas diferenças são mais significativas para o grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial.

As análises de regressão multinomial revelam que em metade dos países analisados (Bélgica, França, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia e República Checa) os prestadores de suporte informal corresidencial têm maiores chances de possuírem idades mais avançadas, comparativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio, e que, inversamente, em todos os países os indivíduos que prestam apoio extrarresidencial têm menores chances de terem idades mais avançadas. A idade avançada dos prestadores de cuidados corresidenciais corrobora os estudos de Glendinning et al. (2009, p. 75) e Alber & Kohler (2004, p. 64) que afirmam que os cuidados corresidenciais são maioritariamente prestados por indivíduos mais velhos. Estes resultados são justificados pelo facto destes indivíduos possuírem maiores sentimentos de dever e reciprocidade e possuírem maiores probabilidades de ter alguém para cuidar (Iliffe, Levin, Kharicha, & Davey, 2005; Mentzakis et al., 2009). A idade menos avançada dos prestadores de apoio extrarresidencial poderá estar relacionada com a existência de um conjunto de circunstâncias, tais como o emprego, responsabilidades familiares, proximidade geográfica e a não coabitação, que favorecem a prestação de suporte extrarresidencial (Finch & Mason, 1993).

Relativamente ao género, os resultados das regressões multinomiais comprovam a literatura que refere que tanto o cuidado corresidencial, como o apoio extrarresidencial (Glendinning et al., 2009; Hoffman & Rodrigues, 2010) são maioritariamente realizados por mulheres. Quanto ao estado civil, o nosso estudo revela que na Alemanha, Bélgica, França, Portugal, Estónia, República Checa, Hungria e Eslovénia os prestadores de cuidados corresidenciais revelam maiores chances de terem parceiro(a). Inversamente, em todos os países analisados os prestadores de apoio extrarresidencial têm menores chances de declararem parceiro(a). Sobre o estado civil, a análise descritiva revela que os prestadores de cuidados corresidenciais prestam cuidados principalmente aos cônjuges, enquanto os prestadores de apoio extrarresidencial prestam suporte especialmente aos pais (32% e 23% respetivamente). Tendo em consideração a crescente necessidade de cuidados domiciliários e a aproximação da esperança média de vida entre homens e mulheres, a nossa investigação reforça a crescente importância dos cuidadores conjugais corresidenciais (Gaymu, 2008; Hoffman & Rodrigues, 2010; Johnson & Schaner, 2005; Lundsgaard, 2006). Os dados demonstram ainda que os prestadores de apoio extrarresidencial têm menores chances de declararem parceiro(a), contrariando as conclusões De Koker (2009) que conclui que os indivíduos não casados têm menores chances, comparativamente com os casados, de prestarem cuidados

extrarresidenciais. Os nossos resultados parecem confirmar que as responsabilidades familiares legitimam o não envolvimento no suporte informal extrarresidencial (Finch & Mason, 1993).

A investigação evidencia também que, na análise ao conjunto dos 16 países, os cuidadores corresidenciais possuem as menores chances de terem um nível de escolaridade alto, comprovando os estudos que indicam que se verifica uma tendência para os indivíduos menos escolarizados possuírem maiores chances de prestarem suporte informal a um elemento do agregado familiar (Carmichael, Charles, & Hulme, 2010). Contudo na análise individual aos países verificamos que este resultado apenas é significativo na Itália, nos restantes países não se verificam diferenças significativas entre o grupo dos cuidadores corresidenciais e o grupo dos indivíduos que não presta suporte informal. Inversamente os prestadores de apoio extrarresidencial possuem maiores chances de declararem um nível de escolaridade alto. Este resultado é significativo em todos os países e sugere que os indivíduos mais escolarizados possuem maiores motivações para a prestação de suporte informal extrarresidencial. Reconhecendo que o suporte informal corresidencial é mais intensivo do que o suporte extrarresidencial (Arber & Ginn, 1995; Campbell & Martin-Matthews, 2000), estes resultados corroboram Hosseinpoor, Bergen, & Chatterji (2013) e Colombo et al. (2011) que referem que o maior nível de educação encontra-se associado à prestação de suporte informal menos intensivo, principalmente de apoio no transporte/mobilidade fora da habitação e cuidados de saúde.

No que confere à situação perante o emprego, a literatura refere que os cuidadores que prestam cuidados mais intensivos têm menores probabilidades de estarem empregados, na medida em que a atividade de cuidado tem um grande impacto na continuidade no trabalho e nas horas de trabalho, sendo por isso os reformados os principais prestadores de cuidados corresidenciais (Colombo et al., 2011; Glendinning et al., 2009; Heitmueller, 2007; Leigh, 2010; Mentzakis et al., 2009). A presente análise apenas corrobora a literatura no caso de Portugal e Espanha, onde os cuidadores corresidenciais, comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio, possuem maiores chances de estarem reformados. Relativamente aos prestadores de apoio extrarresidencial a nossa análise evidencia que estar na situação de reformado comparativamente a outras situações aumenta as chances de pertença ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial na Bélgica, França, Portugal, Espanha e Itália. Estes resultados não corroboram a literatura que refere que os prestadores de apoio

extrarresidencial tendem a ser indivíduos em idade profissional ativa, logo a estarem empregados ou desempregados (Glendinning et al., 2009). Uma explicação para estes resultados poderá estar na necessidade de execução de suporte instrumental, exigindo por isso uma maior disponibilidade dos prestadores de suporte. Na nossa análise a variável situação perante o emprego, não se mostrou uma determinante importante.

Relativamente ao rendimento, as nossas análises também não nos permitem chegar a conclusões significativas. Na Suécia+Dinamarca, Alemanha e França o grupo dos prestadores de cuidadores corresidenciais relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio têm menores chances de terem rendimentos elevados. Estes resultados corroboram Mentzakis, MacName & Ryan (2009, p. 283) que referem que os indivíduos mais abastados economicamente prestam menos cuidados corresidenciais. Em Portugal, Espanha, Itália e Polónia os prestadores de apoio extrarresidencial têm maiores chances de possuir rendimentos altos. Estes resultados reforçam a ideia de que possuir um maior rendimento encontra-se relacionado com as idades menos avançadas (Netuveli et al., 2006) e com a presença de maiores responsabilidades familiares e sociais que os “libertam” da realização de suporte informal mais intensivo.

Quanto à saúde dos prestadores de suporte informal, os cuidadores corresidenciais, relativamente ao grupo dos não prestadores de cuidado/apoio têm maiores chances de declararem um maior número de limitações na mobilidade em nove países (Suécia+Dinamarca, Alemanha, Suíça, Áustria, Portugal, Itália, Estónia, República Checa e Hungria) e maiores percentagens de duas ou mais doenças crónicas em seis países (Suécia + Dinamarca, França, Itália, Estónia, República Checa e Eslovénia). Estes resultados corroboram os estudos que associam este tipo de suporte informal a pior saúde comparativamente com os não cuidadores (Barrow & Harrison, 2005; De Koker, 2009; Mentzakis et al., 2009). Sobre a prestação de cuidado corresidencial De Koker (2009) reforça que prestar cuidados corresidenciais a um membro do agregado pode constituir um fator de risco para a saúde e ser considerado uma consequência e não um determinante do tipo de suporte informal. Fatores como a idade avançada dos cuidadores corresidenciais (maior idade encontra-se relacionada com maiores limitações na mobilidade e presença de doenças crónicas) (Canbaz et al., 2003; Mottram et al., 2008) e as características do tipo de suporte informal realizado (cuidado pessoal) (Alber & Kohler, 2004; Barrow & Harrison, 2005; Glendinning et al., 2009) podem também contribuir para que estes cuidadores possuam maiores debilidades ao nível da sua saúde física. Inversamente, os prestadores de apoio extrarresidencial não se distinguem dos

não prestadores de cuidado/apoio ao nível das limitações na mobilidade e presença de duas ou mais doenças crónicas, contudo apresentam maiores níveis de memória e maior atividade física. Os resultados reforçam os estudos de Barrow & Harrison (2005) que concluem que os prestadores de suporte extrarresidencial são indivíduos fisicamente mais ativos e De Koker (2009) que verifica que não existe uma relação significativa entre a prestação de suporte extrarresidencial e a saúde. Nesta perspetiva, o nosso estudo corrobora De Koker (2009) que refere que prestar suporte informal extrarresidencial pode ter menos consequências negativas para a saúde. Ainda relativamente à saúde, os resultados na nossa investigação não corroboram os estudos que associam a prestação de cuidado informal em idades avançadas a melhores condições de saúde física dos cuidadores (Herrera et al., 2013; Trivedi et al., 2013). Os nossos dados sugerem que a não diferenciação do local de prestação de cuidados em alguns estudos poderá “camuflar” a saúde dos prestadores de suporte informal corresidencial com 50 e mais anos e legitimar que estes indivíduos não necessitam de suporte.

Em todos os países analisados os prestadores de cuidados corresidenciais possuem maiores chances de declararem quatro ou mais sintomas depressivos, comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidado/apoio. Este resultado evidencia que, nos 16 países analisados, os prestadores de cuidado corresidencial encontram-se em risco de depressão (Dewey & Prince, 2005a). A idade mais avançada dos cuidadores corresidenciais e as especificidades associadas a este tipo de suporte, nomeadamente à maior frequência e tipo de tarefas (cuidados pessoais) (Colombo et al., 2011; Hiel et al., 2015; Pinguart & Sorensen, 2007), podem contribuir para estes resultados. Relativamente ao grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial, em apenas quatro países (Suíça, Áustria, Polónia e República Checa) os prestadores deste tipo de suporte possuem maiores chances de declararem quatro ou mais sintomas depressivos.

Quanto ao número de atividades sociais, apenas o grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial se diferencia do grupo dos não prestadores de suporte informal, possuindo um maior número de atividades sociais em todos os países analisados. Este resultado volta a reforçar a necessidade de diferenciar o local de realização do suporte informal, na medida em que os estudos sobre esta temática demonstram que a prestação de suporte informal se encontra associada a uma diminuição das atividades sociais (Glendinning et al., 2009; Stevens et al., 2004). Na nossa investigação, à exceção da Holanda e Eslovénia onde os prestadores de cuidados corresidenciais possuem maior

número de atividades sociais, os prestadores de cuidado corresidencial não se diferenciam significativamente do grupo dos não prestadores de suporte informal ao nível da participação nas atividades sociais.

O grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial (Suécia+Dinamarca, Alemanha, Holanda, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Portugal, Espanha, Estónia, Polónia, R. Checa e Eslovénia) e cuidado corresidencial (Suécia+Dinamarca, Holanda, Bélgica, França, Suíça, Estónia, R. Checa, Hungria e Eslovénia) evidenciam-se do grupo dos não prestadores de apoio/cuidado possuindo um maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos. Estes resultados comprovam que as redes sociais, aquando de uma situação de prestação de suporte informal, se mobilizam para providenciar apoio emocional aos cuidadores (Steiner et al., 2008).

Os resultados reforçam a necessidade de diferenciar o local de prestação de suporte informal para uma análise mais aprofundada do perfil dos prestadores de suporte informal e para uma melhor compreensão sobre a condição de prestador de suporte informal com 50 e mais anos. Com a promoção das políticas de desinstitucionalização, o aumento da idade da reforma e a menor disponibilidade dos descendentes para a prestação de suporte informal, a análise das características dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos terá uma importância acrescida no futuro, em todos os países europeus. A presente investigação conclui que o grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial comparativamente com o grupo dos não prestadores de cuidados/apoio têm maiores chances de serem mais novos, mulheres, indivíduos sem parceiro(a), mais escolarizados, mais ativos fisicamente, possuírem maiores níveis de memória, possuírem maior número de atividades sociais e um maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos. Quanto ao grupo dos prestadores de cuidado corresidencial, estes caracterizam-se principalmente por terem maiores chances de declararem quatro ou mais sintomas depressivos em todos os países analisados. Os dados evidenciam ainda que na maior parte dos países o grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais têm maiores chances de possuírem idades mais avançadas, serem maioritariamente mulheres, terem parceiro, possuírem pior saúde física (limitações na mobilidade e doenças crónicas) e terem um maior número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos.

Estes resultados comprovam a nossa primeira hipótese de investigação que previa que existiam diferenças no grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial e o grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais, comparativamente com o grupo dos não

prestadores de cuidado/apoio. Se por um lado, o grupo dos prestadores de apoio extrarresidencial possui uma boa saúde física, mental, social e um maior nível de escolaridade para a prestação de suporte informal. Por outro lado, o grupo dos prestadores de cuidados corresidenciais possui características de vulnerabilidade, nomeadamente idade avançada, maiores chances de declararem um maior número de limitações na mobilidade, duas ou mais doenças crónicas e maior presença de quatro ou mais sintomas depressivos, fatores que os poderão limitar na execução do papel de cuidador e agravar a sua saúde. Estes resultados comprovam que os prestadores de cuidados corresidenciais providenciam cuidados pessoais, mesmo quando eles próprios possuem fragilidades ao nível da saúde física e mental, demonstrando a necessidade de criação de políticas diferenciadas para estes cuidadores.

Esta investigação evidencia a necessidade de elaborar mais estudos sobre os motivos que levam os indivíduos com 50 e mais anos a prestarem os diferentes tipos de suporte informal (corresidencial e extrarresidencial). Segundo Haberkern et al. (2012) o envolvimento da família na prestação de cuidados é cada vez mais baseado em questões normativas e circunstâncias materiais e sociais (emprego, a distância física e a situação familiar). Neste sentido, na família a negociação sobre quem vai assumir a prestação de suporte depende, frequentemente, da existência de “desculpas legítimas”, ou seja da existência de situações ou motivos aceitáveis (emprego, responsabilidades familiares, competências, distância geográfica e poucos recursos financeiros) para a não realização da responsabilidade familiar (Finch & Mason, 1993; Finch, 1994). Nesta negociação os indivíduos que corresidem com a pessoa dependente são os que possuem menos “desculpas legítimas” para a não prestação de cuidado (Chappell, 1991; Finch & Mason, 1993; Finch, 1994). Tendo em atenção que as previsões apontam para um aumento da necessidade de cuidados corresidenciais (NATSEM, 2004; Pickard et al., 2000) e para o facto deste aumento poder mudar o equilíbrio entre o suporte informal corresidencial e extrarresidencial (Mentzakis et al., 2009), importantes mudanças poderão ocorrer no perfil do prestador de suporte informal. Neste sentido, a prestação de cuidado corresidencial, realizada por indivíduos mais velhos e mais vulneráveis, ao nível da saúde física e mental, poderá comprometer a continuidade da prestação de cuidados corresidenciais e a saúde dos próprios cuidadores. Por outro lado, a diminuição da coabitação intergeracional poderá “libertar” cada vez os familiares “mais capazes” da prestação de um suporte mais intensivo, através de um conjunto de circunstâncias ou “desculpas legítimas” e sobrecarregar os cuidadores corresidenciais e

políticas públicas. Nesta perspetiva, as políticas públicas terão que repensar e se reajustar às características e necessidades destes dois tipos de prestadores de suporte informal, criando políticas diferenciadas e adequadas às suas necessidades.

Considerando as características dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos, avançámos para análise da nossa segunda hipótese de investigação, onde prevíamos que a prestação de cuidado informal corresidencial era um preditor de má QdV. Os resultados das nossas análises, revelaram que em 11 países (Alemanha, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia, República Checa e Hungria) a prestação de cuidados corresidenciais, realizada por indivíduos com 50 e mais anos, encontra-se relacionada com uma baixa QdV, enquanto que em 5 países (Holanda, Suécia, Dinamarca, Polónia e Eslovénia) esta relação não foi significativa. Os resultados vão ao encontro da literatura que defende que a prestação de cuidados se encontra relacionada ou a uma diminuição da QdV (Ho et al., 2009; Netuveli et al., 2006; Rösler-Schidlack et al., 2011; Ross et al., 2008; Wong et al., 2012; Yang et al., 2012) ou a uma ausência de relação com a QdV (Hubley et al., 2003; McMunn et al., 2009). Nos países do Norte da Europa (Suécia, Dinamarca) e na Holanda a prestação de cuidados corresidenciais realizada pelos indivíduos com 50 e mais anos não se relaciona significativamente com a QdV. Como justificação para este resultado poderá estar a menor prevalência deste tipo de suporte informal (Hank, 2011; Rodrigues et al., 2012), assim como os melhores níveis de saúde dos indivíduos com 50 e mais anos (Eriksen et al., 2013; Pommer et al., 2007) e a existência de regimes de cuidados mais avançados, com estruturas formais de cuidado mais desenvolvidas e políticas de apoio ao cuidador informal (Lyberaki et al., 2013; Pommer et al., 2007). Na Polónia e Eslovénia esta relação também não foi significativa, apesar de estes países estarem associados à existência de piores níveis de saúde, poucos serviços de provisão de cuidados formais (residenciais e domiciliários) e apoios financeiros medianos (Eriksen et al., 2013; Saraceno & Keck, 2010). Estes resultados sugerem uma maior análise e conhecimento da realidade destes países e comprovam Scruggs & Allan (2006) que afirmam a necessidade analisar os programas individuais de bem-estar de cada país para uma melhor compreensão da realidade..

Inversamente nos países do centro, nomeadamente na Alemanha, Bélgica, França, Suíça e Áustria, a prestação de cuidados corresidenciais está significativamente relacionada com uma baixa QdV dos cuidadores corresidenciais. Nestes países a família assume-se como a unidade primária de cuidados, contudo as pessoas com

problemas de saúde mais graves têm acesso legal a serviços públicos (Pommer et al., 2007). Também nos países do Sul (Portugal, Espanha, Itália) e Leste da Europa (Estónia, República Checa e Hungria) a prestação de cuidados corresponsáveis está relacionada com uma baixa QdV. Nestes países as famílias são as principais responsáveis pela prestação de cuidados, contudo os indivíduos com 50 e mais anos possuem baixos níveis de saúde e beneficiam de cuidados formais pouco desenvolvidos (Eriksen et al., 2013; Lyberaki et al., 2013; Pommer et al., 2007), características que podem comprometer a QdV dos prestadores de cuidados corresponsáveis.

Relativamente à prestação de apoio extrarresidencial, constatámos que apenas os indivíduos com 50 e mais anos da Alemanha, Bélgica, França, Holanda e Estónia se encontram relacionados com uma baixa QdV. Nos restantes países analisados não existe relação significativa entre a prestação deste tipo de suporte e a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos. Sobre a relação entre a prestação de apoio extrarresidencial e a QdV, a literatura ainda é escassa. Wahrendorf, Kenesebeck, & Siegrist (2008, p. 194) concluíram que os indivíduos que iniciaram uma atividade de apoio informal extrarresidencial entre duas vagas revelaram um aumento da QdV. Os resultados da nossa investigação não nos permitiram estudar a evolução da QdV, na medida em que a nossa investigação não tem um carácter longitudinal. Há que salientar ainda que a nossa investigação difere do estudo realizado por Wahrendorf, Kenesebeck, & Siegrist (2008, p. 194), na medida em que os mesmos apenas consideraram as atividades de apoio informal extrarresidencial, enquanto na nossa investigação consideramos atividades de apoio nas tarefas domésticas e/ou cuidado pessoal extrarresidencial.

Sobre a prestação de suporte informal extrarresidencial, Glendinning et al. (2009) alertam para o facto destes prestadores vivenciarem frequentemente problemas com a gestão do tempo (tempo de viagem e compromissos) e problemas financeiros (custo com cuidados e com as viagens). Também a idade menos avançada destes prestadores de suporte contribui para a coexistência de várias responsabilidades, nomeadamente ao nível familiar e profissional. Attias-Donfut, Ogg & Wolff (2005) apelidam os prestadores de suporte mais novos de “geração pivot”, referindo estes indivíduos têm que, simultaneamente, prestar suporte informal aos seus ascendentes (pais) e descendentes (filhos e netos) e muitas vezes ainda continuar a desenvolver uma atividade profissional. Esta sobrecarga de papéis, conjugada com algumas debilidades nos serviços formais e nas políticas de apoio aos cuidadores poderão justificar esta relação, em países com uma prevalência alta de prestadores de apoio extrarresidencial.

Mediante o modelo de QdV adotado nesta investigação, os dados parecem indicar que as características do Modelo Público da Suécia e Dinamarca (Pommer et al., 2007) conseguem proteger a QdV dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos, contrariamente aos restantes modelos. Nos países do Sul (Portugal, Espanha e Itália) e Leste (Estónia, República Checa e Hungria) da Europa, apenas a prestação de cuidado corresidencial encontra-se associada a uma diminuição da QdV, enquanto nos países do Centro da Europa (Modelo Misto), mais especificamente na Alemanha, Bélgica e França, a prestação de suporte informal corresidencial e extrarresidencial realizados pelos indivíduos com 50 e mais anos, relacionam-se com uma baixa QdV. Também na Holanda a prestação de apoio extrarresidencial encontra-se relacionada com uma baixa QdV. Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados por Pommer et al. (2007), que posicionam a Holanda no grupo dos países continentais (Modelo Misto).

Os resultados destas análises, a par da existência de uma tendência convergente na Europa para o Modelo Misto (tendência para exigir uma maior responsabilização familiar nos países do Norte da Europa e tendência para uma maior cobertura pública da dependência nos países do Sul e Leste) (Pavolini & Ranci, 2008), parecem questionar a capacidade do Modelo Misto para proteger a QdV dos prestadores de suporte com 50 e mais anos. Na maioria dos países do Centro da Europa prestar suporte informal (corresidencial ou extrarresidencial) depois dos 50 anos encontra-se relacionado com uma baixa QdV. Estes resultados apontam para a necessidade de uma maior investigação ao nível da condição de prestador de cuidados corresidenciais com 50 e mais anos nos países do Sul, Leste e Centro da Europa e ao nível da condição de prestador de suporte extrarresidencial nos países do Centro e Holanda, com o objetivo de promover políticas públicas adequadas às realidades existentes nos diversos países. Estes resultados reforçam a existência de um grande número países na Europa com serviços limitados para os idosos e prestadores de suporte (Saraceno & Keck, 2010). Investigações recentes (Ruppanner & Bostean, 2014; Verbakel, 2014) evidenciam que a maior disponibilidade de recursos formais (cuidados de longa duração) e as maiores transferências para os idosos contribuem para uma redução da diferença de bem-estar entre cuidadores informais e o grupo dos não cuidadores. Estes resultados estão em linha com os encontrados na nossa investigação, onde os indivíduos com 50 e mais anos dos países com maiores apoios públicos (Suécia e Dinamarca) não vêm a sua QdV afetada pela prestação de suporte informal.

Para além da análise aos Regimes de Cuidado e de Bem-estar, é necessário evidenciar também a existência de importantes diferenças entre os países ao nível das necessidades de saúde (com os indivíduos dos países de Leste e Sul da Europa a revelarem pior níveis de saúde) (Eriksen et al., 2013) e tipo de redes de suporte (com os indivíduos dos países do Sul da Europa a serem mais apoiados pelas redes informais e os indivíduos do Norte e de alguns países do Centro da Europa a beneficiarem de mais apoio formal) (Lyberaki et al., 2013) dos indivíduos com 50 e mais anos. Estas diferenças poderão também condicionar a satisfação das necessidades dos prestadores de suporte informal e consequentemente a sua QdV.

Confirmada a nossa segunda hipótese em 11 países estudados, decidimos analisar os preditores de QdV dos cuidadores informais corresidenciais com 50 e mais anos. Esta análise foi realizada apenas nos 11 países onde a prestação de cuidados corresidenciais se assumiu como preditor de baixa QdV e os países foram agrupados segundo Regimes de Cuidado e de Bem-estar, devido ao reduzido número de cuidadores em alguns países. De acordo com a nossa análise, a prestação de cuidados corresidenciais nos diferentes grupos de países (Centro, Sul e Leste da Europa) analisados aponta para uma convergência da maior parte dos preditores de QdV. Ter um maior número de limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), possuir duas ou mais doenças crónicas, ter quatro ou mais sintomas depressivos, declarar menor atividade física e prestar de cuidados corresidenciais ao cônjuge apresentam-se como preditores de baixa QdV em todos os grupos de países analisados. Inversamente declarar um maior número de atividades sociais apresenta-se como preditor de boa QdV, contudo verificam-se algumas especificidades entre os grupos de países. Nos países do Sul da Europa o género assume-se como preditor de baixa QdV, com as mulheres prestadoras de suporte corresidencial a possuírem baixos níveis de QdV. Este resultado confirma a literatura que refere que nos países do Sul da Europa existem diferenças de género relativamente à QdV (Wahrendorf et al., 2008) e que as mulheres cuidadoras possuem menor QdV comparativamente com os cuidadores do género masculino (Morley et al., 2012; Netuveli et al., 2006; Thomas et al., 2006).

Nos países do Centro e Leste da Europa maior rendimento relaciona-se com uma maior QdV, enquanto nos países do Sul da Europa esta relação não foi significativa. Estes resultados reforçam os estudos internacionais (Colombo et al., 2011, p. 103) que referem que a prestação de cuidados encontra-se associada a maior probabilidade de experienciar pobreza em todos os países analisados, à exceção do grupo dos países do

Sul da Europa, onde a presença de agregados mais numerosos parece favorecer uma maior estabilidade financeira. Ainda sobre o rendimento, Marques, Teixeira & Souza (2012) referem que os cuidadores portugueses revelam maiores sobrecargas físicas e emocionais do que financeiras. Nos países do Centro da Europa a prestação de cuidados aos filhos relaciona-se com uma baixa QdV, comprovando os estudos (Hirst, 2005) que relacionam este tipo de cuidado com uma diminuição da QdV.

Os resultados da RLM mostram ainda que a idade, o ter parceiro(a), a escolaridade, a situação profissional, o nível de memória e o número de pessoas a quem presta cuidados não se assumem como preditores de QdV. Relativamente à idade, a nossa investigação corrobora as conclusões de Yang et al. (2012) e Netuveli & Blane (2008, pp. 115–116) que referem que, quando ajustadas outras influências não existe uma relação significativa entre a idade e a QdV. Este resultado reforça a ideia que a idade dos cuidadores por si só não constitui um preditor de baixa QdV. Ter um parceiro(a) também não se relaciona com a QdV, contrariando os estudos que apontam para uma maior QdV dos indivíduos com parceiro(a) (Thomopoulou et al., 2010). Este resultado pode ser explicado pelo facto deste tipo de suporte informal estar muito associado ao cuidado conjugal. Quanto ao nível de escolaridade, a literatura refere que uma maior escolaridade contribui para uma maior QdV (Ateca-Amestoy & Ugidos, 2013; Higgs et al., 2005; Knesebeck et al., 2005; Wahrendorf et al., 2008), contudo nos cuidadores corresidenciais a escolaridade não se assume um preditor de QdV. A memória e o maior número de indivíduos cuidados também não se assumiram como preditores de QdV.

Estes resultados evidenciam a necessidade de uma intervenção ao nível da saúde física e mental dos cuidadores corresidenciais, assim como a necessidade de uma diferenciação do tipo de relação entre os cuidador e o beneficiário de cuidados e uma maior promoção da participação dos cuidadores corresidenciais em atividades sociais. A prestação de cuidados corresidenciais encontra-se associada à execução de tarefas instrumentais e a maior número de horas de cuidado, o que poderá comprometer a saúde física e mental dos cuidadores e acelerar o processo de institucionalização do beneficiário de cuidados. Também as características do cuidado conjugal (mais intensivo, menos suporte informal e formal) poderão justificar estes resultados e evidenciar a necessidade de um apoio diferenciado neste tipo de cuidado. Por fim, a natureza dos cuidados corresidenciais impede, muitas vezes, os cuidadores de realizarem atividades sociais, limitando-os ao nível da sua participação social e realização de atividades de lazer. Neste sentido sugere-se a necessidade de uma intervenção atempada sobre estes

preditores de QdV com o objetivo de prevenir a baixa QdV do cuidador e promover a continuidade da prestação de cuidados.

Sobre a diferenciação do tipo de relação entre cuidador e beneficiário de cuidados, a nossa análise descritiva conclui que os cuidadores conjugais possuem características que os colocam numa posição bastante delicada. Na análise a quatro tipos de cuidadores (conjugais, filiais, parentais e cuidadores de outros), os cuidadores conjugais caracterizam-se por serem mais velhos, maioritariamente reformados, por um equilíbrio de género, pela fragilidade na saúde física, mental e comportamental, pela baixa participação em atividades sociais e ainda pelo menor número de indivíduos considerados próximos ou muito próximos. Estes resultados estão em linha com as investigações recentes que revelam que os cuidadores conjugais apresentam fortes características de vulnerabilidade (Reinhard et al., 2014). Ajustando os dados à idade e ABVD, o nosso estudo mostra ainda que, dentro dos grupos de países analisados (centro, sul e norte), não se verificam diferenças significativas de género relativamente à QdV dos cuidadores conjugais. Este resultado corrobora investigações recentes que não encontram diferenças significativas de QdV entre os cuidadores conjugais do género masculino e feminino (Nogueira et al., 2015).

Considerando que a investigação quantitativa conclui que a prestação de cuidado conjugal corresidencial reduz a QdV nos três grupos de países analisados e as projeções que indicam um forte aumento do cuidado conjugal corresidencial nos próximos anos (Glendinning et al., 2009; Lundsgaard, 2006; Pickard & King, 2012; Wittenberg et al., 2008), na segunda fase da nossa investigação quisemos compreender porque é que este tipo de cuidados contribui para uma diminuição da QdV. Para tal, entrevistámos 25 cuidadores conjugais corresidenciais com 50 e mais anos. Para cumprimento deste objetivo adotámos três eixos de análise:

1. Características do cuidador e dos cuidados (caraterísticas sociodemográficas e de saúde dos cuidadores, caraterísticas dos recetores de cuidados, tipo de tarefas realizadas, apoios recebidos, motivações e capacidades pessoais);
2. Oportunidades Sociais dos cuidadores;
3. Necessidades dos cuidadores.

Na análise ao primeiro eixo constatamos que os cuidadores conjugais entrevistados caracterizam-se pela idade avançada (entre os 64 e os 87 anos) (Van Groenou et al., 2013; Galvin et al., 2010; Johnson & Schaner, 2005; Lavela & Ather, 2010; Pinquart & Sorensen, 2011; Reinhard et al., 2014; Romão et al., 2008), a totalidade dos cuidadores

encontrarem-se na situação de reformados (Reinhard et al., 2014; Romão et al., 2008), 11 dos 25 cuidadores são do sexo masculino apontando para um equilíbrio de género neste tipo de prestação de cuidados (Hoffman & Rodrigues, 2010; Romão et al., 2008), possuem baixos níveis de escolaridade (Colombo et al., 2011; Reinhard et al., 2014) e baixa saúde física e mental (Lavela & Ather, 2010; Lundsgaard, 2006). A análise qualitativa evidencia ainda que estes cuidadores conjugais entrevistados possuem agregados reduzidos (13 dos 25 cuidadores vivem apenas com o cônjuge dependente), prestam frequentemente apoio a outros indivíduos do agregado, para além dos cônjuges (6 cuidadores), e prestam cuidados a cônjuges bastante dependentes (14 beneficiários de cuidados estão totalmente ou severamente dependentes nas Atividades Básicas de Vida Diária, Índice de Barthel), cujas principais causas de dependência são o AVC e doença de Alzheimer.

Na análise às tarefas de cuidado realizadas por estes cuidadores, concluímos que os cuidadores conjugais com 50 e mais anos entrevistados prestam uma multiplicidade de tarefas de cuidado, desde a preparação de refeições (pequeno-almoço, lanches, almoço e jantar), apoio na alimentação (cortar a comida e/ou administrar a comida), apoio prático-instrumental no cuidado pessoal, apoio na saúde, apoio nas tarefas domésticas e apoio emocional. Estes resultados estão em sintonia com a ideia de familialismo existente em Portugal, que se baseia na instrumentalidade, existência de apoios formais débeis e no modelo em que os indivíduos aprenderam a contar consigo próprios (Carvalho, 2012; Martin et al., 2013; Portugal, 2014, pp. 264–265).

Ao nível do apoio informal e formal, a literatura confirma que este tipo de cuidadores beneficiam de fracos apoios (Reinhard et al., 2014; Shirai et al., 2009). O apoio informal instrumental é providenciado essencialmente pelos filhos, genros, noras e netos e em períodos do dia e da semana específicos, nos quais o apoio formal não funciona e os filhos se encontram mais disponíveis (manhã, noite e fim de semana). Quanto ao apoio informal emocional, a nossa investigação revela a existência de sentimentos de incompreensão e alguma ausência de apoio emocional por parte de familiares. Relativamente ao apoio formal, os SAD possuem serviços básicos instrumentais, funcionam poucas horas, a maioria não funciona ao fim de semana e não possuem serviços de apoio ao cuidador. Os sistemas de saúde não estão muito presentes no cuidado corresidencial e não reconhecem a figura do cuidador.

Os dados permitem concluir ainda que os cuidadores conjugais entrevistados possuem muitas incapacidades pessoais para a prestação de cuidados. Os resultados da

nossa investigação qualitativa evidenciam que os cuidadores conjugais entrevistados possuem reduzidos níveis de saúde, baixa condição económica, baixos níveis de educação e débeis apoios informais e formais. Sobre as incapacidades de saúde a literatura evidencia que os cuidadores com problemas de saúde possuem uma maior sobrecarga enquanto cuidador (Andrén & Elmståhl, 2007) e maior dificuldade na execução das tarefas de cuidados (Navaie-Waliser et al., 2002). Ao nível económico, a existência de agregados reduzidos, os recentes cortes do Complemento Solidário para Idosos (CSI), resultado da descida do valor do Limiar de Pobreza, juntamente com os baixos valores das reformas e os custos acrescidos associados à prestação de cuidados, poderão explicar as dificuldades económicas sentidas por estes cuidadores. Também a baixa escolaridade dos cuidadores constitui um fator de incapacidade para os cuidadores conjugais entrevistados, diminuindo a sua capacidade de atuação na execução de tratamentos complexos, preparação e administração de medicação, conhecimento das doenças, análise de sintomas e utilização dos meios de comunicação (telefone e telemóvel). Segundo Palm (2013) a crescente tecnologização do cuidado vai permitir a realização de cuidados mais complexos no domicílio e envolver ainda mais o cuidador informal no cuidado. Com a baixa escolaridade dos cuidadores conjugais este processo poderá estar em causa.

No que confere ao apoio informal, os nossos resultados parecem contrariar as conclusões de que as redes sociais em Portugal permitem suprir deficiências de outras esferas de produção de bem-estar (Portugal, 2014, p. 261). Na nossa investigação os cuidadores conjugais 50 e mais anos entrevistados evidenciam um apoio informal muito fragmentado e centralizado nos familiares diretos. Na prestação de cuidados informais a funcionalidade familiar constitui um importante preditor de QdV (Rodriguez-Sanchez et al., 2011). Segundo Domínguez Guedea et al (2009) os cuidadores que beneficiam de múltiplos e permanentes apoios sociais parecem oferecer cuidados de melhor qualidade aos seus familiares, vivenciam maior bem-estar e possuem maior variedade de estratégias para enfrentar os problemas. De acordo com a literatura as incapacidades relacionadas com a saúde (Yang et al., 2012), o rendimento (Ekwall et al., 2007; Yang et al., 2012), a escolaridade (Rogero-García & Rosenberg, 2011; Wong et al., 2012; Yang et al., 2012) e o apoio informal (Rodriguez-Sanchez et al., 2011) constituem importantes fatores que diminuem a QdV dos cuidadores.

Relativamente aos motivos que levam os cuidadores conjugais a assumirem a prestação de cuidados, a análise evidencia a existência de obrigações e/ou deveres

sociais e morais, assim como de sentimentos de afeição, existência de imposições circunstanciais e o desejo de evitar a institucionalização como os principais motivos para os cuidadores assumirem a prestação de cuidados. Estes resultados não confirmam as conclusões de Oudijk, Woittiez, & Boer (2011) que referem que nos países do Sul da Europa a prestação de cuidados não é considerada uma obrigação, devido à existência de agregados extensos onde várias pessoas partilham a prestação de cuidados. Inversamente, a nossa análise reflete a existência de agregados reduzidos, maioritariamente compostos apenas pelo cuidador e beneficiário de cuidados. Estas diferenças na dimensão do agregado podem explicar a diferenças de resultados encontrados. Também a existência de um conjunto de imposições circunstanciais materiais e sociais contribuem para uma menor possibilidade de escolha por parte dos cuidadores na prestação de cuidados e favorece a que estes assumam a prestação de cuidados aos seus cônjuges, mesmo com um complexo conjunto de incapacidades pessoais. Por fim, a ideia negativa associada à institucionalização e a vontade dos beneficiários não quererem ser institucionalizados representam importantes motivos para a prestação de cuidados.

Estes motivos levam a que os cônjuges se sintam obrigados a cuidar dos seus cônjuges, enquanto puderem e até esgotarem todas as suas forças, revelando uma clara falta de opções. Os dados evidenciam que os motivos que levam os cônjuges a assumirem a prestação de cuidados não são apenas individuais (Arksey & Glendinning, 2007), ou seja, para além dos sentimentos de afeição pelos cônjuges, os cuidadores regem-se pelo cumprimento de normas sociais e morais muito naturalizadas (obrigação e dever social e moral e o querer evitar a institucionalização) e por crescentes imposições circunstanciais (corresidência, condição económica, respeito pela individualidade dos filhos, distância geográfica dos filhos e relacionamentos não satisfatórios com os filhos) que limitam as suas escolhas.

No segundo eixo de análise confirmamos que Estado português continua a apoiar-se na ideia de que a família constitui o principal recurso para a prestação de cuidados informais, apostando em serviços sociais e de saúde deficitários e no não reconhecimento do papel de cuidador informal. Relativamente ao apoio formal recebido, os cuidadores conjugais evidenciam uma grande fragilidade nos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) (Carvalho, 2012). Relativamente aos cuidados de saúde, apenas três cuidadores confirmam que possuem apoio formal ao nível da saúde para o cônjuge dependente. Estes resultados comprovam que Portugal possui ainda estruturas

de apoio formal muito deficitárias (CAPELAS, 2009, 2010; Carvalho, 2012; Martin et al., 2010, 2013; Santana et al., 2007). Relativamente às políticas sociais, verificamos a inexistência de políticas de apoio ao cuidador. Quanto aos descendentes, a recente crise económica, a ausência de incentivos à prestação de cuidados informais, o não reconhecimento social do papel de cuidador e ainda a debilidade das políticas públicas dificultam a conciliação entre o mundo do trabalho e o suporte aos ascendentes. Perante esta realidade os cuidadores, por um lado, “libertam” os seus filhos da responsabilidade dos cuidados, fornecendo-lhes “um espaço de liberdade que permite escolhas e decisões” (Portugal, 2014, p. 265) e por outro aumentam a sua responsabilidade devido à debilidade dos serviços formais e políticas públicas que não lhes oferece opções de escolha. Esta realidade, juntamente com a fragilidade física, económica e social dos cuidadores conjugais, exige uma reflexão sobre o papel da família nos cuidados informais, o carácter de complementaridade dos serviços formais e sobre a forma de suprir as necessidades dos cuidadores e promover a sua QdV.

O elevado número de cuidadores corresidenciais em Portugal deverá pressionar o Estado português a reconhecer as necessidades destes cuidadores, que muitas vezes também são idosos e vulneráveis. A fragilidade dos cuidadores conjugais e ausência de oportunidades ao nível das políticas públicas fazem com que os cuidadores conjugais não consigam satisfazer algumas das suas necessidades. A não satisfação das necessidades encontra-se associada a uma diminuição da QdV dos cuidadores, evidenciando a necessidade de adotar um novo olhar sobre as necessidades destes cuidadores, através de uma avaliação multidisciplinar. Na análise ao terceiro eixo de análise, concluímos que os cuidadores apresentam necessidades materiais, nomeadamente ao nível das atividades prático-instrumentais e económicas; necessidades de apoio socioafetivo e de liberdade, nomeadamente a necessidade de manter relacionamentos, de usufruir de suporte emocional, de se sentirem compreendidos e de se sentirem livres para realizar atividades sociais e religiosas que valorizam; necessidades de saúde físicas e mentais e de terem tempo para cuidarem de si; e por fim necessidades informativas e formativas.

A satisfação das necessidades dos cuidadores corresidenciais conjugais 50 e mais anos impõe mudanças significativas nas políticas sociais e de saúde e uma profunda mudança de mentalidades. As necessidades expressas pelos cuidadores conjugais apontam para uma intervenção ao nível económico, da saúde física e mental, participação social e apoio emocional. Prestar cuidados corresidenciais em idades

avançadas pode constituir uma ameaça à QdV dos cuidadores e colocar os cuidadores fora do processo de envelhecimento ativo defendido pelos governos europeus. Se em Portugal no passado os filhos pareciam responder favoravelmente às necessidades dos seus pais idosos, o forte crescimento das imposições circunstanciais tende, atualmente, a libertá-los e “desresponsabilizá-los” dessas funções. Neste processo, os cuidadores conjugais com 50 e mais anos que possuem capacidades pessoais, nomeadamente de saúde, educação, capital social e capacidades económicas, conseguem satisfazer algumas destas necessidades e continuar a prestar cuidados. Quem não possui capacidades pessoais “sobrevive” apenas com apoios formais deficitários. Neste sentido, a nossa investigação aponta para que, na ausência de capacidades pessoais dos cuidadores, as políticas públicas terão que assumir um papel cada vez mais importante na promoção da QdV destes cuidadores.

Principais conclusões

A presente investigação contribui assim para um maior conhecimento científico sobre a temática da prestação de cuidados informais, evidenciando que:

- A Europa apresenta um quadro bastante desigual ao nível da prevalência de cuidadores corresidenciais e prestadores de apoio extrarresidencial com 50 e mais anos.
- Existem diferenças significativas entre os prestadores de cuidados corresidenciais e prestadores de apoio prático/pessoal extrarresidencial, comparativamente com os não prestadores de suporte informal ao nível das características sociodemográficas, de saúde, rede de proximidade emocional e atividades sociais.
- A relação entre prestação de cuidados corresidenciais e/ou prestação apoio prático/pessoal extrarresidencial realizados por indivíduos com 50 e mais anos e a QdV varia entre países: a prestação de cuidados corresidenciais reduz a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos em 11 países europeus (Alemanha, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Portugal, Espanha, Itália, Estónia, República Checa e Hungria), nos restantes países esta relação não é significativa; a prestação de apoio extrarresidencial reduz a QdV dos indivíduos com 50 e mais anos em cinco países europeus (Alemanha, Holanda, Bélgica, França e Estónia), nos restantes países esta relação não é significativa.

- A QdV dos cuidadores corresidenciais é reduzida pelo maior número de limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), pela presença de duas ou mais doenças crónicas, quatro ou mais sintomas depressivos, menor atividade física e pela prestação de cuidados pessoais aos cônjuges. A participação num maior número de atividades sociais aumenta a QdV dos cuidadores corresidenciais.
- A prestação de cuidados corresidenciais conjugais em Portugal, realizados pelos indivíduos com 50 e mais anos, caracteriza-se pela realização de um complexo conjunto de tarefas e pela existência de um conjunto de incapacidades pessoais (saúde, educação, capital social e condição económica) e défice de políticas públicas que limitam as oportunidades sociais dos cuidadores e contribuem para a não satisfação das suas necessidades, nomeadamente ao nível das necessidades materiais, socioafetivas e de liberdade, saúde e informação/formação.

Principais limitações

Sobre esta investigação torna-se importante evidenciar ainda a existência de um conjunto de limitações. A primeira limitação resulta do facto do projeto SHARE, na quarta vaga, não diferenciar no suporte informal extrarresidencial o tipo de suporte realizado (prestação de cuidado pessoal e/ou realização de tarefas domésticas). Perante esta limitação não nos foi possível conhecer detalhadamente as tarefas que estes prestadores de suporte realizam e comparar a prestação de cuidado pessoal corresidencial com a prestação de cuidado pessoal extrarresidencial. A segunda limitação deve-se ao facto do projeto SHARE não possuir informações, na quarta vaga, sobre o tipo de suporte informal e formal recebido, enquanto prestador de suporte informal. Na quarta vaga apenas existiam variáveis que avaliavam o suporte informal pessoal recebido pelo indivíduo e não o suporte que se recebe no exercício do papel de prestador de suporte informal. Esta lacuna limitou-nos na construção do modelo de análise de QdV dos cuidadores corresidenciais,

A terceira limitação provém do reduzido número de indivíduos em certos grupos, o que condicionou um pouco a nossa investigação. A reduzida dimensão do grupo dos indivíduos que simultaneamente prestam cuidados corresidenciais e apoio/cuidado extrarresidencial não nos permitiu uma comparação entre países neste grupo. Também o reduzido número de cuidadores corresidenciais nos países nórdicos exigiu a junção da Suécia e Dinamarca na análise às características dos prestadores de suporte informal. Na

análise aos preditores de QdV dos cuidadores corresidenciais, o reduzido número de cuidadores corresidenciais em alguns países, a existência de um modelo de investigação com 16 variáveis e a necessidade de respeitar a dimensão amostral por país para a realização de RLM exigiram que esta fosse realizada por grupos de países (divididos por Regimes de Cuidado e Regimes de Bem-estar).

Relativamente à análise qualitativa a principal limitação resultou do facto do projeto SHARE garantir o anonimato dos seus respondentes, razão pela qual não nos foi possível entrevistar os prestadores de cuidados conjugais corresidenciais participantes na quarta vaga do SHARE. Ainda na análise qualitativa a opção pela análise dos cuidadores conjugais corresidenciais, cujos cônjuges beneficiavam do SAD, poderá ter condicionado os resultados da nossa investigação. O facto dos beneficiários de cuidados conjugais usufruírem do serviço de SAD poderá estar relacionado com a existência de apoios informais mais escassos e dos cuidadores já não se sentirem capazes de prestar autonomamente cuidados aos seus cônjuges. Neste sentido, poderemos ter analisado uma população muito específica.

Desafios

A presente investigação apresenta um conjunto de desafios para as políticas públicas e para a investigação. Num contexto de responsabilização familiar pela prestação de cuidados, os resultados da nossa investigação evidenciam que, com o aumento do grupo dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos, as políticas públicas serão cada vez mais chamadas a intervir na promoção da QdV destes prestadores, criando novos desafios sociais, económicos e políticos. O presente estudo demonstra que é necessário que os decisores políticos de cada país avaliem a prevalência e as características dos diferentes tipos de prestadores de suporte informal, assim como a relação entre prestação de suporte informal (corresidencial e extrarresidencial) e a QdV e os preditores de QdV dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos para planearem serviços de suporte que correspondam às necessidades e expectativas, tanto dos prestadores de suporte, como dos beneficiários de suporte. Nesta avaliação os decisores políticos terão que avaliar as capacidades dos prestadores de suporte informal e avaliar a capacidade das políticas públicas para colmatar as incapacidades dos prestadores de suporte informal.

A nossa investigação reforça que, apesar das políticas de desinstitucionalização da velhice terem como um dos principais objetivos a contenção de custos, o aumento da

idade dos prestadores de suporte informal, principalmente dos cuidadores corresidenciais, a mudança de alguns padrões familiares (redução da corresidência, aumento do divórcio, respeito pela individualidade dos filhos, proximidade geográfica, ...) e o aumento da idade da reforma têm contribuído para um aumento da necessidade de apoio formal. Contudo, juntamente com o aumento da necessidade de cuidados formais, o acelerado envelhecimento demográfico e as recentes crises económicas têm contribuído para um comedimento na criação de serviços e de políticas de apoio (sociais e de saúde), tanto para a pessoa dependente, como para o cuidador. Esta realidade pode contribuir para um agravamento da saúde dos prestadores de suporte informal (Sarasa & Mestres, 2005), através de uma maior sobrecarga de tarefas. Na perspetiva de Lundsgaard (2006), o objetivo do *ageing in place* só será cumprido através do desenvolvimento de um complexo conjunto de serviços de saúde, reabilitação, cuidados de longa duração e serviços sociais, assim como um suporte adequado ao cuidador informal. Esta realidade acarreta custos acrescidos para os governos e para as políticas públicas que, para além de terem que suportar os idosos dependentes, também terão que, cada vez mais, suportar os prestadores de suporte informal com 50 e mais anos. Para Verbakel (2014) este aumento de custos associado à prestação de cuidados formais e apoio aos cuidadores informais poderá colocar em causa a sustentabilidade financeira dos países. Na mesma linha de pensamento, Pavolini & Ranci (2008) defendem uma nova regulamentação governamental que promova uma reestruturação dos programas de Bem-estar, em vez de uma diminuição dos mesmos.

Relativamente aos desafios para a investigação, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de:

- Realizar investigações diferenciadas de acordo com o local de realização do suporte informal;
- Analisar especificamente países como a Polónia e Eslovénia, que apesar de estarem associados a Regimes de Bem-estar e de Cuidados menos evoluídos, os indivíduos com 50 e mais anos não vêm a sua QdV afetada pela prestação de suporte informal;
- Realizar estudos diferenciados de acordo com o tipo de relação cuidador-beneficiário de cuidados;
- Realizar estudos longitudinais que analisem o efeito, ao longo dos anos, destes tipos de suporte informal na QdV da população com 50 e mais anos;

- Contribuir para o desenho de serviços de apoio ao cuidador que promovam a sua QdV e previnam situações danosas tanto para o cuidador, como para o beneficiários de cuidados;
- Contribuir para a criação de políticas públicas que promovam a QdV dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos

A investigação “*“Cuidarei, enquanto puder”*: a *Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos*” assume-se como um contributo para um maior conhecimento sobre a realidade dos prestadores de suporte informal com 50 e mais anos em 16 países europeus, evidenciando a existência de importantes diferenças na QdV destes indivíduos, de acordo com o país e tipo de suporte informal realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S., Vasconcelos, P., & Wall, K. (2013). Support, social networks and the family in Portugal: two decades of research. *International Review of Sociology*, 23(1), 47–67. <http://doi.org/10.1080/03906701.2013.771050>

Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., ... Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 37. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-4-37>

Adam, S., Bonsang, E., Germain, S., Perelman, sergio., & CREPP. (2007). Retirement and cognitive reserve: A stochastic frontier approach applied to survey data.

Ahtonen, A. (2011). *Active and healthy ageing - can the EU deliver?* Brussels: European Policy Centre Policy Brief. Retrieved from http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/pub_1235_active_and_healthy_ageing.pdf

Aidukaite, J. (2009). Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: Challenges and implications. *Communist and Post-Communist Studies*, 42(1), 23–39. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.postcomstud.2009.02.004>

Akdag, B., Telci, E. A., & Cavlak, U. (2013). Factors Affecting Cognitive Function in Older Adults: A Turkish Sample. *International Journal of Gerontology*, (0). <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2013.01.002>

Albano, R., & Barbera, F. (2010). Social Capital, Welfare State, and Political Legitimacy. *American Behavioral Scientist*, 5(53), 677–690. <http://doi.org/DOI:10.1177/0002764209350831>

Alber, J., & Kohler, U. (2004). Health and care in an enlarged Europe. (E. F. for the I. of L. and W. Conditions., Ed.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Allardt, E. (1976). Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 19(3), 227–239. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4194131>

Allardt, E. (2009). Having, Loving, Being: An alternative to the Swedish model of welfare research. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life*. (pp. 88–94). Oxford.: Clarendon Press.

Allen, S. M. (1994). Gender differences in spousal caregiving and unmet need for care. *J Gerontol*, 49(4), S187–95.

Almeida, G. B. da M. (2008). Autonomia: A Condição do Homem Feliz. *Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos*. Faculdade Montes Belos.

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95–124. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4198894>

Andrén, S., & Elmståhl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 435–446. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.016>

Andreotti, A., Marisol garcia, S., Gomez, A., Hespanha, pedro., Kazepo, Y., & Mingione, E. (2001). Does a Southern European Model Exist? *Journal of European Area Studies*, 9(1).

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., Whitlatch, C. J., & Press, A. (1995). *Profiles in caregiving*. (1st ed.). San Diego.

António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I. de Carvalho (Ed.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81–104). Lisboa: PACTOR.

Antonucci, T. C., & Ajrouch, K. J. (2007). Social Resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.), *Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives* (pp. 49–64). Netherlands: Springer.

Anttonen, A., & Sipila, J. (1996). European Social Care Services: Is It Possible To Identify Models? *Journal of European Social Policy*, 6(2), 87–100. <http://doi.org/10.1177/095892879600600201>

Aoun, S. M., Kristjanson, L. J., Currow, D. C., & Hudson, P. L. (2005). Caregiving for terminally ill: at what cost? *Palliative Medicine*, *19*(9), 551–555.

Arber, S., & Ginn, J. (1995). Gender Differences in the Relationship between Paid Employment and Informal Care. *Work, Employment & Society*, *9*(3), 445–471. <http://doi.org/10.1177/095001709593002>

Arber, S., & Venn, S. (2011). Caregiving at night: understanding the impact on carers. *Journal of Aging Studies*, *25*(2), 155–165.

Arkey, H., Kemp, P., Glendinning, C., Kotchetkova, I., & Tozer, R. (2005). *Carers' aspirations and decisions around work and retirement*.

Arksey, H., & Glendinning, C. (2007). Choice in the context of informal care-giving. *Health & Social Care in the Community*, *15*(2), 165–175. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00671.x>

Arretche, M. T. S. (1995). Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, (39), 3–40.

Arts, W. I. L., & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, *12*(2), 137–158. <http://doi.org/10.1177/0952872002012002114>

Arun, Ö., & Çevik, A. Ç. (2011). Quality of Life in Ageing Societies: Italy, Portugal, and Turkey. *Educational Gerontology*, *37*(11), 945–966. <http://doi.org/10.1080/03601277.2010.492730>

Ateca-Amestoy, V., & Ugidos, A. (2013). The Impact of Different Types of Resource Transfers on Individual Wellbeing: An Analysis of Quality of Life Using CASP-12. *Social Indicators Research*, *110*(3), 973–991. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9968-5>

Athenosy, L., & Revenco, V. (2014). *Ageing populations in Europe: challenges and opportunities for the CEB*. Paris: Council of Europe Development Bank.

Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F.-C. (2005). Family support. In A. Borsch-Supan & H. Jürges (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. (pp. 171–178). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F.-C. (2008). Evolution of social support. In A. Borsch-Supan & H. Jürges (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) - Starting the longitudinal dimension*. (pp. 174–181). Mannheim: Mannheim Research Institute for The Economics of Ageing.

Avendano, M., & Mackenbach, J. P. (2008). Changes in physical health among older Europeans. In A. Borsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. P. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), *First Results From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007)*. (pp. 118–124). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Qual Life Res*, 21(3), 527–534. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>

Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5(1), 69–79. [http://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90059-3](http://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90059-3)

Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11(4), 293–300. <http://doi.org/10.1007/s10433-014-0321-0>

Barrow, S., & Harrison, R. A. (2005). Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment. *Journal of Public Health*, 27(3), 292–297. Retrieved from <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/27/3/292.abstract> - Background Previous studies have highlighted the effects of informal caring on mental health, but evidence for its wider impact remains scant. We explored associations between informal car

- Batljan, I., Lagergren, M., & Thorslund, M. (2009). Population ageing in Sweden: The effect of change in educational composition on the future number of older people suffering severe ill-health. *European Journal of Ageing*, 6(3), 201–211.
- Beaumont, J. G., & Kenealy, P. M. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society*, 24(5), 755–769.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychother Psychosom*, 59(1), 1–10.
- Beck-Gernsheim, E. (2002). *Reinventing the family: in search of new lifestyles*. Cambridge: Polity Press.
- Bedini, L. (2002). Family caregivers and leisure: An oxymoron? *Parks and Recreation*, 37(1), 25–31.
- Bedini, L., & Phoenix, T. (2004). Perceptions of leisure by family caregivers: A Profile. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(4), 366–382.
- Beneken Genaamd Kolmer, D., Tellings, A., Gelissen, J., Garretsen, H., & Bongers, I. (2008). Ranked motives of long-term care providing family caregivers. *Scand J Caring Sci*, 22(1), 29–39. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00516.x>
- Berger-Schmitt, R., & Noll, H.-H. (2000). Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators. EuReporting. Mannheim.
- Bertrand, R. M., Saczynski, J. S., Mezzacappa, C., Hulse, M., Ensrud, K., & Fredman, L. (2012). Caregiving and cognitive function in older women: evidence for the healthy caregiver hypothesis. *J Aging Health*, 24(1), 48–66. <http://doi.org/10.1177/0898264311421367>
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing Care Regimes In Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85–113.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., & Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. In *Soc Sci Med* (Vol. 58, pp. 2171–2179). England. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028>

Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 115–121.

Bogermans, L., Nola, M., & Philp, I. (2001). Europe. In I. Philp (Ed.), *Family Care Of Older People In Europe*. (pp. 2–25). Amsterdam: IOS Press.

Bohm, V., & Carlos, S. A. (2010). Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo.

Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Econ*, 17(3), 393–409. <http://doi.org/10.1002/hec.1275>

Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People*. New York: McGraw-Hill Education. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=OOGHwPztGZcC>

Bond, J., & Corner, L. (2006). The Future of Well-being: Quality of Life of Older People in the Twenty-first Century. In J. A. Vicent, C. R. Phillipson, & M. Downs (Eds.), *The Futures of Old Age* (pp. 154–160). Sage Publications Ltd.

Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143–154. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.002>

Bonsang, E., Adam, S., & Perelman, S. (2012). Does retirement affect cognitive functioning? *Journal of Health Economics*, 31(3), 490–501. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.005>

Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. In *Scand J Caring Sci* (Vol. 20, pp. 427–438). Sweden. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00424.x>

Börsch-Supan, A. (2005). Individual Ageing: Health, Economics and Social Networks. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe First Results from the Survey of*

Health, Ageing and Retirement in Europe (pp. 18–19). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. In *Soc Sci Med* (Vol. 41, pp. 1447–1462). England.

Bowling, A. (2004). A taxonomy and overview of quality of life. (J. Brown, A. Bowling, & T. Flynn, Eds.) *Models of Quality of Life*. FORUM project, European Forum on Population Ageing Research. Sheffield: University of Sheffield.

Bowling, A. (2009). The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2009, 298950. Retrieved from <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/20168974>

Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Ageing Ment Health*, 6(4), 355–371. <http://doi.org/10.1080/1360786021000006983>

Bowling, A., & Gabriel, Z. (2004). An Integrational Model of Quality of Life in Older Age. Results from the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69(1), 1–36. <http://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000032656.01524.07>

Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay Theories of Quality of life in Older Age. *Ageing and Society*, 27(6), 827–848.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Marriot-Dowding, L., Evans, O., Flessing, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Ageing and Human Development*, 56(4), 269–306.

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In G. Mclachlan (Ed.), *Problems and progress in medical care: essays on current research*. Oxford: University Press.

Brage, L. B. (1988). Marco Conceptual para el analisis de las necesidades sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*.

- Brage, L. B. (1999). *Las necesidades sociales: teorías y conceptos básicos. Sociología (Síntesis)*. Síntesis. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=02saPAAACAAJ>
- Brandt, M. (2013). INTERGENERATIONAL HELP AND PUBLIC ASSISTANCE IN EUROPE. *European Societies*, 15(1), 26–56. <http://doi.org/10.1080/14616696.2012.726733>
- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601.
- Brazil, K., Thabane, L., Foster, G., & Bedard, M. (2009). Gender differences among Canadian spousal caregivers at the end of life. *Health Soc Care Community*, 17(2), 159–166. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00813.x>
- Breeze, E., & Stafford, M. (2010). Receipt and giving of help and care. In J. Banks, C. Lessof, J. Nazroo, N. Rogers, M. Stafford, & A. Steptoe (Eds.), *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England*. London: Institute for Fiscal Studies.
- Broese van Groenou, M., Boer, A., & Iedema, J. (2013). Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal care relationships. *European Journal of Ageing*, 1–11. <http://doi.org/10.1007/s10433-013-0276-6>
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R., McDonald, N. J., O'Malley, K., & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res*, 3(4), 235–244.
- Burr, J. A., Choi, N. G., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2005). Caregiving and volunteering: are private and public helping behaviors linked? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60(5), S247–56.
- Byrne, D., Goeree, M. S., Hiedemann, B., & Stern, S. (2009). FORMAL HOME HEALTH CARE, INFORMAL CARE, AND FAMILY DECISION MAKING*. *International Economic Review*, 50(4), 1205–1242. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2354.2009.00566.x>

Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation. *Am J Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287.

Calasanti, T., & Bowen, M. E. (2006). Spousal caregiving and crossing gender boundaries: Maintaining gendered identities. *Journal of Aging Studies*, 20(3), 253–263. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2005.08.001>

Callegaro, L., & Pasini, G. (2008). Informal Care and Labour Force Participation: The Economics of Family Networks. (A. Börsch-Supan, Ed.). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) - Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: MEA.

Camargo, R. C. V. F. de. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, 6, 231–254.

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: recent patterns and trends*. McGraw-Hill. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=QC5HAAAAMAAJ>

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. Publications of Russell Sage Foundation. Russell Sage Foundation. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=L-fWJf4vhWUC>

Campbell, C. (1998). Consumption and the Rhetorics of Need and Want. *Journal of Design History*, 11(3), 235–246. Retrieved from <http://jdh.oxfordjournals.org/content/11/3/235.abstract>

Campbell, L. D., & Martin-Matthews, A. (2000). Primary and Proximate: The Importance of Coresidence and Being Primary Provider of Care for Men's Filial Care Involvement. *Journal of Family Issues*, 21(8), 1006–1030. Retrieved from <http://jfi.sagepub.com/content/21/8/1006.abstract>

Canadian Institute of Health Information. (2010). *Supporting Informal Caregivers- The Heart of Home Care: Canadian Institute of Health Information*. Ottawa. Retrieved from <http://www.thehealthwell.info/node/18757>

- Canbaz, S., Sunter, A. T., Dabak, S., & Peksen, Y. (2003). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 33(5), 335–340.
- Cantor, M. H. (1992). Families and Caregiving in An Aging Society. *Generation*, 16(3), 67–70.
- CAPELAS, M. L. (2009). Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51–57.
- CAPELAS, M. L. (2010). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 21–26.
- Caracelli, V. J., & Greene, J. C. (1997). Crafting mixed-method evaluation designs. *New Directions for Evaluation*, 1997(74), 19–32. <http://doi.org/10.1002/ev.1069>
- Carmichael, F., Charles, S., & Hulme, C. (2010). Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29(1), 182–90. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.11.003>
- Carretero, S., Garces, J., & Rodenas, F. (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(8), 738–749. <http://doi.org/10.1002/gps.1733>
- Carrilho, M. J., & Craveiro, M. de L. (2015). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 57–99.
- Carvalho, M. I. L. B. (2005). Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. *Revista Intervenção Social*, (31), 163–192.
- Carvalho, M. I. L. B. (2012). Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol*, 104(2), 107–123.

Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 188–192.

Cattani, R. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do Idoso doente no domicílio na voz dos cuidadores familiares. *Revista Eletrónica de Enfermagem*.

Chan, S. W., Chien, W. T., Thompson, D. R., Chiu, H. F., & Lam, L. (2006). Quality of life measures for depressed and non-depressed Chinese older people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(11), 1086–1092. <http://doi.org/10.1002/gps.1611>

Chappell, N. L. (1991). Living arrangements and sources of caregiving. *J Gerontol*, 46(1), S1–8.

Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Formal and Informal Volunteer Activity and Spousal Caregiving Among Older Adults. *Research on Aging*, 29(2), 99–124. <http://doi.org/10.1177/0164027506296759>

Chou, Y.-C., Lee, Y.-C., Lin, L.-C., Kröger, T., & Chang, A.-N. (2009). Older and Younger Family Caregivers of Adults With Intellectual Disability: Factors Associated With Future Plans. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 282–294. <http://doi.org/10.1352/1934-9556-47.4.282>

Christensen, H. (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 768–775.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing Populations: The Challenges Ahead., 374(9696), 1196–1208.

Ciani, E. (2012). Informal adult care and caregivers' employment in Europe. *Labour Economics*, 19(2), 155–164. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2011.12.001>

Cicero, M. T. (1778). M. T. Cicero's Cato major, or discourse on old age. Addressed to Titus Pomponius Atticus. With explanatory notes. (B. Franklin., Ed.). London: Philadelphia: printed by B. Franklin. London: re-printed for Fielding and Walker, 1778.

Cobbs, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–317.

Cocoyoc, D. de. (1974). No Title. Documento Consultado Em:<http://www.transcend-nordic.org/doc/08%20Cocoyoc%20Declaration/The%20Cocoyoc%20Declaration-English.pdf>.

Collins, L. G., & Swartz, K. (2011). Caregiver care. *Am Fam Physician*, 83(11), 1309–1317.

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted? Providing and paying for long term care. OCDE Health Policy Studies: OCDE Publishing.

Comissão Europeia. (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population towards a strategy on mental health for the European Union. European Commission, Health and Consumer. Brussels: Brussel.

Comissão Europeia. (2011). Demography Report: Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg.

Comissão Europeia. (2012). The 2012 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060) (Comissão E). Luxembourg: Publications Office.

Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., di Maio, A., ... Rothgang, H. (2008). Projecting Long-Term Care Expenditure in Four European Union Member States: The Influence of Demographic Scenarios. *Social Indicators Research*, 86(2), 303–321. <http://doi.org/10.1007/s11205-007-9140-4>

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among five approaches*. Oaks, CA: SAGE Publications.

Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=bttwENORfhgC>

Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4 th). Boston: Pearson.

Crimmins, E. M. (2004). Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health*, 25, 79–98. <http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401>

Cruz, M. B. da. (2004). *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cummins, R. A. (2001). The subjective well-being of people caring for a family member with a severe disability at home: a review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(1), 83–100. <http://doi.org/doi:10.1080/13668250020032787>

Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). Validity Studies the Comprehensive Quality of Life Scale (Comqol): Instrument Development and Psychometric Evaluation on College Staff and Students. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 372–382. Retrieved from <http://epm.sagepub.com/content/54/2/372.abstract>

Daatland, S. O. (2001). Ageing, families and welfare systems: comparative perspectives. *Z Gerontol Geriatr*, 34(1), 16–20.

Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003). “Lost solidarity” or “changed solidarity”: a comparative European view of a normative family solidarity. *Ageing & Society*, 23(5), 537–556.

Dahlberg, L., Demack, S., & Bambra, C. (2007). Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. In *Health Soc Care Community* (Vol. 15, pp. 439–445). England. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00702.x>

Daly, B. J., Douglas, S., Lipson, A., & Foley, H. (2009). Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. In *J Am Geriatr Soc* (Vol. 57 Suppl 2, pp. S293–5). United States. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02516.x>

Danthiir, V., Burns, N. R., Nettelbeck, T., Wilson, C., & Wittert, G. (2011). The older people, omega-3, and cognitive health (EPOCH) trial design and methodology: a

randomised, double-blind, controlled trial investigating the effect of long-chain omega-3 fatty acids on cognitive ageing and wellbeing in cognitively healthy older ad. *Nutr J*, 10, 117. <http://doi.org/10.1186/1475-2891-10-117>

Dave, D. M., Rashad, R. I., & Spasogevic, J. (2008). The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Southern Economic Journal*, 75(2), 497–523.

De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care. *European Journal of Ageing*, 6(1), 3–15. <http://doi.org/10.1007/s10433-008-0103-7>

De Vugt, M. E., Jolles, J., van Osch, L., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., & Verhey, F. R. (2006). Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: findings from the prospective MAASBED study. *Age Ageing*, 35(2), 160–166. <http://doi.org/10.1093/ageing/afj044>

Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. In *J Pain Symptom Manage* (Vol. 26, pp. 922–953). United States.

Del Bono, E., Sala, E., & Hancock, R. (2009). Older carers in the UK: are there really gender differences? New analysis of the Individual Sample of Anonymised Records from the 2001 UK Census. *Health & Social Care in the Community*, 17(3), 267–273. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00826.x>

Dewey, M., & Prince, M. (2005a). Cognitive Function. In A. Borsch-Supan & H. Jürges (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe- First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. (pp. 118–125). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

Dewey, M., & Prince, M. (2005b). Mental Health. In A. Borsch-Supan & H. Jürges (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe- First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. (pp. 108–117). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA).

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring Quality of life: Economic, Social and Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 40(1), 186–216.

Dijkers, M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *J Rehabil Res Dev*, 42(3 Suppl 1), 87–110.

Dijkers, M. (2007). “What’s in a name?” The indiscriminate use of the “Quality of life” label, and the need to bring about clarity in conceptualizations. *Int J Nurs Stud*, 44(1), 153–155. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.016>

Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39, 97–102.

Doblhammer, G., Kreft, D., Steinberg, J., & Ziegler, U. (2010). *Home care arrangements in Europe. Determinants and Quality of life*. (R. N.-E. O. on the S. S. and D.-D. Network, Ed.). Brussels.

Dobrescu, L., & Christelis, D. (2012). The Impact of Social Activities on Cognitive Ageing: Evidence From Eleven European Countries. Working Papers. Retrieved from <http://ideas.repec.org/p/asb/wpaper/201207.html>

Domínguez Guedea, M. T., Damacena, F. A., Montiel Carbajal, M. M., Ochoa Marcobich, P., Álvarez Hernández, G., Valdéz Lizárraga, L., & Ibarra Flores, E. (2009). Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade*, 21, 242–249.

Dono, J. E., Falbe, C. M., Kail, B. L., Litwak, E., Sherman, R. H., & Siegel, D. (1979). Primary Groups in Old Age: Structure and Function. *Research on Aging*, 1(4), 403–433. <http://doi.org/10.1177/016402757914001>

Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. London: Macmillan Press.

Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vezina, J., Gangbe, M., & Caron, C. D. (2006). Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the

context and relational aspects of care. *Int J Nurs Stud*, 43(5), 567–579.
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.007>

Dunbrack, J. (2005). *The information needs of informal caregivers involved in a providing support to a critically ill loved one*. (A synthesis report prepared for H. Canada, Ed.). Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2005-info-caregiver-aidant/index-eng.php>

Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. In *J Adv Nurs* (Vol. 49, pp. 23–32). England.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x>

Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. In *J Adv Nurs* (Vol. 57, pp. 584–596). England. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x>

Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107–115. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Eriksen, M. L., Vestergaard, S., & Andersen-Ranberg, K. (2013). Health among Europeans -a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. In A. Borsh-Supan, M. Brandt, H. Litwin, & G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations. First results from SHARE after the economic crisis* (De Gruyter, pp. 149–160). Germany.

Erikson, R. (2009). Descriptions of Inequality: The Swedish Approach to Welfare Research. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life* (pp. 67–83). London: Clarendon Press.

Esping-Andersen. (2008). *Trois leçons sur l'État-Providence*. Paris: La République des Idées.

Esping-Andersen, G. (1991). As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova: Revista de Cultura E Política*, 85–116.

Esping-Andersen, G. (1996). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Policy Press.

Esping-Andersen, G., & Palier, B. (2009). *Três Lições Sobre o Estado-Providência*. Lisboa: Campo da Comunicação.

EUROSTAT. (2012). Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg.

EUROSTAT. (2015a). Employment rate, by sex. Retrieved May 14, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdec420&language=en>

EUROSTAT. (2015b). Healthy life years and life expectancy at age 65, by sex. Retrieved May 21, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph220&plugin=1>

EUROSTAT. (2015c). Old-age-dependency ratio. Retrieved May 13, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde510&plugin=1>

EUROSTAT. (2015d). Population by age group. Retrieved May 13, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en>

EUROSTAT. (2015e). Proportion of population aged 65 and over. Retrieved May 13, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00028&plugin=1>

EUROSTAT. (2015f). Total fertility rate. Retrieved May 13, 2015, from <http://ec.Europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde220&plugin=1>

Fallowfield, L. (1990). The Quality of Life. In L. Fallowfield (Ed.), *The Quality of Life. The missing Measurement in Health Care*. (pp. 162–185). London: Souvenir.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. In *Soc Sci Med* (Vol. 41, pp. 1439–1446). England.

Feinberg, L., Houser, A., & Institute, A. P. P. (2012). Assessing Family Caregiver Needs: Policy and Practice Considerations.

Feinstein, A. R. (1987). Clinimetric perspectives. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 635–640. [http://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90027-0](http://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90027-0)

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 16(1), 51–74.

Fenger, H. J. M. (2007). Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology. *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences*, 3(2), 1–30. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/34876>

Fernandes, A. A., Gil, A. P., & Gomes, I. (2010). Fora de cena. Invisibilidades sociais na última etapa da trajetória de vida. In A. Dornelas, L. Oliveira, L. Veloso, & M. das D. Guerreiro (Eds.), *Portugal invisível*. (pp. 173–198). Lisboa: Editora Mundos Sociais.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21–40. <http://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.

Ferreira, S. (2006). The south European and the Nordic Welfare and Third sector regimes- how far we were from each other? In A.-L. Matthies (Ed.), *Nordic Civic Society organizations and the future of welfare services. A model for Europe?* (pp. 301–326). Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Ferrera, M. (1996). The “Southern Model” of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37. Retrieved from <http://esp.sagepub.com/content/6/1/17.abstract>

Ferrera, M. (1999). A reconstrução do Estado social na Europa meridional. *Análise Social*, XXXIV(151-152), 457–475.

Figueiredo, D. (2006). Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado na família. In L. Sousa, D. Figueiredo, & M. Cerqueira (Eds.), *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Figueiredo, D., Lima, M. P., & Sousa, L. (2009). Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(1), 97–112. Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2782>

Finch, J. (1994). *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.

Finch, J., & Mason, J. (1993). *Negotiating Family Responsibilities*. Tavistock/Routledge. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=CQvo50ckYKQC>

Fisher, M. (1994). Man-made Care: Community Care and Older Male Carers. *British Journal of Social Work*, 24(6), 659–680. Retrieved from <http://bjsw.oxfordjournals.org/content/24/6/659.abstract>

Fleming, D. A., Sheppard, V. B., Mangan, P. A., Taylor, K. L., Tallarico, M., Adams, I., & Ingham, J. (2006). Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. In *J Pain Symptom Manage* (Vol. 31, pp. 407–420). United States. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.09.002>

Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa* (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, A. M., Goncalves, D. C., & Pereira, S. M. (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *Int J Palliat Nurs*, 16(10), 476–480.

Fredman, L., Bertrand, R. M., Martire, L. M., Hochberg, M., & Harris, E. L. (2006). Leisure-time exercise and overall physical activity in older women caregivers and non-caregivers from the Caregiver-SOF Study. In *Prev Med* (Vol. 43, pp. 226–229). United States. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.04.009>

Friedman, S. M., Steinwachs, D. M., Temkin-Greener, H., & Mukamel, D. B. (2006). Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. *Gerontologist*, 46(4), 456–463.

Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of Life from perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675–691.

Gallagher-Thompson, D., Shurgot, G. R., Rider, K., Gray, H. L., McKibbin, C. L., Kraemer, H. C., ... Thompson, L. W. (2006). Ethnicity, stress, and cortisol function in Hispanic and non-Hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. In *Am J Geriatr Psychiatry* (Vol. 14, pp. 334–342). United States. <http://doi.org/10.1097/01.jgp.0000206485.73618.87>

Galvin, J. E., Duda, J. E., Kaufer, D. I., Lippa, C. F., Taylor, A., & Zarit, S. H. (2010). Lewy body dementia: caregiver burden and unmet needs. In *Alzheimer Dis Assoc Disord* (Vol. 24, pp. 177–181). United States. <http://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181c72b5d>

García, I. A., & Bazo, M. T. (2001). The Caregiving Dimension. In S. O. Daatland & K. Herlofson (Eds.), *Ageing, Intergenerational Relations, Care, Systems and Quality of Life: An Introduction to the OASIS Project* (pp. 41–51). NOVA - Norwegian Social Research.

Garret, G. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. C. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em portugal*. Lisboa: Lidel.

Gaymu, J. (2008). Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. *Populations et Sociétés*, (444), 4 p.

Gaymu, J., Ekamper, P., & Beets, A. G. (2007). Who will be caring for Europe`s dependent elders in 2030? *Population*, 62(4), 675–706.

Gergen, M., & Gergen, K. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27(1), 3–23. <http://doi.org/10.1007/s12126-001-1013-6>

Giacomin, K. C., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. F. (2005). Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1509–1518.

Gibbs, G. R. (2007). Analysing qualitative data. In U. Flick (Ed.), *The Sage qualitative research Kit*. London: Sage.

Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Oxford: Policy Press.

Gil, A. P. M. (2010). *Heróis do Quotidiano. Dinâmicas Familiares na Dependência*. (F, Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Gilhooly, M., Gilhooly, K., & Bowling, A. (2005). Quality of Life. Meaning and Measurement. In A. Walker (Ed.), *Growing Older in Europe*. New York: Open University Press.

Gilleard, C., & Higgs, P. (2005). *Contexts of Ageing: Class, Cohort and Community*. John Wiley & Sons.

Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 51(4), 213–231.

Glaser, K., Tomassini, C., & Grundy, E. (2004). Revisiting convergence and divergence: support for older people in Europe. *European Journal of Ageing*, 1(1), 64–72. <http://doi.org/10.1007/s10433-004-0006-1>

Glendinning, C., Arkey, H., Tjadens, F., Moree, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). Care provision within families and its socio-economic impact on care providers across European Union. Research Works, 2009-05. York: University of York.

Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers*. (C. D. of S. Reviews, Ed.). John Wiley & Sons, Ltd.

- Gomes, F. G. (2006). Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 40, 201–234.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137–143.
- Gonçalves, L., Costa, M., Martins, M., Nassar, S., & Zunino, R. (2011). The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 458–466.
- Gozman, J. M. (2007). Maladie de Parkinson: qualité de vie aidant/patient. *Revue de Geriatrie*, 32(7), 42–55.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing & Society*, 29(01), 5–31 M3 – [10.1017/S0144686X08007617](http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08007617). Retrieved from href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08007617
- Greenberg, S., Stacy, M. G., & Penzo, J. A. (2002). Spousal Caregiving. *Journal of Gerontological Social Work*, 35(4), 69–82. http://doi.org/10.1300/J083v35n04_06
- Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging Ment Health*, 3(3), 199–212. <http://doi.org/10.1080/13607869956154>
- Guerra, I. C. (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso. Estoril: Príncipeia.
- Ha, J. H., Hong, J., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2008). Age and gender differences in the well-being of midlife and aging parents with children with mental health or developmental problems: report of a national study. *J Health Soc Behav*, 49(3), 301–316.

Haberkern, K., Schmid, T., Neuberger, F., & Grignon, M. (2012). The role of the elderly as providers and recipients of care. In OECD (Ed.), *The future of families to 2030* (pp. 189–257). OECD Publishing.

Hahn, E. A., Kim, G., & Chiriboga, D. A. (2011). Acculturation and depressive symptoms among Mexican American elders new to the caregiving role: results from the Hispanic-EPESE. *J Aging Health, 23*(3), 417–432. <http://doi.org/10.1177/0898264310380454>

Hair, J. F. J. R., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Pearson. (2010). *Multivariate data analysis: a global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River.

Haley, W. E., Roth, D. L., Howard, G., & Safford, M. M. (2010). Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: differential effects by race and sex. In *Stroke* (Vol. 41, pp. 331–336). United States. <http://doi.org/10.1161/strokeaha.109.568279>

Hambleton, P., Keeling, S., & McKenzie, M. (2009). The jungle of quality of life: Mapping measures and meanings for elders. In *Australasian Journal on Ageing* (Vol. 28, pp. 3–6). Australia. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00331.x>

Hancock, P. J., Jarvis, J. A., & L'Veena, T. (2007). Older carers in ageing societies: an evaluation of a respite care program for older carers in Western Australia. *Home Health Care Serv Q, 26*(2), 59–84. http://doi.org/10.1300/J027v26n02_04

Hank, K. (2011). Societal Determinants of Productive Aging: A Multilevel Analysis across 11 European Countries. *European Sociological Review, 27*(4), 526–541. <http://doi.org/10.1093/esr/jcq023>

Hank, K., & Stuck, S. (2008). Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: further evidence for “linked” productive activities at older ages. *Soc Sci Res, 37*(4), 1280–1291.

Happ, M. B. (2009). Mixed methods in gerontological research. *Res Gerontol Nurs, 2*(2), 122–127. <http://doi.org/10.3928/19404921-20090401-06>

- Harding, R., Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., George, R., ... Higginson, I. J. (2012). What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. *Support Care Cancer*, 20(9), 1975–1982. <http://doi.org/10.1007/s00520-011-1300-z>
- Heitmueller, A. (2007). The chicken or the egg? Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *J Health Econ*, 26(3), 536–559. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.10.005>
- Henriques, A. M. P., & Lima, M. L. (2003). Estados afetivos, percepção do risco e do suporte social: a familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica*, 3(XXI), 375–392.
- Hepburn, K. W., Tornatore, J., Center, B., & Ostwald, S. W. (2001). Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 49(4), 450–457.
- Hernandez, A. M., & Bigatti, S. M. (2010). Depression among older Mexican American caregivers. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 16(1), 50–58. <http://doi.org/10.1037/a0015867>
- Herrera, A. P., Mendez-Luck, C. A., Crist, J. D., Smith, M. L., Warre, R., Ory, M. G., & Markides, K. (2013). Psychosocial and cognitive health differences by caregiver status among older Mexican Americans. *Community Ment Health J*, 49(1), 61–72. <http://doi.org/10.1007/s10597-012-9494-1>
- Herrera Ponce, M. S., Lezaeta, C. B., & Fernandez Lorca, M. B. (2011). Predictors of Quality of Life in older age: A multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121–139.
- Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64–8. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.028>

Higgs, P., Hyde, M., Arber, S., Blane, D., Breeze, E., Nazroo, J., & Wiggins, D. (2005). Dimensions of the inequalities in quality of life in older age. In A. Walker (Ed.), *Growing older in Europe* (pp. 27–48). New York: Open University Press.

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37(3), 239–252.

Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. In *Arch Gerontol Geriatr* (Vol. 52, pp. 202–205). Netherlands: 2010 Elsevier Ireland Ltd. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2010.03.019>

Hirst, M. (2001). Trends in informal care in Great Britain during the 1990s. In *Health Soc Care Community* (Vol. 9, pp. 348–357). England.

Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61(3), 697–708. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.001>

Hislop, J., Arber, S., Meadows, R., & Venn, S. (2005). Narratives of the Night: the Use of Audio Diaries in Researching Sleep. *Sociological Research Online*, 10(4), hislop. Retrieved from <http://www.socresonline.org.uk/10/4/hislop.html>

Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(8), 873–879. <http://doi.org/10.1093/gerona/glp034>

Hoff, A. (2007). Patterns of intergenerational support in grandparent-grandchild and parent-child relationships in Germany. *Ageing & Society*, 27(05), 643–665 M3 – 10.1017/S0144686X07006095. Retrieved from [href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006095](http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006095)

Hoff, A., & Hamblin, K. A. (2011). *Comparative report of the European research project 'Carers@Work. Carers between work and care—Conflict or chance?* Oxford.

Retrieved from http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/VW_CarersAtWorkComparativeReport.pdf

Hoffman, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal carers: Who takes care of them? *Policy and Research*.

Horrel, B., Breheny, M., & Stephens, C. (2014). Capability to care and work: when dual roles intersect. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 5. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3402/vgi.v5.24357>

Horrell, B., Stephens, C., & Breheny, M. (2014). Capability to Care: Supporting the Health of Informal Caregivers for Older People. *Health Psychol.* <http://doi.org/10.1037/hea0000144>

Horta, W. de A. (2005). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., & Chatterji, S. (2013). Socio-demographic determinants of caregiving in older adults of low- and middle-income countries. *Age Ageing*, 42(3), 330–338. <http://doi.org/10.1093/ageing/afs196>

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. Retrieved from <http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277.abstract>

Hublely, A. M., Hemingway, D., & Michalos, A. C. (2003). A Comparison of Older Informal Caregivers and Non-Caregivers Living in Non-Metropolitan Areas. *Social Indicators Research*, 61(3), 241–258. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/27527074>

Hudson, P. L., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *J Palliat Med*, 7(1), 19–25.

Hughes, N., Locock, L., & Ziebland, S. (2013). Personal identity and the role of “carer” among relatives and friends of people with multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*, 96(100), 78–85. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.023>

Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6(3). <http://doi.org/10.1023/A:1026402519847>

Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). In *Aging Ment Health* (Vol. 7, pp. 186–194). England. <http://doi.org/10.1080/1360786031000101157>

Iecovich, E. (2008). Caregiving Burden, Community Services, and Quality of Life of Primary Caregivers of Frail Elderly Persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 309–330. Retrieved from <http://jag.sagepub.com/content/27/3/309.abstract>

Igel, C., Brandt, M., Haberken, K., & Szydlik, M. (2009). Specialization Between Family and State. International Time Transfers in Western Europe. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2), 203–227.

Iiffe, S., Levin, E., Kharicha, K., & Davey, B. (2005). Health-Related Quality of Life and Attitudes to Long-Term Care among Carers of Older People Using Social Services. *Research Policy and Planning*, 23(3), 165–173.

INE. (2009). *Projeções da População Residente em Portugal (2008-2060)*. DESTAQUE Informação à Comunicação Social (19 de Março 2009).

INE. (2013). *Estatísticas Demográficas de 2012*. Lisboa.

INSERSO. (1995). *Cuidados en la vejez. Análisis de los cuidadores informales*. Madrid.

Isengard, B., & Szydlik, M. (2012). Living Apart (or) Together? Coresidence of Elderly Parents and Their Adult Children in Europe. *Research on Aging*, 34(4), 449–474. Retrieved from <http://roa.sagepub.com/content/34/4/449.abstract>

Ivankova, N. V, Creswell, J. W., & Stick, S. L. (2006). Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods*, 18(1), 3–20. Retrieved from <http://fm.sagepub.com/content/18/1/3.abstract>

Jacobs, T., De Koker, B., Lodewijckx, E., & Vanbrabant, A. (2006). Determinants of Informal Care: on the Different Dynamics of Informal Care given inside and outside the Household. In *European Population Conference*. Liverpool, 21-24 Junho.

James, B. D., Wilson, R. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Late-life social activity and cognitive decline in old age. In *J Int Neuropsychol Soc* (Vol. 17, pp. 998–1005). England. <http://doi.org/10.1017/s1355617711000531>

Jani-Le Bris, H. (1994). Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social.

Jo, S., Brazil, K., Lohfeld, L., & Willison, K. (2007). Caregiving at the end of life: perspectives from spousal caregivers and care recipients. *Palliat Support Care*, 5(1), 11–17.

Johnson, R., Onwuegbuzie, A., & Turner, L. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133. <http://doi.org/10.1177/1558689806298224>

Johnson, R. W., & Schaner, S. G. (2005). *Many Older Americans Engage in Caregiving Activities*. Retrieved from http://www.urban.org/UploadedPDF/311203_Perspectives3.pdf

José, J. S., & Wall, K. (2004). Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. Associação Portuguesa de Sociologia.

José, S. J., Wall, K., & Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de ciências Sociais.

Joshi, H. (1995). The labour market and unpaid caring: conflict and compromise. In I. Allen & E. Perkins (Eds.), *The future of family care for older people*. (pp. 93–118). London: HMSO.

Kääriäinen, J., & Lehtonen, H. (2006). THE VARIETY OF SOCIAL CAPITAL IN WELFARE STATE REGIMES – A COMPARATIVE STUDY OF 21 COUNTRIES. *European Societies*, 8(1), 27–57. <http://doi.org/10.1080/14616690500491399>

Kabitsi, N., & Powers, D. V. (2002). Spousal motivations of care for demented older adults: A cross-cultural comparison of Greek and American female caregivers. *Journal of Aging Studies*, 16(4), 383–399. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065\(02\)00072-5](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065(02)00072-5)

Kalmijn, M., & Saraceno, C. (2008). A COMPARATIVE PERSPECTIVE ON INTERGENERATIONAL SUPPORT. *European Societies*, 10(3), 479–508. <http://doi.org/10.1080/14616690701744364>

Kalwij, A., Pasini, G., & Wu, M. (2014). Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors. *Review of Economics of the Household*, 12(2), 379–404. <http://doi.org/10.1007/s11150-012-9159-4>

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

Kelley-Gillespie, N. (2009). An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. *Applied Research in Quality of Life*, 4(3), 259–282. <http://doi.org/10.1007/s11482-009-9075-9>

Kenesebeck, O. V. D., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., & Siegrist, J. (2005). Quality of Life and Well-Being. (A. Borsch-Supan, A. Brugiavini, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber, Eds.) *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for The Economics of Aging.

Kim, J. H., Knight, B. G., & Longmire, C. V. (2007). The role of familism in stress and coping processes among African American and White dementia caregivers: effects on mental and physical health. *Health Psychol*, 26(5), 564–576. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.26.5.564>

Kirchengast, S., & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. In *Gend Med* (Vol. 5, pp. 270–278). United States. <http://doi.org/10.1016/j.genm.2008.07.001>

Kline, R. B., & Press, G. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York.

Knesebeck, O. von dem., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., & Siegrist, J. (2005). Quality of Life and Wellbeing. In Borsh-Supan (Ed.), *Health, Ageing, and Retirement in Europe. First Results from Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. (pp. 199–203). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Kohl, J., & Wendt, C. (2004). Satisfaction with Health Care Systems. A comparison of EU Countries. In S. vo. B. Glatzer & M. Stroffrigen (Eds.), *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World* (pp. 311–331). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kohli, M., Kunemund, H., & Ludicke, J. (2005). Family Structure, Proximity and Contact. In A. Borsch-Supan (Ed.), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First results from the survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 164–170). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of aging.

Koopmanschap, M. A., van Exel, N. J., van den Bos, G. A., van den Berg, B., & Brouwer, W. B. (2004). The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. In *Health Policy* (Vol. 68, pp. 309–320). Ireland. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.002>

Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2009). Social engagement and cognitive function in old age. In *Exp Aging Res* (Vol. 35, pp. 45–60). United States. <http://doi.org/10.1080/03610730802545028>

Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., & Shimanouchi, S. (2004). Coping strategies of family carers for older relatives in Finland. *J Clin Nurs*, 13(6), 697–706. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00928.x>

Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., & Shimanouchi, S. (2004). Family carers for older relatives:: sources of satisfaction and related factors in Finland. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 497–505. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.11.004>

Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing The Evidence In 12 OECD Countries And The Future Implications. OECD Health Working Papers. N° 26. Paris: OECD Publishing.

Lage, I. (2007). Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo de Impacte do Cuidado no Cuidador Informal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do porto.

Lai, D. W. L. (2012). Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults. *SAGE Open*, 2(4). Retrieved from <http://sgo.sagepub.com/content/2/4/2158244012470467.abstract>

Laslett, P. (1991). A Fresh Map of Life. The emergence of the Third Age. Cambridge: Havard University.

Lavela, S. L., & Ather, N. (2010). Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. *Chronic Illn*, 6(1), 67–80. <http://doi.org/10.1177/1742395309356943>

Lavoie, J. P. (2000). Familles et soutien aux parents âgés dépendants. Paris: L'Harmattan.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349–357.

Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of Quality of Life in frail elderly. In J. E. Birren, J. Lubben, J. Rowe, & D. Deutchman (Eds.), *Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly*. (pp. 3–27). San Diego: Academic Press.

Leigh, A. (2010). Informal care and labor market participation. *Labour Economics*, 17(1), 140–149. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2009.11.005>

Leipold, B., Schacke, C., & Zank, S. (2008). Personal growth and cognitive complexity in caregivers of patients with dementia. *European Journal of Ageing*, 5(3), 203–214. <http://doi.org/10.1007/s10433-008-0090-8>

Leitner, S. (2003). Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353–375. <http://doi.org/10.1080/1461669032000127642>

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas* (3^a edição). Lisboa: Instituto Piaget.

Li, Y., Pickles, A., & Savage, M. (2005). Social Capital and Social Trust in Britain. *European Sociological Review*, 21(2), 109–123. Retrieved from <http://esr.oxfordjournals.org/content/21/2/109.abstract>

Liang, J., Bennett, J. M., Sugisawa, H., Kobayashi, E., & Fukaya, T. (2003). Gender differences in old age mortality: roles of health behavior and baseline health status. In *J Clin Epidemiol* (Vol. 56, pp. 572–582). England.

Lim, K., & Taylor, L. (2005). Factors associated with physical activity among older people--a population-based study. In *Prev Med* (Vol. 40, pp. 33–40). United States. <http://doi.org/10.1016/j.yjpm.2004.04.046>

Lima, M. G., Barros, M. B., Cesar, C. L., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*, 25(4), 314–321.

Liss, P.-E. (2006). Allocation of scarce resources in health care: values and concepts. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15, 125–134.

Litwak, E. (1985). *Helping the elderly, The Complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford.

Litwak, E., Silverstein, M., Bengtson, V., & Hirst, Y. W. (2003). Theories about families, organizations and social supports. In V. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.), *Global Aging and Challenges to Families* (pp. 27–53). New York: Walter de Gruyter.

Litwin, H. (2009). Social Networks and Well-being: A Comparison of Older People in Mediterranean and Non-Mediterranean Countries. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Retrieved from

<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/early/2009/12/14/geronb.gbp104.abstract>

Litwin, H., Stoeckel, K. J., & Roll, A. (2014). Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging Ment Health, 18*(2), 225–231. <http://doi.org/10.1080/13607863.2013.837148>

Litwin, H., Stoeckel, K. J., Roll, A., Shiovitz-Ezra, S., & Kotte, M. (2013). Social network measurement in SHARE Wave 4. In F. Malter & A. Borsch-Supan (Eds.), *SHARE wave 4: Innovations & methodology* (pp. 18–37). Munich: MEA – Max-Planck-Institute for Social Law and Social Policy.

Liu, B. C. (1976). Quality of life indicators in U.S. metropolitan areas: a statistical analysis. Praeger special studies in U.S. economic, social, and political issues. Praeger. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=Bwa7AAAIAAJ>

Lopes, A. (2005). Familialism and financial resources in old age : setting the sense for the use of long-distance assisted mechanisms in Portugal. *Revista Da Faculdade de Letras : Sociologia, 15*, 349–369.

Losada, A., Marquez-Gonzalez, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging Ment Health, 14*(2), 193–202. <http://doi.org/10.1080/13607860903167838>

Losada, A., Perez-Penaranda, A., Rodriguez-Sanchez, E., Gomez-Marcos, M. A., Ballesteros-Rios, C., Ramos-Carrera, I. R., ... Garcia-Ortiz, L. (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. In *Arch Gerontol Geriatr* (Vol. 50, pp. 347–350). Netherlands: 2009 Elsevier Ireland Ltd. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2009.06.001>

Low, G., & Molzahn, A. E. (2007). Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Res Nurs Health, 30*(2), 141–150. <http://doi.org/10.1002/nur.20178>

- Lundholm, E., & Malmberg, G. (2009). Between Elderly Parents and Grandchildren—Geographic Proximity and Trends in Four-Generation Families. *Journal of Population Ageing*, 2(3-4), 121–137. <http://doi.org/10.1007/s12062-010-9022-4>
- Lundsgaard, J. (2006). Choice and Long-Term Care In OECD Countries: Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability. *European Societies*, 8(3), 361–383. <http://doi.org/10.1080/14616690600821974>
- Lyberaki, A., Tinios, P., Mimis, A., & Georgiadis, T. (2013). Mapping population aging in Europe: how are similar needs in different countries met by different family structures? *Journal of Maps*, 9(1), 4–9. <http://doi.org/10.1080/17445647.2012.752334>
- Malmberg, G., & Pettersson, A. (2007). Distance to old parents: Analyses of Swedish register data. *Demographic Research*, 17(23), 679–704. Retrieved from <http://www.demographic-research.org/volumes/vol17/23/>
- Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(1), 12–18. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1361311104001207?showall=true>
- Mangan, P. A., Taylor, K. L., Yabroff, K. R., Fleming, D. A., & Ingham, J. M. (2003). Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions. *Palliat Support Care*, 1(3), 247–259.
- Marín, D. C., & Casasnovas, G. L. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación “la caixa.”
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5th ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C., & Souza, D. C. D. B. N. de. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação E Saúde*, 10(1), 147–159. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000100009&lng=en&nrm=iso

Marques, R. M. D., & Dixe, M. dos A. C. R. (2010). Cuidar em casa: Conhecimentos e dificuldades do cuidador do doente dependente. *Cuidarte*, 4(2), 66–73.

Marquez, D. X., Bustamante, E. E., Kozey-Keadle, S., Kraemer, J., & Carrion, I. (2012). Physical activity and psychosocial and mental health of older caregivers and non-caregivers. *Geriatr Nurs*, 33(5), 358–365. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.03.003>

Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: CLIMEPSI.

Martin, J. I. G., de Oliveira, L. M. A., & Duarte, N. S. C. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos utentes idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 13, 245–254.

Martin, J. I. G., de Oliveira, L. M. A., & Duarte, N. S. C. (2013). An overview of in-home care for older people in Portugal: an empirical study about the customers. *Care Manag J*, 14(1), 50–57.

Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Rojo, J.-M., & Ayala, A. (2012). Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *European Journal of Ageing*, 9(3), 255–263. <http://doi.org/10.1007/s10433-012-0232-x>

Marx, K. (1990). *O capital: Crítica da Economia Política*. Lisboa: Edições Avante.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. USA: Harper & Row. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=0V5qAAAAMAAJ>

Maslow, A. H. (1973). *The farther reaches of human nature* (3rd ed.). New York: Viking Press.

Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarollo a Escala Humana: Opciones para el Futuro*. (B. CF+S, Ed.). Madrid. Retrieved from <http://habitat.aq.upm.es/deh/>

McCann, J. J., Hebert, L. E., Bienias, J. L., Morris, M. C., & Evans, D. A. (2004). Predictors of beginning and ending caregiving during a 3-year period in a biracial community population of older adults. In *Am J Public Health* (Vol. 94, pp. 1800–1806). United States.

McDonald, P. (2007). Low Fertility and Policy. *Ageing Horizons*, (7), 22–27. Retrieved from http://www.ageing.ox.ac.uk/files/ageing_horizons_7_mcdonald_fd.pdf

McGarry, J., & Arthur, A. (2001). Informal caring in late life: a qualitative study of the experiences of older carers. *J Adv Nurs*, 33(2), 182–189. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01651.x>

McKenna, S. P., Doward, L. C., Alonso, J., Kohlmann, T., Niero, M., Prieto, L., & Wren, L. (1999). The QoL-AGHDA: an instrument for the assessment of quality of life in adults with growth hormone deficiency. *Qual Life Res*, 8(4), 373–383.

McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M., Breeze, E., & Zaninotto, P. (2009). Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing & Society*, 29(05), 765–782. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08008350>

McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L., & Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 9(29). <http://doi.org/doi:10.1186/1477-7525-9-29>

Meil, G. (2006). The Consequences of the Development of a Beanpole Kin Structure on Exchanges Between Generations: The Case of Spain. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1085–1099. Retrieved from <http://jfi.sagepub.com/content/27/8/1085.abstract>

Melo, G. (2009). A Experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 12(3), 319–330.

Melo, G. (2009). A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 12, 319–330.

Mentzakis, E., McNamee, P., & Ryan, M. (2009). Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential informal care. *Review of Economics of the Household*, 7(3), 283–303. <http://doi.org/10.1007/s11150-008-9047-0>

Merla, L. (2012). Salvadoran Migrants in Australia: An Analysis of Transnational Families' Capability to Care across Borders. *International Migration*, n/a–n/a. <http://doi.org/10.1111/imig.12024>

Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Mihaela, C., & Moise, D. (2011). Comparative analysis between the objective and the subjective Quality of Life approach: strengths and weaknesses. *Annals of Faculty of Economics*, 1(2), 55–61.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Sage Library of Social Research. Sage Publications. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=I01-AAAAIAAJ>

Miller, D. I., Taler, V., Davidson, P. S., & Messier, C. (2012). Measuring the impact of exercise on cognitive aging: methodological issues. *Neurobiol Aging*, 33(3), 622.e29–43. <http://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2011.02.020>

Mooney, A., Statham, J., & Simon, A. (2002). *The Pivot Generation: Informal Care and Work After Fifty*. Transitions after 50 series. Policy Press. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=i9dTQgzCpfc>

Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. In *Int J Nurs Stud* (Vol. 43, pp. 891–901). England. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>

Moreira, I. M. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: FORMASAU.

Morley, D., Dummett, S., & Peters, M. et al. (2012). Factors Influencing Quality of Life in Caregivers of People with Parkinson's Disease and Implications for Clinical Guidelines. *Parkinson's Disease*, Volume 201(Article ID 190901), 6 pages.

Morris, S. M., & Thomas, C. (2002). The need to know: informal carers and information. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 11(3), 183–187.

Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., & Von Kondratowitz, H.-J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society*, 25(06), 863–882 M3 – 10.1017/S0144686X05003971. Retrieved from href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X05003971

Motta, A. B. (2004). Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In C. E. Peixoto (Ed.), *Família e envelhecimento* (pp. 109–143). Rio de Janeiro: FGV.

Mottram, S., Peat, G., Thomas, E., Wilkie, R., & Croft, P. (2008). Patterns of pain and mobility limitation in older people: cross-sectional findings from a population survey of 18,497 adults aged 50 years and over. *Qual Life Res*, 17(4), 529–539. <http://doi.org/10.1007/s11136-008-9324-7>

Murphy, K., O'Shea, E., Cooney, A., Casey, D., & People, N. C. on A. and O. (2007). *The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland*. Dublin.

Muszynska, M. M., & Rau, R. (2012). The Old-Age Healthy Dependency Ratio in Europe. *J Popul Ageing*, 5(3), 151–162. <http://doi.org/10.1007/s12062-012-9068-6>

Mutch, K. (2010). In sickness and in health: experience of caring for a spouse with MS. *Br J Nurs*, 19(4), 214–219.

Myers, M. D. (2011). *Qualitative Research in Business & Management*. Los Angeles: SAGE Publications.

National Alliance for Caregiving and AARP (2004). *Caring in U.S.* Retrieved from http://assets.aarp.org/rgcenter/il/us_caregiving.pdf

NATSEM. (2004). Who's going to care? Informal care and an ageing population. Report prepared for Carers Australia by the National Centre for Social and Economic Modelling. University of Canberra.

Navaie-Waliser, M., Feldman, P. H., Gould, D. A., Levine, C., Kuerbis, A. N., & Donelan, K. (2002). When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health, 92*(3), 409–413.

Neno, R. (2004). Male carers: myth or reality? *Nurs Older People, 16*(8), 14–16.

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin, 85*(1), 113–126. Retrieved from <http://bmb.oxfordjournals.org/content/85/1/113.abstract>

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2005). Functional limitation in long standing illness and quality of life: evidence from a national survey. BMJ Publishing Group Ltd. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?artid=1309649>

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(4), 357–363. Retrieved from <http://jech.bmj.com/content/60/4/357.abstract>

Nilsson, C. J., Avlund, K., & Lund, R. (2011). Onset of mobility limitations in old age: the combined effect of socioeconomic position and social relations. *Age Ageing, 40*(5), 607–614. <http://doi.org/10.1093/ageing/afr073>

Noddings, N. (1994). Moral Obligation or Moral Support for High-Tech Home Care? *Hastings Center Report, 24*(5), S6–S10. <http://doi.org/10.2307/3563507>

Nogueira, M., Neto, J. P. S., Sousa, M. F. B., Santos, R. L., Rosa, R. D. L., Belfort, T., ... Dourado, M. C. N. (2015). Spouse-caregivers' quality of life in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics, 27*(05), 837–845. <http://doi.org/10.1017/S1041610214002646>

Nogueira, V. M. R. (2001). Estado de Bem-Estar Social - Origens e Desenvolvimento. *Katálisis, 5*.

Nolan, M., Ingram, P., & Watson, R. (2002). Working with Family Carers of People with Dementia: “Negotiated” coping as an essential outcome. *Dementia*, 1(1), 75–93. Retrieved from <http://dem.sagepub.com/content/1/1/75.abstract>

Nunes, B. (2005). A demência em números. In A. Castro- Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach. The John Robert Seeley lectures*. Cambridge University Press. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=9R69I--rpzUC>

Nussbaum, M. C. (2002). Long-Term Care and Social Justice: A Challenge to Conventional Ideas of the Social Contract. In World Health Organization (WHO) (Ed.), *Ethical Choices in Long-Term Care: What does justice require?* (pp. 31–65). Geneva: World Health Organization.

Nussbaum, M. C. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press.

Nussbaum, M. C., & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. (M. C. Nussbaum & A. K. Sen, Eds.) *Ethics* (Vol. 1). Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/0198287976.001.0001>

O’Dowd, A. (2007). Who else is caring? *Nurs Older People*, 18(12), 12–14.

OCDE. (2005a). *Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées*. Paris. Retrieved from <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/34594103.pdf>

OCDE. (2005b). *The OECD Health Project: Long-term Care for Older People*. Paris: OCDE.

OCDE. (2007). *Can Policies Boost Birth Rates?* Paris: OCDE.

OCDE. (2013). *Health at a Glance 2013: OCDE Indicators*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

OCDE. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

Ogg, J., & Renaut, S. (2006). The support of parents in old age by those born during 1945-1954: a European perspective. *Ageing & Society*, 26(05), 723–743. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X06004922>

Ogg, J., & Renaut, S. (2013). Ageing and intergenerational support: the role of life course events. In A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, & G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 380–389). Germany: DE GRUYTER.

Öhman, M., & Söderberg, S. (2004). The Experiences of Close Relatives Living with a Person with Serious Chronic Illness. *Qualitative Health Research*, 14(3), 396–410. <http://doi.org/10.1177/1049732303261692>

OMS. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde*. Brasília.

Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The Validity Issue in Mixed Research. *Research in the Schools*, 13(1), 48–63.

Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. In *Soc Sci Med* (Vol. 63, pp. 2367–2380). England. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017>

Osborne, J. W., & Waters, E. (2002). Four assumptions of multiple regression that researchers should always test. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. Retrieved from <http://pareonline.net/getvn.asp?v=8&n=2>

Oudijk, D., Boer, A. de, Woittiez, I., Timmermans, J., & Klerk, M. de. (2010). *In the spotlight: informal care in the Netherlands*. The Hague.

Oudijk, D., Woittiez, I., & de Boer, A. (2011). More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries. *Health Policy*, 101(3), 228–235. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.05.004>

- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual* (2nd ed.). Allen & Unwin.
- Palm, E. (2013). Who Cares? Moral Obligations in Formal and Informal Care Provision in the Light of ICT-Based Home Care. *Health Care Analysis*, 21(2), 171–188. <http://doi.org/10.1007/s10728-011-0199-3>
- Palma, E. M. C. (1999). Enfermagem Agora - A Família com idosos dependentes - Que expectativas? *Enfermagem*, 15.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. (2012). The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. In *Cancer Nurs* (Vol. 35, pp. 187–194). United States. <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822cb4a0>
- Park, H. L., O'Connell, J. E., & Thomson, R. G. (2003). A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(12), 1121–1134. <http://doi.org/10.1002/gps.1023>
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de Vida na Velhice. In E. V. e C. Freitas (Ed.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Patrick, B. C., Skinner, E. A., & Connell, J. P. (1993). What motivates children's behavior and emotion? Joint effects of perceived control and autonomy in the academic domain. *J Pers Soc Psychol*, 65(4), 781–791.
- Paúl, M. C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e o Meio Ambiente. Coimbra: Almedina.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246–259. Retrieved from <http://esp.sagepub.com/content/18/3/246.abstract>
- Pereira, P. A. P. (2002). *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. Cortez. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=lbaRPgAACAAJ>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrendo a Regressão* (1st ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pickard, L. (2008). Informal care for older people provided by their adult children: Projections of supply and demand to 2041 in England. Report to the Strategy Unit (Cabinet Office) and the Department of Health. London. Retrieved from <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2515.pdf>

Pickard, L., & King, D. (2012). Modelling the future supply of informal care for older people in Europe. (J. Geerts, P. Willemé, & E. Mot, Eds.) Long-term care use and supply in Europe: Projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland. Belgium: ANCIEN.

Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B., & Darton, R. (2000). Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing & Society*, 20(06), 745–772. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01007978>

Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., King, D., & Malley, J. (2012). Mapping the Future of Family Care: Receipt of Informal Care by Older People with Disabilities in England to 2032. *Social Policy and Society*, 11(04), 533–545. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S1474746412000346>

Pickard, S. (2010). The “Good Carer”: Moral Practices in Late Modernity. *Sociology*, 44(3), 471–487. Retrieved from <http://soc.sagepub.com/content/44/3/471.abstract>

Pigou, A. C. (1932). *The Economics of Welfare (1920)* (4th ed.). St. Martins Street, London: Macmillan and Co., Limited. Retrieved from http://files.libertyfund.org/files/1410/Pigou_0316.pdf

Pimenta, G. M. F., Costa, M. A. da S. M. C. da, Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, Â. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43, 609–614.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. In *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* (Vol. 61, pp. P33–45). United States.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. In *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* (Vol. 62, pp. P126–37). United States.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging*, 26(1), 1–14. <http://doi.org/10.1037/a0021863>

Pinto, T. C., Guerra, I., Martins, M., & Almeida, S. (2010). *À Tona de Água I Necessidades em Portugal, Tradição e Tendências Emergentes*. Lisboa: Tinta da China.

Pisón, J. M. de. (1998). Políticas de bienestar: un estudio sobre los derechos sociales. Madrid: Tecnos.

Pittela, J. E. H. (2006). NEuropatologia da Doença de Alzheimer e da Demência Vascular. In E. V. e C. Freitas (Ed.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pommer, E., Woittiez, I., & Stevens, J. (2007). *Comparing Care. The Care of the Elderly in Ten EU Countries*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research/ SCP.

Poon, L. W., & Cohen-Mansfield, J. (2011). *Understanding Well-Being in the Oldest Old: Psychological Perspectives on Aging*. Leiden: Cambridge University Press.

Portugal, S. (2007). O que faz mover as redes sociais? Uma análise crítica das normas e dos laços. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (79).

Portugal, S. (2008). As mulheres e a produção de bem-estar em Portugal. *Oficina Do CES*, (319).

Portugal, S. (2014). Famílias e Redes Sociais: Ligações fortes na produção de bem-estar. Coimbra: Almedina.

Prince, M. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Fuhrer, R., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., ... Copeland, J. R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age. *Br J Psychiatry*, 174, 339–345.

Quintero, G., & González, U. (1997). La calidad de vida, contexto socioeconómico en personas de edad avanzada. In J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ramos, H. (2001). Qualidade de Vida e Envelhecimento. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald, & M. Renaud (Eds.), *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora.

Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev, H., ... Smith, T. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International*, 14(3), 197–210. Retrieved from <http://heapro.oxfordjournals.org/content/14/3/197.abstract>

Rebelo, A. A. M. (1996). Prestadores de Cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. *Revista Geriátrica*, 9(81).

Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., Mckee, M., & Policies, E. O. on H. systems and. (2009). *How can health systems respond to population ageing?* Copenhaga: World Health Organization.

Regledo Rada, M. (2004). Necesidades de la sociedad actual: colectivos sociales tradicionalmente excluidos del mundo educativo. *Educacion Y Futuro*, (10), 51–60.

Rego, M. do C. C. (2010). A construção da igualdade de homens e mulheres no trabalho e no emprego na lei portuguesa. (V. Ferreira, Ed.) *Igualdade de mulheres e de homens no trabalho e no emprego em Portugal. Políticas e Circunstâncias*. Lisboa.

Reher, D. S. (1998). Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts. *Population and Development Review*, 24(2), 203–234. <http://doi.org/10.2307/2807972>

Reimat, A. (2009). Welfare regimes and long term care for elderly people in Europe. Paper of the IMPALLA-ESPAnet Conference: The European Social Model in a Global Perspective.

Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol. 1, pp. 341–404). Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD).

Reinhard, S. C., Levine, C., & Samis, S. (2014). *Family Caregivers Providing Complex Chronic Care to their Spouses*. Retrieved from <http://www.uhfnyc.org/assets/1191>

Rhodes, M. (1996). Southern European Welfare States: Identity, Problems and Prospects for Reform. *South European Society and Politics*, 1(3), 1–22. <http://doi.org/10.1080/13608749608539480>

Ribeiro, Ó. (2005). Quando o cuidador é um homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado. In M. C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 231–254). Lisboa: CLIMEPSI.

Ribeiro, O., & Paúl, M. C. (2008). Older male carers and the positive aspects of care. *Ageing & Society*, 28(02), 165–183 M3 – 10.1017/S0144686X07006460. Retrieved from [href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006460](http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006460)

Riechmann, J. (1998). Necesidades: Algunas delimitaciones en las que acaso podríamos convenir. In J. Riechmann (Ed.), *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico Y sustentabilidad* (pp. 11–42). Los Libros de la Catarata.

Riedel, M., & Markus, K. (2011). *Informal Care Provision in Europe: Regulation and Profile of Providers*. (E. N. of E. P. R. Institutes, Ed.).

Ritchie, K., & Kildea, D. (1995). Is senile dementia “age-related” or “ageing-related”?—evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *The Lancet*, 346(8980), 931–934. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)91556-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)91556-7)

Roberts, S. G. B., Dunbar, R. I. M., Pollet, T. V., & Kuppens, T. (2009). Exploring variation in active network size: Constraints and ego characteristics. *Social Networks*, 31(2), 138–146. <http://doi.org/10.1016/j.socnet.2008.12.002>

Robeyns, I. (2003). SEN’S CAPABILITY APPROACH AND GENDER INEQUALITY: SELECTING RELEVANT CAPABILITIES. *Feminist Economics*, 9(2-3), 61–92. <http://doi.org/10.1080/1354570022000078024>

Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long Term Care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Rodrigues, E. V. (2000). O estado-providência e os processos de exclusão social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. *Sociologia*, (10), 173–200.

Rodriguez-Sanchez, E., Perez-Penaranda, A., Losada-Baltar, A., Perez-Arechaederra, D., Gomez-Marcos, M. A., Patino-Alonso, M. C., & Garcia-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. In *BMC Fam Pract* (Vol. 12, p. 19). England: 2011 Rodriguez-Sanchez et al; licensee BioMed Central Ltd. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-12-19>

Rogero-García, J., & Rosenberg, M. (2011). Paid and unpaid support received by co-resident informal caregivers attending to community-dwelling older adults in Spain. *European Journal of Ageing*, 8(2), 95–107. <http://doi.org/10.1007/s10433-011-0184-6>

Rohwedder, S., & Willis, R. J. (2010). Mental Retirement. *Journal of Economic Perspectives*, 24(1), 119–138.

Romão, A., Pereira, A., & Gerardo, F. (2008). *As Necessidades dos Cuidadores Informais*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Romney, D. M., & Evans, D. R. (1996). Toward a general model of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 5(2), 235–241. <http://doi.org/10.1007/BF00434745>

Rösler-Schidlack, B., Stummer, H., & Ostermann, H. (2011). Health-related quality of life of family caregivers—Evidence from Hesse. *Journal of Public Health*, 19(3), 269–280. <http://doi.org/10.1007/s10389-010-0369-z>

Ross, A., Lloyd, J., Weinhardt, M., & Cheshire, H. (2008). *Living and Caring? An investigation of experiences of older carers*. London.

Roth, D. L., Perkins, M., Wadley, V. G., Temple, E. M., & Haley, W. E. (2009). Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. *Qual Life Res*, 18(6), 679–688. <http://doi.org/10.1007/s11136-009-9482-2>

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433–440. Retrieved from <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/37/4/433.abstract>
- Ruppanner, L., & Bostean, G. (2014). Who Cares? Caregiver Well-being in Europe. *European Sociological Review*, 30(5), 655–669. <http://doi.org/10.1093/esr/jcu065>
- Saillant, F., & Gagnon, É. (2001). Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches. *Lien Social et Politiques*, (46), 55–69.
- Salguero, A., Martinez-Garcia, R., Molinero, O., & Marquez, S. (2011). Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 53(2), 152–157. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.005>
- San Martín, H., & Pastor y Adeguer, V. (1990). *Epidemiología de la vejez : *qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?* (Interamericana, Ed.). <http://doi.org/citeulike-article-id:9478260>
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *Int J Integr Care*, 7, e01.
- Saraceno, C., & Keck, W. (2010). CAN WE IDENTIFY INTERGENERATIONAL POLICY REGIMES IN EUROPE? *European Societies*, 12(5), 675–696. <http://doi.org/10.1080/14616696.2010.483006>
- Sarasa, S., & Mestres, J. (2005). Women`s Employment and the Adult Caring Burden. *DemoSoc Working Paper*.
- Sarasa, S., & Mestres, J. (2007). Women`s employment and the adult caring burden. In G. Esping-Andersen (Ed.), *Family formation and family dilemmas in contemporary Europe* (pp. 185–221). Madrid: Fundación BBVA.
- Saúde, O. P. dos S. de, & Saúde, O. P. dos S. de. (2013). *Relatório de Primavera 2013: Duas Faces da Saúde*. Retrieved from <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>

Sayegh, P., & Knight, B. G. (2010). The effects of familism and cultural justification on the mental and physical health of family caregivers. In *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* (Vol. 66, pp. 3–14). United States. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbq061>

Schallock, R. L., Alonso, M. Á. V, & Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de Vida: Manual para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales. Alianza Ensayo*. Grupo Anaya Comercial. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=vIjQwYgQ5-oC>

Schmid, T., Brandt, M., & Haberkern, K. (2012). Gendered support to older parents: do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9(1), 39–50. <http://doi.org/10.1007/s10433-011-0197-1>

Schneider, N., & Schwartz, F. (2007). Demographic changes: discussing the data and the consequences for health and morbidity in Germany. *Journal of Public Health*, 15(6), 481–483. <http://doi.org/10.1007/s10389-007-0111-7>

Schoeni, R. F., Freedman, V. A., & Martin, L. G. (2008). Why is late-life disability declining? *Milbank Q*, 86(1), 47–89. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00513.x>

Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). Quality of Life Research and Sociology. *Annual Review of Sociology*, 11(1), 129–149. <http://doi.org/10.1146/annurev.so.11.080185.001021>

Schulz, R., Beach, S. R., Cook, T. B., Martire, L. M., Tomlinson, J. M., & Monin, J. K. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging Ment Health*, 16(6), 712–721. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.651439>

Schumacker, R. E., Lomax, R. G., & Routledge. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (3rd ed.). New York.

Schutz, W. (1958). FIRO; a three-dimensional theory of interpersonal behavior. Rinehart books in the assessment of personality. Rinehart. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=iWsrAAAIAAJ>

Scruggs, L., & Allan, J. (2006). Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy*, 16(1), 55–72. Retrieved from <http://esp.sagepub.com/content/16/1/55.abstract>

Scruggs, L., & Allan, J. P. (2008). Social Stratification and Welfare Regimes for the Twenty-First Century: Revisiting The Three Worlds of Welfare Capitalism. *World Politics*, 60(4), 642–664.

Seltzer, M. M., Floyd, F., Song, J., Greenberg, J., & Hong, J. (2011). Midlife and aging parents of adults with intellectual and developmental disabilities: impacts of lifelong parenting. *Am J Intellect Dev Disabil*, 116(6), 479–499. <http://doi.org/10.1352/1944-7558-116.6.479>

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=Qm8HtpFHYecC>

Sen, A. (2003a). Development as Capability Expansion. In S. Fukuda-Parr & et al. (Eds.), *Readings in Human Development*. New Delhi and New York: Oxford University Press.

Sen, A. (2003b). *O Desenvolvimento como Liberdade*. Lisboa: Gradiva.

Sen, A. (2004). Capabilities, Lists, and Public Reason: Continuing the Conversation. *Feminist Economics*, 10(3), 77–80. <http://doi.org/10.1080/1354570042000315163>

Sen, A. (2009). Capability and Well-Being. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life* (pp. 30–53). Oxford: Clarendon Press.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Setién, M. L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida: Un sistema de medición aplicado al País Vasco. Monografías Series (Vol. 133)*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Retrieved from <http://books.google.co.uk/books?id=zyaEhgDowLYC>

Shanas, E. (1979). The Family as a Social Support System in Old Age. *Gerontologist*, 19(2), 169–174. Retrieved from <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/19/2/169.abstract>

Shirai, Y., Silverberg Koerner†, S., & Baete Kenyon, D. (2009). Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging Ment Health*, 13(1), 106–117. <http://doi.org/10.1080/13607860802591054>

Siegrist, J., Kenesebeck, O. V. D., & Pollack, C. E. (2004). Social Productivity and Well-Being of Older People: Sociological Exploration. *Social Theory and Health*, (2).

Siegrist, J., & Wahrendorf, M. (2009). Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 19(4), 317–326. <http://doi.org/10.1177/1350506809341513>

Sigurðardóttir, S. H., & Bravell, M. E. (2013). Older caregivers in Iceland: providing and receiving care. *Nordic Social Work Research*, 1–16. <http://doi.org/10.1080/2156857X.2013.768180>

Sigurdardottir, S. H., Sundstrom, G., Malmberg, B., & Bravell, M. E. (2012). Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scand J Public Health*, 40(1), 1–9. <http://doi.org/10.1177/1403494811421976>

Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. M. (2006). Intergenerational Support to Aging Parents: The Role of Norms and Needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068–1084. Retrieved from <http://jfi.sagepub.com/content/27/8/1068.abstract>

Sleebos, J. (2003). *Low Fertility Rates in OECD Countries. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 15*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/568477207883>

Soares, M. C., & Fialho, J. A. S. (2011). *Novos Empregos e Competências nos Domínios da Saúde e Serviços Sociais no Contexto do Envelhecimento Demográfico*. Lisboa: SERGA.

Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2012). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing & Society, FirstView*, 1–23. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X12001134>

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2004). EUROFAMCARE: National Background Report for Portugal. Aveiro.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364–371.

Spar, J. E., & Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátria*. Lisboa: Climepsi.

Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 40(1), 48–54. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2442227&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Stenzelius, K., Westergren, A., Thorneman, G., & Hallberg, I. R. (2005). Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. In *Arch Gerontol Geriatr* (Vol. 40, pp. 85–102). Ireland. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2004.06.001>

Stevens, A. B., Coon, D., Wisniewski, S., Vance, D., Arguelles, S., Belle, S., ... Haley, W. (2004). Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. In *Aging Ment Health* (Vol. 8, pp. 450–459). England. <http://doi.org/10.1080/13607860410001709737>

Stoltz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 111–119. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x>

Strauss, A., & Corbin, J. (2009). *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2^a ed.). São Paulo: ARTMED.

Street, H., O'Connor, M., & Robinson, H. (2007). Depression in older adults: exploring the relationship between goal setting and physical health. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(11), 1115–1119. <http://doi.org/10.1002/gps.1797>

Stuifbergen, M. C., Van Delden, J. J. M., & Dykstra, P. A. (2008). The implications of today's family structures for support giving to older parents. *Ageing & Society*, 28(03), 413–434. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006666>

Sundström, G., & Johansson, L. (2005). The changing balance of government and family in care for the elderly in Sweden and other European countries. *Australasian Journal on Ageing*, 24, S5–S11. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00100.x>

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Education, P. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston, Mass.

Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). *Home Care in Europe: The Solid Facts*. World Health Organization, Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf?

Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3–7. <http://doi.org/10.1177/2345678906293042>

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. *Applied Social Research Methods*. SAGE Publications. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=qtW04-pRJZ0C>

Tennstedt, S. L., Crawford, S., & McKinlay, J. B. (1993). Determining the Pattern of Community Care: Is Coresidence More Important Than Caregiver Relationship? *Journal of Gerontology*, 48(2), S74–S83. Retrieved from <http://geronj.oxfordjournals.org/content/48/2/S74.abstract>

Thomas, P., Lalloue, F., Preux, P. M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., ... Clement, J. P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(1), 50–56. <http://doi.org/10.1002/gps.1422>

Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6(2), 13–28.

Timonen, V. (2008). *Ageing Societies: A Comparative Introduction*. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill.

Tolkacheva, N., Broese Van Groenou, M., Boer, A. de, & Tiburg, T. Van. (2011). The impact of informal care-giving networks on adult children's care-giver burden. *Ageing & Society*, 31(1), 34–51. <http://doi.org/10.1017/s0144686x10000711>

Tomás, M. S. A. (2001). Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación. Una aproximación psico-sociológica. madrid.

Trivedi, R., Beaver, K., Bouldin, E., Eugenio, E., Zeliadt, S. B., Nelson, K., ... Piette, J. D. (2013). Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. *Chronic Illn*. <http://doi.org/10.1177/1742395313506947>

Turner, B. S. (1995). Aging and identity: some reflections on the somatization of the self. (M. Featherstone & A. Wernick, Eds.). London: Routledge.

Van Excel, J., Graaf, G., & Brouwer, W. (2007). Care for a break? An investigation of informal caregivers attitudes toward respire care using Q-methodology. *Health Policy*, 83(2-3), 332–342.

Van Hooren, S. A. H., Valentijn, A. M., Bosma, H., Ponds, R. W. H. M., van Boxtel, M. P. J., & Jolles, J. (2007). Cognitive Functioning in Healthy Older Adults Aged 64–81: A Cohort Study into the Effects of Age, Sex, and Education. *Ageing, Neuropsychology, and Cognition*, 14(1), 40–54. <http://doi.org/10.1080/138255890969483>

Van Houtven, C. H., & Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *J Health Econ*, 23(6), 1159–1180. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.008>

Van Oorschot, W., & Arts, W. (2005). The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. *Journal of European Social Policy*, 15(1), 5–26. Retrieved from <http://esp.sagepub.com/content/15/1/5.abstract>

Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1–39. <http://doi.org/10.1023/A:1010072010360>

Veenhoven, R. (2004). *Subjective Measures of Well-Being*. (W. W. paper, Ed.) (Vol. 2004/07). Helsinki.

Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., & Cohen, M. Z. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. In *J Adv Nurs* (Vol. 61, pp. 222–231). England. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04494.x>

Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers? *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424–441. <http://doi.org/10.1177/0958928714543902>

Victor, C. (2006). Will Our Old Age Be Healthier. In J. A. Vicent, C. R. Phillipson, & M. Downs (Eds.), *The Future of Old Age* (pp. 138–146). Sage Publications Ltd.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N. N., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25(06), 357–375 M3 – 10.1017/S0144686X04003332. Retrieved from [href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X04003332](http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X04003332)

Viitanen, T. K., & Labor, I. for the S. of. (2007). *Informal and Formal Care in Europe*. (I. Z. A. D. Papers, Ed.).

Vitaliano, P. P., Zhang, J., Young, H. M., Caswell, L. W., Scanlan, J. M., & Echeverria, D. (2009). Depressed mood mediates decline in cognitive processing speed in caregivers. *Gerontologist*, 49(1), 12–22. <http://doi.org/10.1093/geront/gnp004>

Vogt, M. S. L., Gonçalves, M. P., & Silveira, D. (2009). Ações para Capacitação de Cuidadores em Unidades de Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 93–101. Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/4416/2988>

Von dem Knesebeck, O., & Geyer, S. (2007). Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7, 272. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-7-272>

Wahrendorf, M., Knesebeck, O. von dem., & Siegrist, J. (2008). Social Productivity and Quality of Life - First Prospective Findings. (A. Borsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jorges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber, Eds.) *Health, Ageing and Retirement in Europe - Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for The Economics of Ageing.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2–12. <http://doi.org/10.1007/s10433-005-0500-0>

Walker, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6(2), 61–66. <http://doi.org/10.1007/s10433-009-0117-9>

Walker, A., & Maesen, L. van der. (2003). Social Quality and Quality of Life. *Paper for ESPA-NET Conference*. Copenhagen.

Webb, E., Blane, D., McMunn, A., & Netuveli, G. (2011). Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(6), 542–547. Retrieved from <http://jech.bmj.com/content/65/6/542.abstract>

White, C. L., Lauzon, S., Yaffe, M. J., & Wood-Dauphinee, S. (2004). Toward a model of quality of life for family caregivers of stroke survivors. *Qual Life Res*, 13(3), 625–638.

WHOQOL. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56. <http://doi.org/10.2307/41344692>

WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. In *Soc Sci Med* (Vol. 41, pp. 1403–1409). England.

Wiggins, R. D., Higgs, P. F. D., Hyde, M., & Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing & Society*, 24(05), 693–708

M3 – 10.1017/S0144686X04002284. Retrieved from
href="http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X04002284

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2008). The Evaluation of a Self-enumerated Scale of Quality of Life (CASP-19) in the Context of Research on Ageing: A Combination of Exploratory and Confirmatory Approaches. *Social Indicators Research*, 89(1), 61–77. <http://doi.org/10.1007/s11205-007-9220-5>

Wilson, D. M. (2000). End-of-life care preferences of Canadian senior citizens with caregiving. *J Adv Nurs*, 31(6), 1416–1421.

Winter, K. H., Bouldin, E. D., & Andresen, E. M. (2010). Lack of choice in caregiving decision and caregiver risk of stress, North Carolina, 2005. *Prev Chronic Dis*, 7(2), A41. Retrieved from http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/mar/09_0037.htm

Wittenberg, R., Pickard, L., Malley, J., King, D., Comas-Herrera, A., Darton, R., & PSSRU. (2008). *Future demand of social care, 2005 to 2041: projections of demand for social care for older people in England*. (R. to the S. U. (Cabinet O. and the D. of Health, Ed.)PSSRU discussion paper. London.

Wolf, D. A., Hunt, K., & Knickman, J. (2005). Perspectives on the recent decline in disability at older ages. *Milbank Q*, 83(3), 365–395. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00406.x>

Wolfensberg, W. (1994). Let's hang up "quality of life" as a hopeless term. In D. Goode (Ed.), *Quality of Life for persons with developmental disabilities: International perspectives and issues*. Cambridge: Brookline Books.

Wong, D. F., Lam, A. Y., Chan, S. K., & Chan, S. F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. In *Health Qual Life Outcomes* (Vol. 10, p. 15). England. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-10-15>

World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 31–39.

Yang, X., Hao, Y., George, S. M., & Wang, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 143. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-10-143>

Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40(2), 147–164.

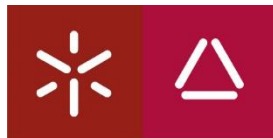
Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. In B. M. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science* (pp. 308–319). Westport, CT: Libraries Unlimited.

Zimmermann, C. R., & Alves, J. C. L. (2009). O mito do declínio do Welfare State. *Emancipação*, 9(2), 225–232.

Zivin, K., & Christakis, N. A. (2007). The emotional toll of spousal morbidity and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(9), 772–779. <http://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318050c9ae>

ANEXOS

ANEXO 1. PEDIDO DE COLABORAÇÃO FORMAL DIRIGIDO À DIREÇÃO DAS IPSS, FUNDAÇÕES E SANTAS CASAS DA MISERICÓRDIA



Universidade do Minho

Exma. Mesa Administrativa

Eu, Fátima Cristina Senra Barbosa, aluna de Doutoramento N°3575 da Universidade do Minho do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade e Bolseira de Investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/72257/2010), venho por este meio solicitar a colaboração da Santa Casa da Misericórdia, Serviço de Apoio Domiciliário, no projeto de Doutoramento *“Cuidarei, enquanto puder”*: a *Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos*.

O objetivo da investigação centra-se na perceção das necessidades dos cuidadores domiciliários conjugais (50 e mais anos), através da realização de entrevistas semiestruturadas.

A colaboração dos cuidadores é voluntária, podendo cessar a qualquer momento. Garante-se a confidencialidade e o anonimato das informações que vierem a ser prestadas. A participação dos cuidadores não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a gravação da entrevista com o objetivo de garantir a fiabilidade das informações prestadas e ainda a assinatura para o Consentimento Informado para aceitação da realização da entrevista.

Desde já quero agradecer a disponibilidade demonstrada.

Contacto: Tlm.

ANEXO 2. GUIÃO DE ENTREVISTA DOS CUIDADORES CONJUGAIS CORRESIDENCIAIS COM 50 E MAIS ANOS

Tópicos	Questões	Probing	Informação pretendida
Legitimação da Entrevista			Falar sobre os objetivos do estudo e reforçar a importância da colaboração do participante; Assegurar a confidencialidade dos dados; Pedir autorização para gravação; Assinatura para Consentimento Informado.
Motivos que levaram a assumir a prestação de cuidados	Porque assumiu o papel de cuidador conjugal?		Perceber quais os motivos que o/a levaram a ser prestador (a) de cuidados conjugais.
Tarefas realizadas	Descreva-me o seu dia-a-dia (incluir todas as tarefas que realiza quer estejam relacionadas com o cuidado ou não).	Tarefas realizadas durante a semana e fim-de-semana. Tarefas que iniciou com a prestação de cuidados; Tarefas que deixou de executar com a prestação de cuidados; Quais as tarefas relacionadas com o cuidado mais difíceis de executar?	Saber as tarefas de cuidado diárias que realiza; Perceber se continua a realizar outras tarefas para além do cuidado; Perceber se presta mais tarefas durante a semana ou fim-de-semana; Perceber se a prestação de cuidados modificou a sua rotina diária; Perceber se prestam cuidados instrumentais, emocionais, etc. ou apenas gerem os cuidados; Saber quais são as tarefas mais difíceis para o cuidador.
Apoios/Rede de suporte	Recebe apoio (formal e informal) na prestação de cuidados?	Se sim: que tipo de apoio possui (prático, monetário e emocional); por parte de quem; com que frequência; o apoio que recebe é suficiente? Se não: porque não recebe apoio? Que outro apoio (formal ou informal) gostaria de usufruir? Com quem fala frequentemente sobre os assuntos importantes?	Perceber se os cuidadores conjugais recebem apoio (familiar, amigos, institucional, ...); que tipo de apoio recebem; de quem; frequência; e se este é suficiente. Perceber se os cuidadores são cuidadores principais ou cuidadores secundários. Perceber se o cuidador(a) tem confidentes e quem são.

Capacidades	Sente-se capaz de realizar estas tarefas?	Se sim: explicar porque se sente capaz. Se não: porque o faz? E se surgirem novas tarefas de cuidado sentir-se-ia capaz de as realizar?	Perceber se o cuidador se sente capaz de prestar cuidados. Perceber se o cuidador é capaz de prestar cuidados. Perceber que capacidades o cuidador dispõe para exercer a prestação de cuidados.
Necessidades	Enquanto prestador de cuidados quais são as suas principais necessidades?	Instrumentais Económicas Formação Sociais/lazer Saúde (física e mental) (...)	Perceber quais são as necessidades não satisfeitas (emergentes latentes e emergentes identificadas)

ANEXO 3. ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS CUIDADORES CONJUGAIS E BENEFICIÁRIOS DE CUIDADOS

Entrevista Nº _____

1. Caracterização do cuidador

Sexo: _____

Idade: _____

Composição do agregado familiar: _____

Relação perante o mercado de trabalho: _____

Escolaridade: _____

Cuida de quantas pessoas: _____

Há quanto tempo cuida do seu/sua esposo(a)? _____

Quantas horas depende em cuidados por dia? _____

Problemas de saúde:

2. Caracterização do beneficiário de cuidados

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Problemas de saúde:

ANEXO 4. ÍNDICE DE LAWTON

Entrevista Nº _____

Índice de Lawton: Atividades Instrumentais de Vida Diária		
AIVD	Itens	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar as refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar o telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só telefona para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transportes	4
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pontuação total _____

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9 a 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

ANEXO 5. ÍNDICE DE BARTHEL

Entrevista N° _____

Índice de Barthel

Índice de Barthel - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)		
Itens	ABDV	Cotação
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	Necessita de Ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom)	5
	Dependente	0
Banho	Independente (Toma banho geral no duche ou na banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	Dependente	0
Controlo intestinal	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisters, fá-lo sozinho)	10
	Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisters)	5
	Incontinente fecal	0
Controlo vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer)	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira-Cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)	10
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andariço, canadianas)	15
	Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com cadeira de rodas (Anda pelo menos 50 metros)	5
	Dependente	0

Pontuação total _____

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

ANEXO 6. CONSENTIMENTO INFORMADO

Entrevista N° _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

CARO(a) PARTICIPANTE

Sou aluna de doutoramento na Universidade do Minho, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, e Bolseira de Investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/72257/2010) e estou a desenvolver um estudo sobre a Qualidade de Vida e as Necessidades dos Cuidadores Conjugais Informais com 50 e mais anos. Esta investigação é muito importante, porque pretende analisar as necessidades sentidas pelos cuidadores informais idosos e melhorar os conhecimentos relacionados com a prestação de cuidados, realizados pelos indivíduos com 50 e mais anos.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitado a realização e gravação de uma entrevista. As suas informações são estritamente confidenciais e está garantido o anonimato.

A participação no estudo é voluntária, pelo que poderá interrompe-la a qualquer momento. Assim solicito o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo, depois de devidamente informado e esclarecido.

Desde já quero agradecer a disponibilidade.

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que aceito a participação no estudo.

Data/...../.....

Assinatura do participante

Fátima Cristina Senra Barbosa, aluna de Doutoramento N°3575, Contacto:

Data/...../.....

Assinatura do Investigador

ANEXO 7. CODEBOOK

Dimensões	Categoria	Definição	Regras de codificação
Motivações Porque assumiu o papel de cuidador conjugal?	Obrigação/Dever	A categoria <i>Obrigação/Dever</i> define-se como a obrigação e/ou dever social e moral de cuidar do cônjuge, ligado às expectativas sociais e à existência de normas sociais e morais.	Entram nesta dimensão todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes às respostas à questão: Porque assumiu o papel de cuidador conjugal? São também codificadas todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes a esta dimensão que ocorram ao longo da entrevista.
	Afeição	A categoria <i>Afeição</i> define-se como os sentimentos de amor, carinho e ternura demonstrados pelo cuidador em relação à pessoa cuidada.	
	Imposições circunstanciais	A categoria <i>Imposições circunstanciais</i> assume-se como um conjunto de condições circunstanciais (materiais e sociais) que favorecem a prestação de cuidados conjugais.	
	Evitar a institucionalização	A categoria <i>Evitar a institucionalização</i> assume-se como a vontade de não institucionalizar o cônjuge dependente.	
Capacidades Sente-se capaz de realizar estas tarefas?	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir boa saúde física e mental • Ser capaz de prestar apoio prático-instrumental (cuidados pessoais, preparação das refeições, limpeza da habitação) • Ser capaz de cuidar de si próprio 	Entram neste tema todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes às respostas à questão: Sente-se capaz de realizar estas tarefas? São também codificadas todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes a este tema que ocorram ao longo da entrevista
	Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de conhecer as doenças, avaliar os sintomas e executar ensinamentos • Ser capaz de gerir a medicação • Ser capaz de usar os meios de comunicação • Ser capaz de reivindicar direitos • Ser capaz de exprimir necessidades 	
	Capital social	<ul style="list-style-type: none"> • Ter apoio de vizinhos, amigos e família • Poder participar socialmente (atividades de sociais, de lazer e religiosas) 	
	Condição económica	<ul style="list-style-type: none"> • Ter acesso a uma condição económica que lhes permita recorrer a apoios formais, medicamentos, tratamentos e alimentação adequada 	
	Políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ter acesso a políticas sociais, saúde, emprego e equipamentos sociais e de saúde adequados 	

Temas	Categoria	Definição	Regras de codificação
Necessidades Enquanto prestador de cuidados quais são as suas principais necessidades? Como perspetiva o futuro?	Materiais	Necessidades de apoio nas atividades prático-instrumentais (cuidado pessoal, apoio durante a noite, preparação das refeições, limpeza da habitação, gestão da medicação e substituição) e necessidades económicas (ter mais dinheiro para aquisição de apoios formais e bens materiais).	Entram neste tema todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes às respostas às questões: Enquanto prestador de cuidados quais são as suas principais necessidades? Como perspetiva o futuro? São também codificadas todas as unidades de significado (palavras, frases ou parágrafos) referentes a este tema que ocorram ao longo da entrevista
	Sócioafetivas e de liberdade	Necessidade de suporte emocional e familiar. Necessidade de sair, de estar com outras pessoas, de sentir-se livre para fazer o que deseja, de participar em atividades sociais, de lazer e religiosas.	
	Saúde	Necessidade de apoio na saúde física e mental.	
	Informação/ Formação	Necessidades de informação/formação acerca de apoios, doenças, tratamentos e necessidade de saber utilizar os meios de comunicação (telefone).	

ANEXO 8. CONSISTÊNCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH) DA MEDIDA CASP-12 POR PAÍS

Países	Alfa de Cronbach	N de itens
SE	,772	12
DK	,768	12
DE	,768	12
NL	,737	12
BE	,764	12
FR	,794	12
CH	,769	12
AT	,823	12
PT	,687	12
ES	,811	12
IT	,769	12
EE	,807	12
PL	,841	12
CZ	,789	12
HU	,800	12
SL	,781	12

ANEXO 9. ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE DA RLM, TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV
 POR PAÍS

Countries		Standardized Residual
SE	N	1344
	Normal Parameters ^a	Mean
		Std. Deviation
		0,99439981
	Most Extreme Differences	Absolute
		Positive
		Negative
		0,041 0,018 -0,041
Test Statistic	0,041	
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000 ^c	
DK	N	1605
	Normal Parameters ^a	Mean
		Std. Deviation
		0,99531321
	Most Extreme Differences	Absolute
		Positive
		Negative
		0,047 0,028 -0,047
Test Statistic	0,047	
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000 ^c	
DE	N	1160
	Normal Parameters ^a	Mean
		Std. Deviation
		0,99350783
	Most Extreme Differences	Absolute
		Positive
		Negative
		0,038 0,021 -0,038
Test Statistic	0,038	
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000 ^c	
NL	N	1972
	Normal Parameters ^a	Mean
		Std. Deviation
		0,99618756
	Most Extreme Differences	Absolute
		Positive
		Negative
		0,048 0,033 -0,048
Test Statistic	0,048	
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000 ^c	

BE	N		3520
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99786644
	Most Extreme Differences	Absolute	0,037
		Positive	0,014
		Negative	-0,037
	Test Statistic		0,037
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c
FR	N		3500
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99785423
	Most Extreme Differences	Absolute	0,025
		Positive	0,015
		Negative	-0,025
	Test Statistic		0,025
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c
CH	N		2679
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99719547
	Most Extreme Differences	Absolute	0,056
		Positive	0,03
		Negative	-0,056
	Test Statistic		0,056
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c
AT	N		3309
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99773019
	Most Extreme Differences	Absolute	0,04
		Positive	0,027
		Negative	-0,04
	Test Statistic		0,04
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c
PT	N		1602
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,9953044
	Most Extreme Differences	Absolute	0,017
		Positive	0,015
		Negative	-0,017
	Test Statistic		0,017
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,200 ^{c,d}

ES	N		2676
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation	0,99719232
	Most Extreme Differences	Absolute	0,015
		Positive	0,01
		Negative	-0,015
	Test Statistic		0,015
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,147 ^c
IT	N		2733
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation	0,99725098
	Most Extreme Differences	Absolute	0,016
		Positive	0,016
		Negative	-0,009
	Test Statistic		0,016
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,096 ^c
EE	N		4501
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation	0,99833194
	Most Extreme Differences	Absolute	0,013
		Positive	0,008
		Negative	-0,013
	Test Statistic		0,013
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,080 ^c
PL	N		1261
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation	0,9940298
	Most Extreme Differences	Absolute	0,037
		Positive	0,019
		Negative	-0,037
	Test Statistic		0,037
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c
CZ	N		4064
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation	0,99815237
	Most Extreme Differences	Absolute	0,009
		Positive	0,009
		Negative	-0,009
	Test Statistic		0,009
	Asymp. Sig. (2-tailed)		,200 ^{c,d}

HU	N		2346
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99679657
	Most Extreme Differences	Absolute	0,024
		Positive	0,018
		Negative	-0,024
	Test Statistic		0,024
Asymp. Sig. (2-tailed)		,004 ^c	
SL	N		1990
	Normal Parameters ^a	Mean	0
		Std. Deviation ^b	0,99622212
	Most Extreme Differences	Absolute	0,049
		Positive	0,031
		Negative	-0,049
	Test Statistic		0,049
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000 ^c	

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

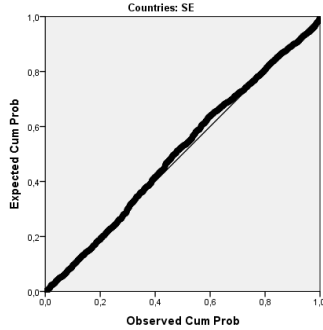
d. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO 10. ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE DA RLM, VALORES DE CURTOSE E ASSIMETRIA POR PAÍS

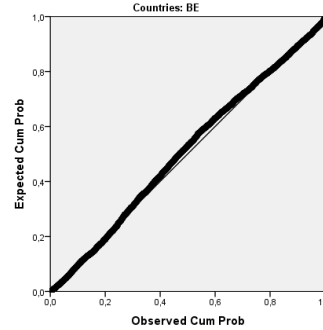
Descriptive Statistics										
Countries		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
SE	Standardized Residual	1344	-3,75527	2,58649	,0000000	,99439981	-,285	,067	-,175	,133
	Valid N (listwise)	1344								
DK	Standardized Residual	1605	-5,22698	3,12216	,0000000	,99531321	-,504	,061	,655	,122
	Valid N (listwise)	1605								
DE	Standardized Residual	1160	-3,54656	2,78363	,0000000	,99350783	-,372	,072	,068	,144
	Valid N (listwise)	1160								
NL	Standardized Residual	1972	-4,16361	2,64817	,0000000	,99618756	-,600	,055	,511	,110
	Valid N (listwise)	1972								
BE	Standardized Residual	3520	-3,89022	2,73624	,0000000	,99786644	-,311	,041	-,037	,083
	Valid N (listwise)	3520								
FR	Standardized Residual	3500	-4,38598	2,91324	,0000000	,99785423	-,363	,041	,274	,083
	Valid N (listwise)	3500								
CH	Standardized Residual	2679	-5,48544	2,62224	,0000000	,99719547	-,678	,047	,904	,095
	Valid N (listwise)	2679								
AT	Standardized Residual	3309	-3,79352	3,07396	,0000000	,99773019	-,460	,043	,156	,085
	Valid N (listwise)	3309								
PT	Standardized Residual	1602	-3,37090	3,32386	,0000000	,99530440	,026	,061	,083	,122
	Valid N (listwise)	1602								
ES	Standardized Residual	2676	-4,15212	3,06210	,0000000	,99719232	-,181	,047	,055	,095
	Valid N (listwise)	2676								
IT	Standardized Residual	2733	-3,22572	3,00394	,0000000	,99725098	,011	,047	-,113	,094
	Valid N (listwise)	2733								
EE	Standardized Residual	4501	-3,43824	2,97720	,0000000	,99833194	-,118	,036	-,169	,073
	Valid N (listwise)	4501								
PL	Standardized Residual	1261	-3,92162	3,07592	,0000000	,99402980	-,164	,069	-,237	,138
	Valid N (listwise)	1261								
CZ	Standardized Residual	4064	-3,66173	3,64517	,0000000	,99815237	,018	,038	-,199	,077
	Valid N (listwise)	4064								
HU	Standardized Residual	2346	-3,10430	3,27375	,0000000	,99679657	-,081	,051	-,212	,101
	Valid N (listwise)	2346								
SL	Standardized Residual	1990	-4,56789	2,82526	,0000000	,99622212	-,618	,055	,582	,110
	Valid N (listwise)	1990								

ANEXO 11. ANÁLISE DOS PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE RLM, NORMAL P-P PLOT OF REGRESSION STANDARDIZED RESIDUAL POR PAÍS

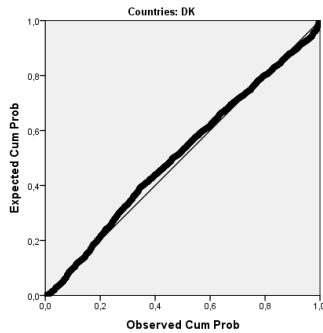
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



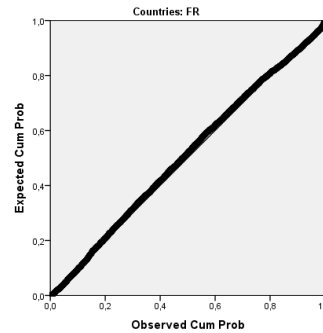
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



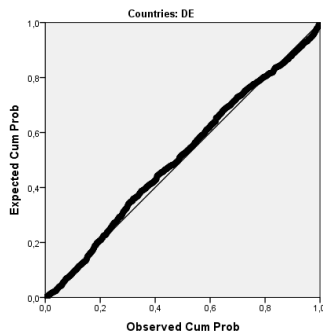
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



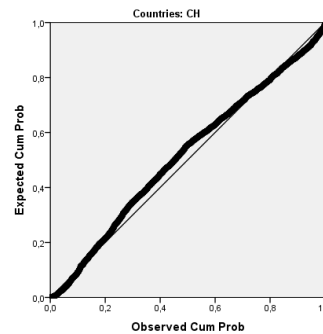
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



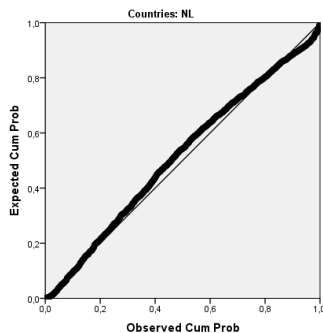
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



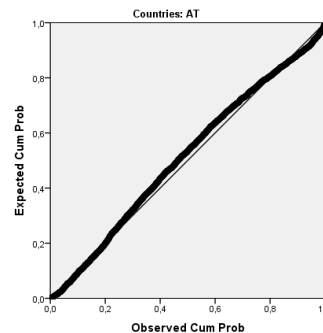
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



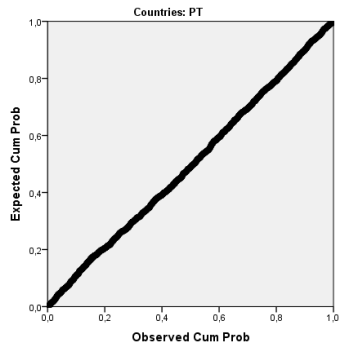
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



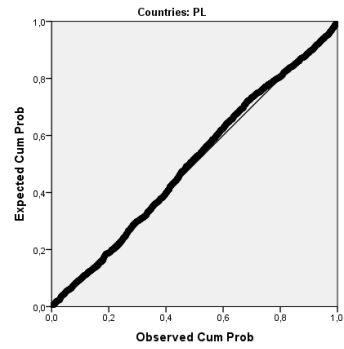
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



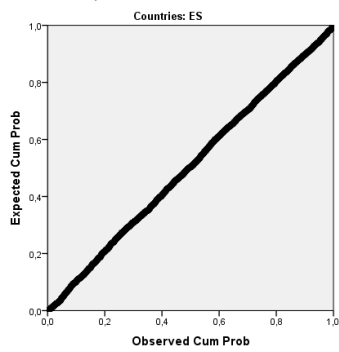
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



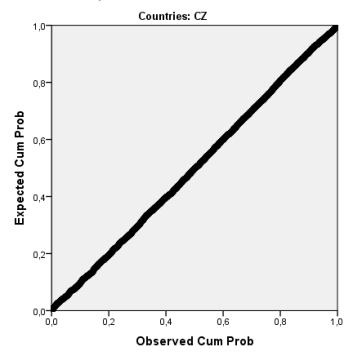
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



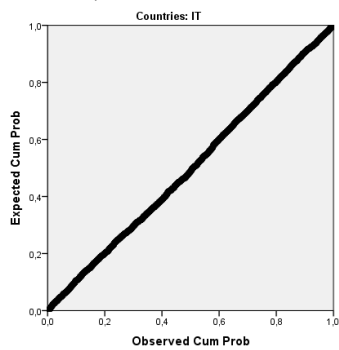
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



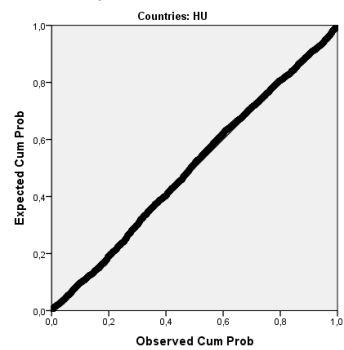
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



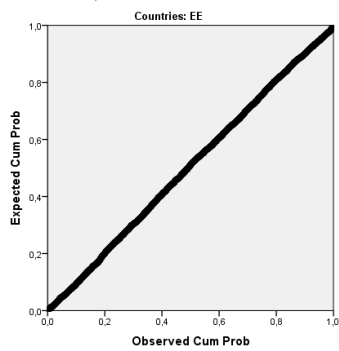
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



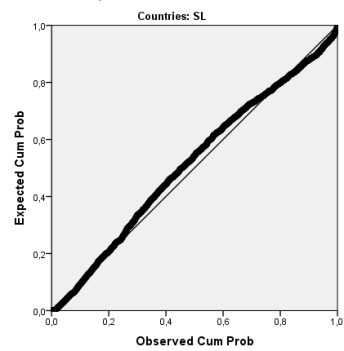
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12



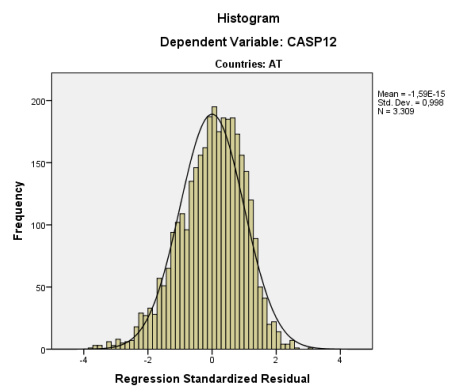
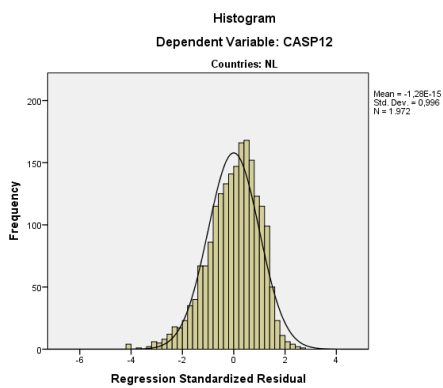
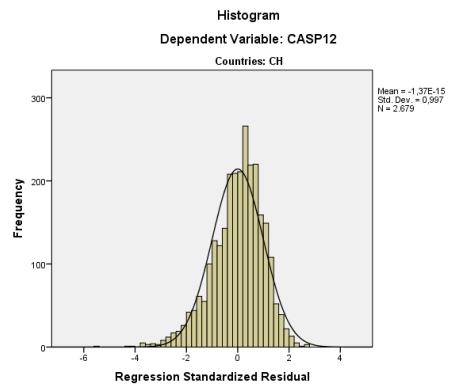
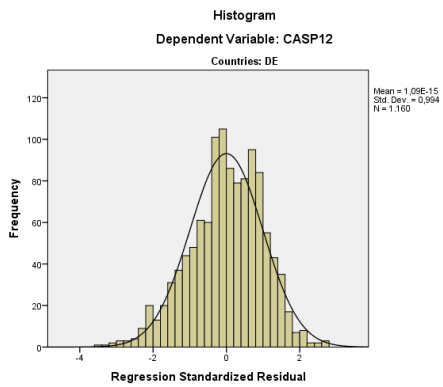
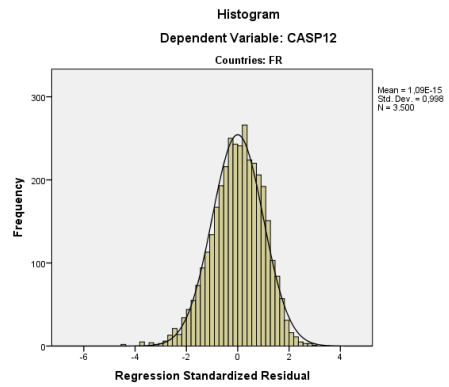
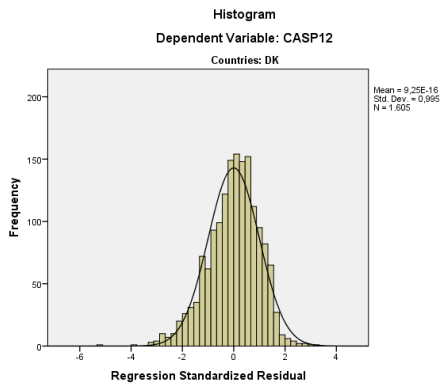
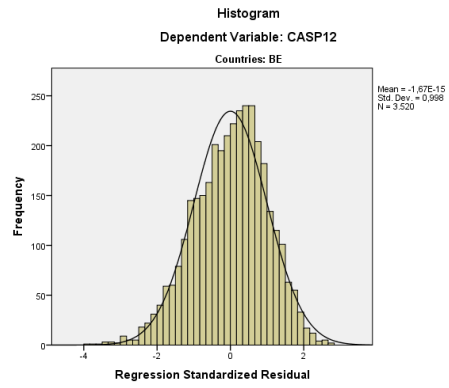
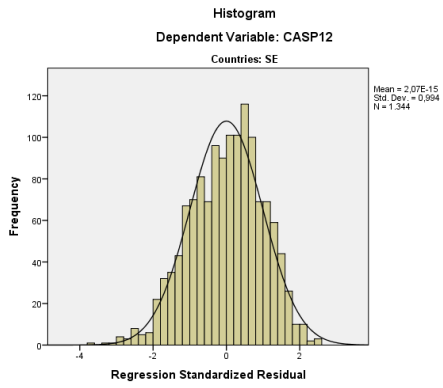
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12

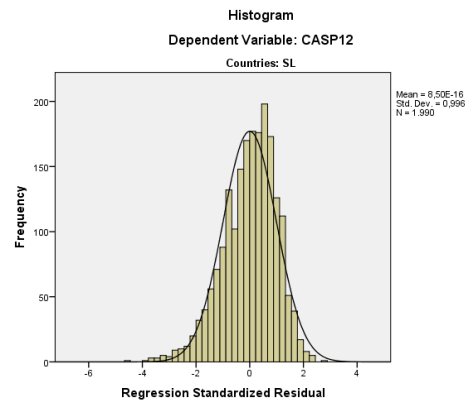
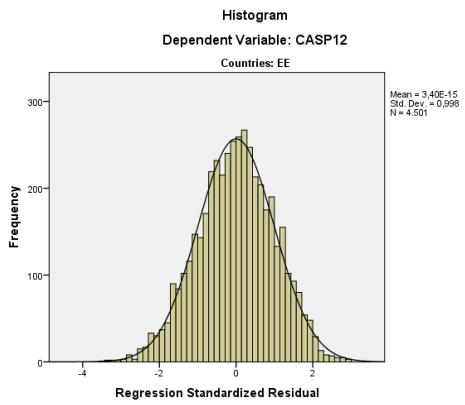
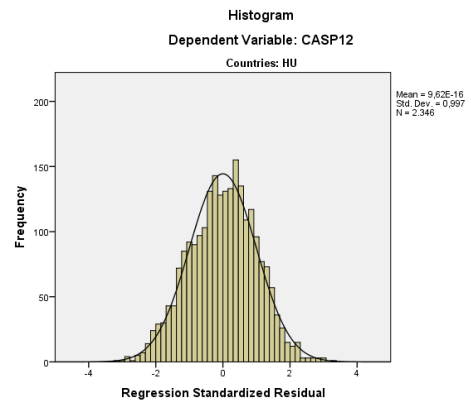
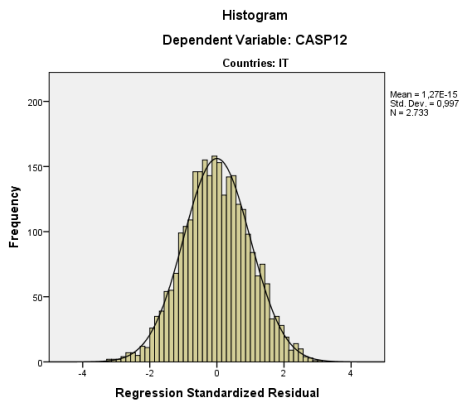
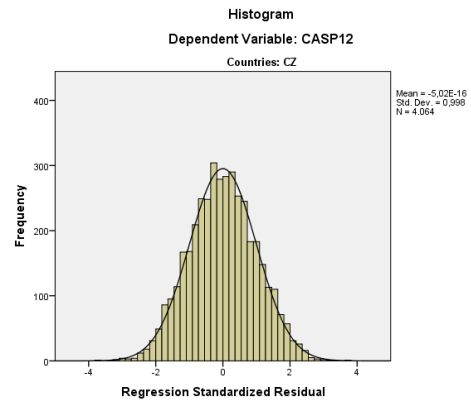
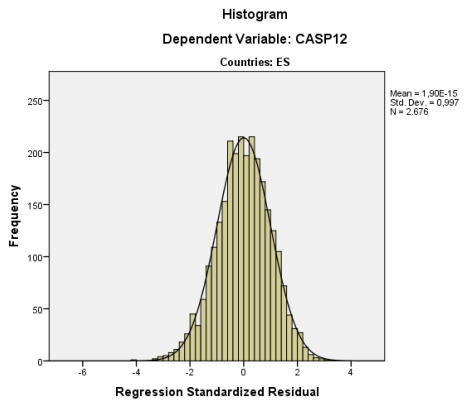
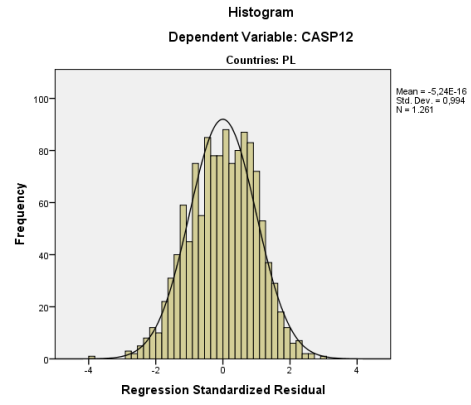
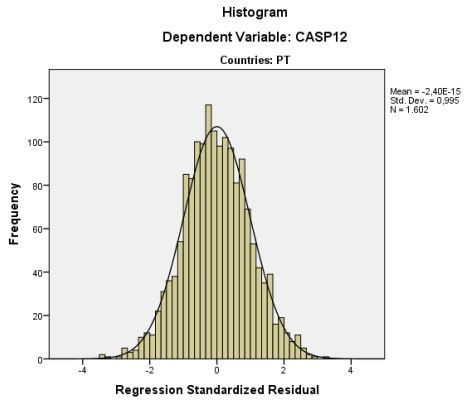


Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable: CASP12

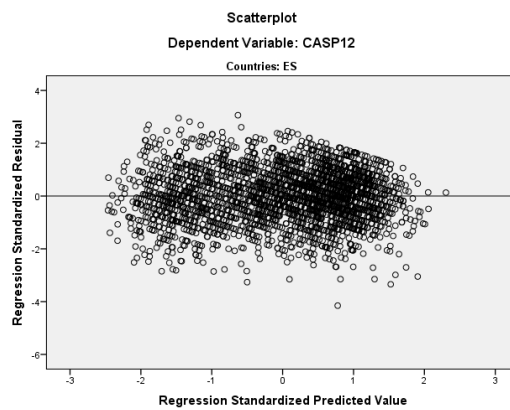
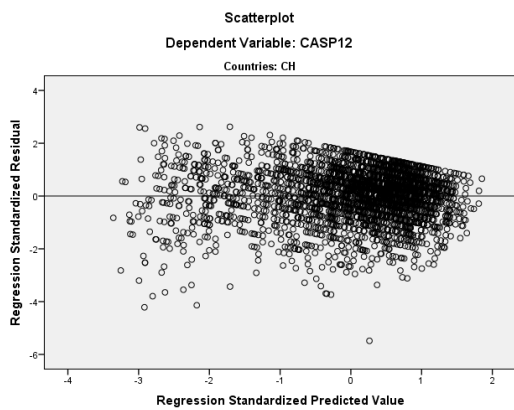
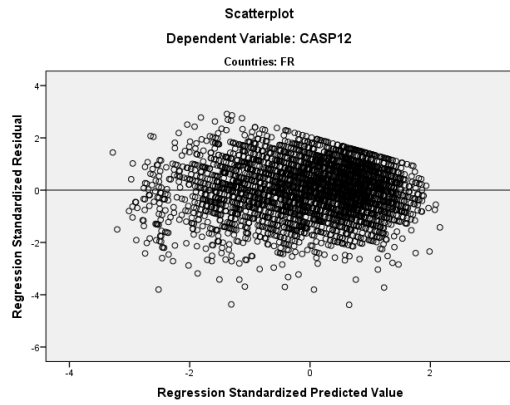
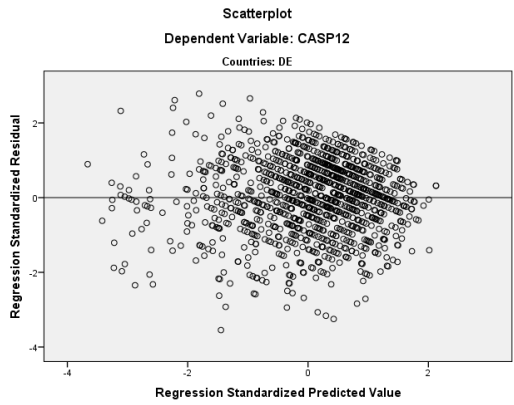
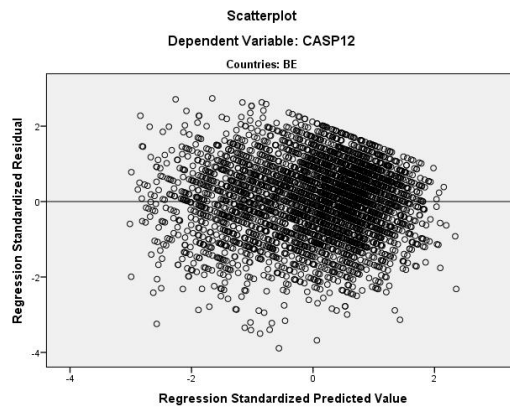
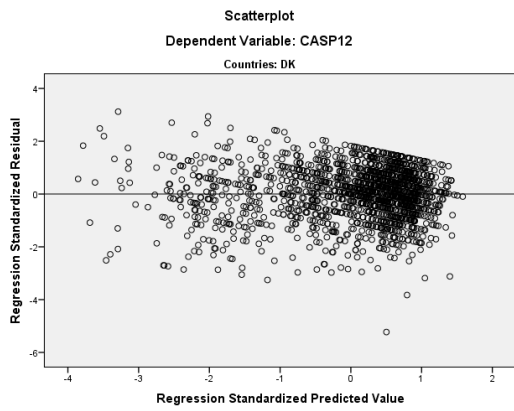
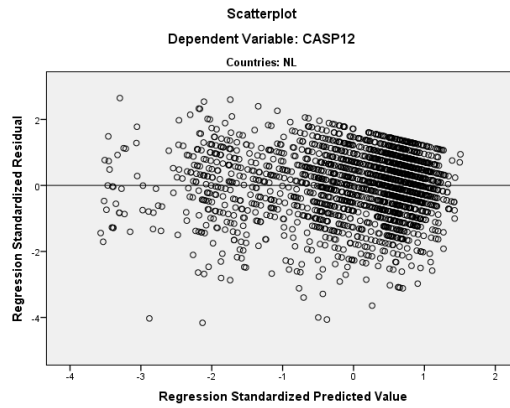
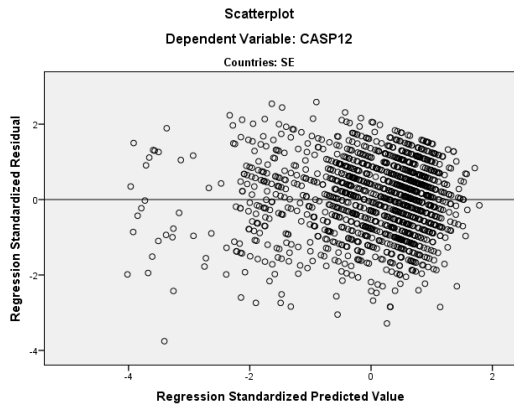


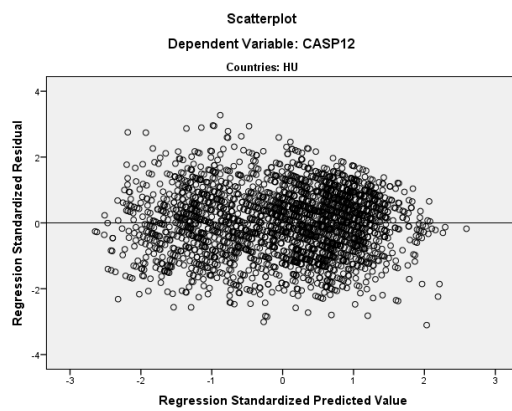
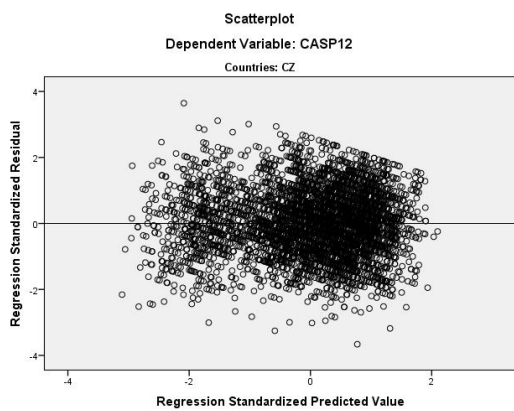
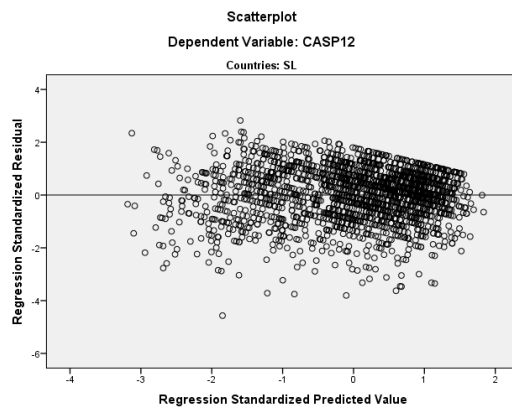
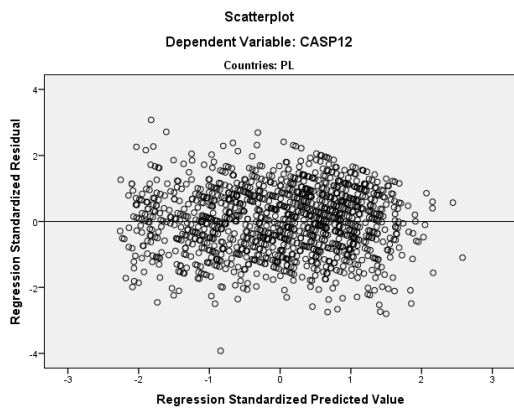
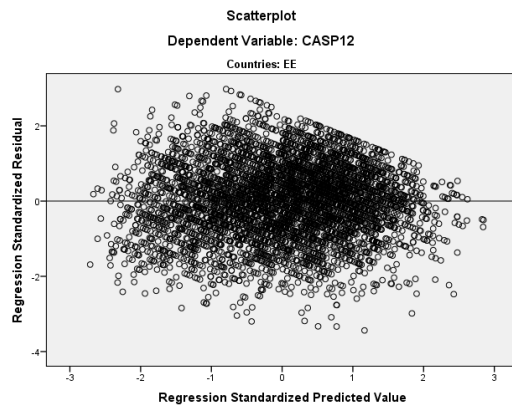
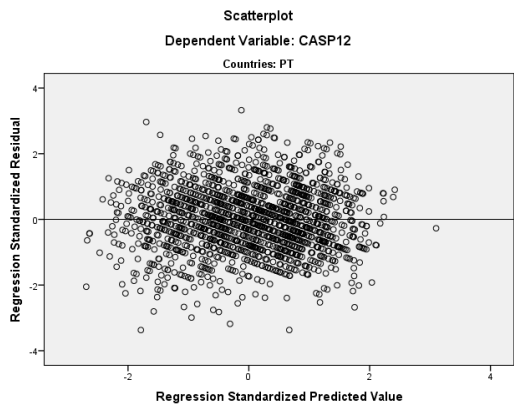
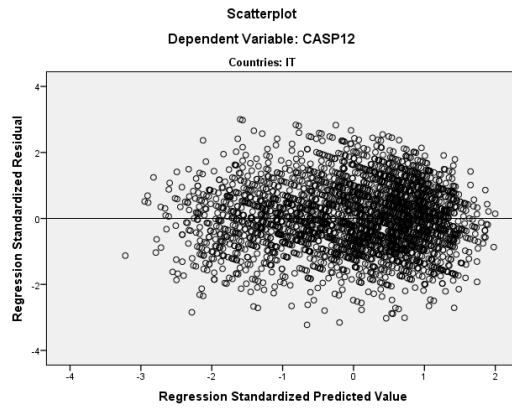
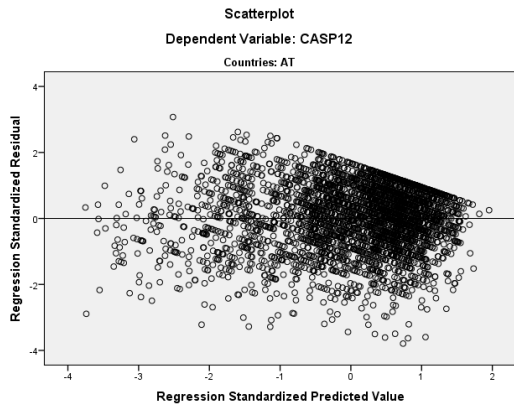
ANEXO 12. ANÁLISE DOS PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE DA RLM, HISTOGRAMAS POR PAÍS



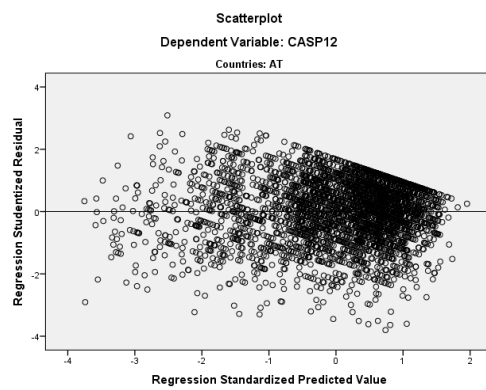
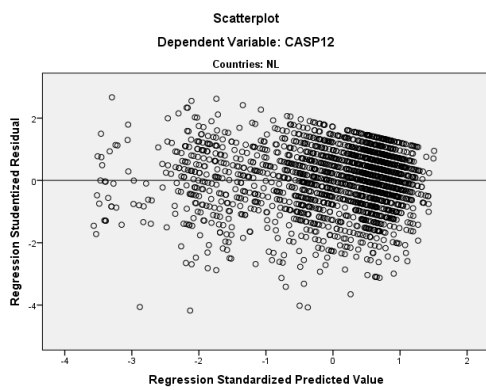
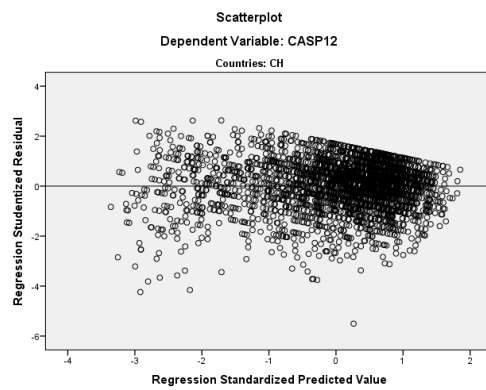
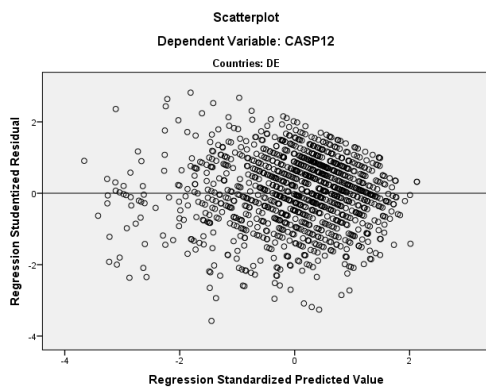
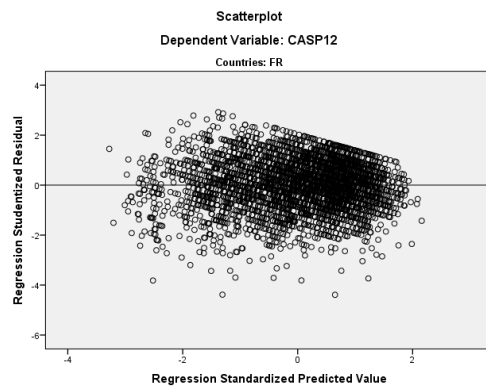
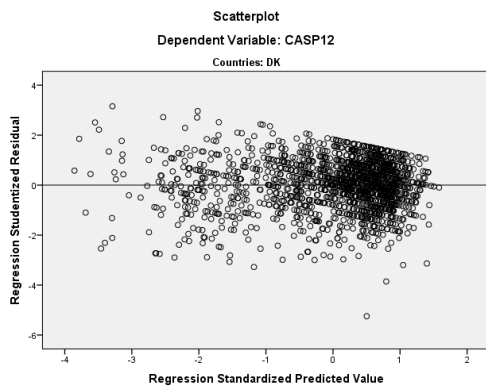
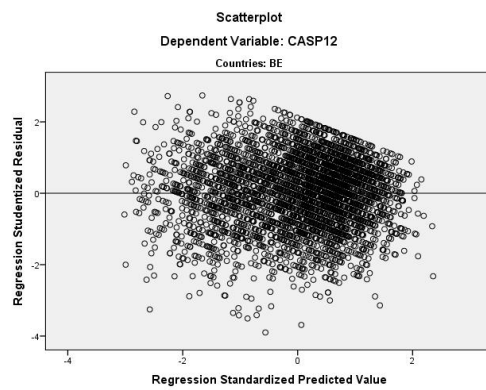
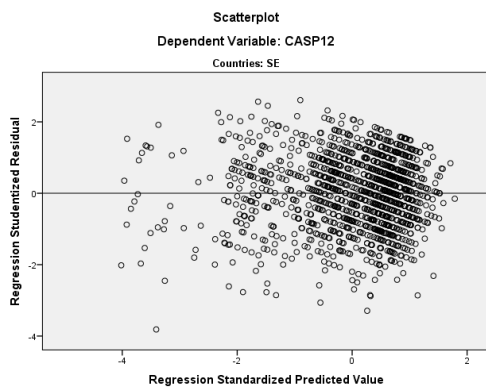


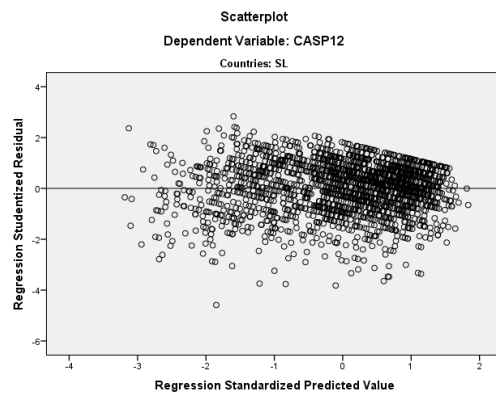
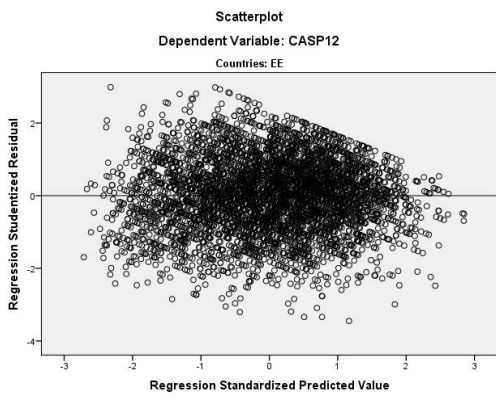
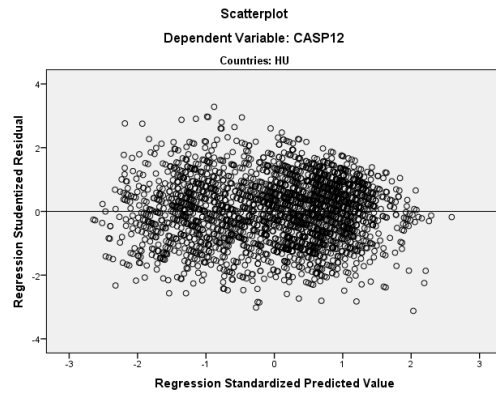
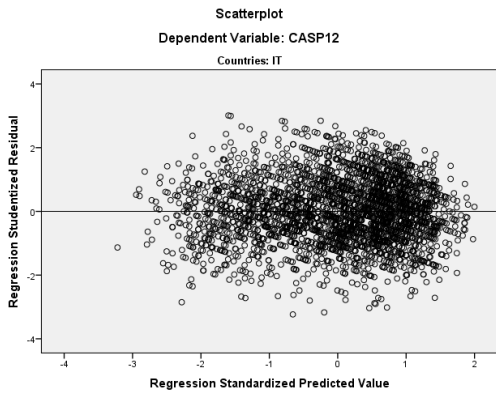
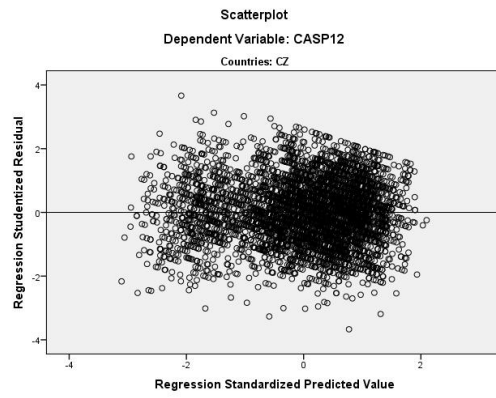
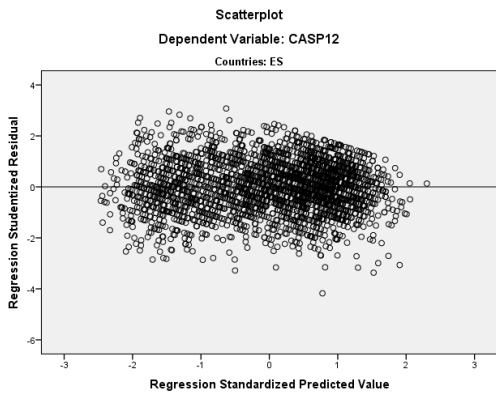
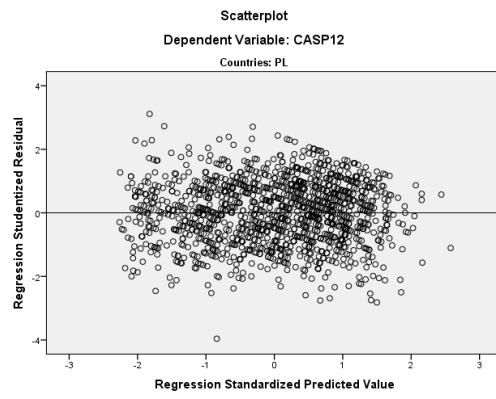
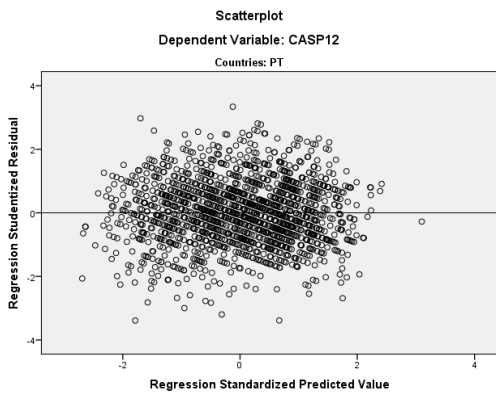
ANEXO 13. ANÁLISE DO PRESSUPOSTOS DA LINEARIDADE DA RLM, SCATTERPLOT POR PAÍS





ANEXO 14. ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA HOMOSCEDASTICIDADE DA RLM, SCATTERPLOT POR PAÍS





ANEXO 15. ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA INDEPENDÊNCIA DOS ERROS, TESTE DURBIN-WATSON POR PAÍIS

Model Summary^b

Countries	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Durbin-Watson	
						R Square Change	F Change	df1	df2		Sig. F Change
SE	1	,504 ^a	,254	,245	4,233	,254	30,094	15	1328	,000	1,759
DK	1	,486 ^c	,236	,229	3,841	,236	32,808	15	1589	,000	1,823
DE	1	,567 ^d	,321	,312	4,439	,321	36,082	15	1144	,000	1,756
NL	1	,456 ^b	,208	,202	4,021	,208	34,173	15	1956	,000	1,817
BE	1	,526 ^f	,276	,273	5,042	,276	89,230	15	3504	,000	1,719
FR	1	,541 ^g	,292	,289	4,837	,292	95,913	15	3484	,000	1,869
CH	1	,484 ^b	,234	,230	4,131	,234	54,351	15	2663	,000	1,797
AT	1	,589 ^h	,347	,344	4,667	,347	116,814	15	3293	,000	1,725
PT	1	,561 ^f	,314	,308	4,222	,314	48,508	15	1586	,000	1,827
ES	1	,652 ^k	,426	,422	4,828	,426	131,380	15	2660	,000	1,746
IT	1	,595 ^h	,354	,351	4,879	,354	99,345	15	2717	,000	1,765
EE	1	,599 ^h	,359	,356	5,247	,359	167,184	15	4485	,000	1,730
PL	1	,613 ^h	,375	,368	5,128	,375	49,876	15	1245	,000	1,739
CZ	1	,511 ^g	,262	,259	4,993	,262	95,605	15	4048	,000	1,670
HU	1	,636 ^g	,404	,401	5,018	,404	105,506	15	2330	,000	1,750
SL	1	,543 ^g	,295	,290	4,765	,295	55,142	15	1974	,000	1,831

a. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Estado civil, Doenças crónicas, Depressão (Euro-D), Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Número de atividades sociais, Rendimento, Inatividade física, Género, Situação profissional, Limitações na mobilidade, Escolaridade (ISCED-97), Memória, Idade

b. Dependent Variable: CASP12

c. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Género, Estado civil, Doenças crónicas, Inatividade física, Rendimento, Número de atividades sociais, Depressão (Euro-D), Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Memória, Limitações na mobilidade, Situação profissional, Escolaridade (ISCED-97), Idade

d. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Estado civil, Situação profissional, Escolaridade (ISCED-97), Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Doenças crónicas, Inatividade física, Rendimento, Depressão (Euro-D), Género, Número de atividades sociais, Limitações na mobilidade, Memória, Idade

e. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Rendimento, Género, Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Doenças crónicas, Estado civil, Número de atividades sociais, Depressão (Euro-D), Inatividade física, Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Situação profissional, Memória, Limitações na mobilidade, Escolaridade (ISCED-97), Idade

f. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Doenças crónicas, Estado civil, Número de atividades sociais, Género, Rendimento, Inatividade física, Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Depressão (Euro-D), Situação profissional, Escolaridade (ISCED-97), Limitações na mobilidade, Memória, Idade

g. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Estado civil, Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Limitações na mobilidade, Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Situação profissional, Número de atividades sociais, Género, Rendimento, Inatividade física, Depressão (Euro-D), Doenças crónicas, Memória, Escolaridade (ISCED-97), Idade

h. Predictors: (Constant), Prestador de cuidados domiciliários, Rendimento, Inatividade física, Doenças crónicas, Estado civil, Género, Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio, Número de atividades sociais, Depressão (Euro-D), Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos, Situação profissional, Escolaridade (ISCED-97), Limitações na mobilidade, Memória, Idade

ANEXO 16 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DE MULTICOLINEARIDADE

Countries		Statistics																
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics						
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF					
SE	1	(Constant)	42,319	1,664		25,429	,000	39,054	45,583									
		Idade	-,048	,022	-,079	-2,183	,029	-,090	-,005	-,172	-,060	-,052	,429	2,330				
		Estado civil	,242	,511	,011	,474	,636	-,760	1,244	,049	,013	,011	,969	1,032				
		Gênero	,454	,250	,047	1,817	,069	-,036	,943	,010	,050	,043	,856	1,168				
		Escolaridade (ISCED-97)	-,090	,083	-,029	-1,095	,274	-,252	,072	,074	-,030	-,026	,787	1,271				
		Situação profissional	,666	,346	,065	1,926	,054	-,012	1,345	-,090	,053	,046	,500	2,000				
		Rendimento	,574	,262	,058	2,193	,028	,061	1,087	,134	,060	,052	,809	1,237				
		Memória	,041	,042	,028	,975	,330	-,042	,124	,153	,027	,023	,696	1,436				
		Doenças crônicas	-,354	,255	-,035	-1,390	,165	-,854	,146	-,157	-,038	-,033	,869	1,150				
		Limitações na mobilidade	-2,048	,258	-,208	-7,941	,000	-2,554	-1,542	-,313	-,213	-,188	,820	1,219				
		Depressão (Euro-D)	-3,645	,313	-,289	-11,637	,000	-4,259	-3,030	-,372	-,304	-,276	,909	1,100				
		Inatividade física	-3,924	,609	-,161	-6,438	,000	-5,119	-2,728	-,268	-,174	-,153	,899	1,112				
		Número de atividades sociais	,023	,071	,008	,330	,741	-,115	,162	,119	,009	,008	,868	1,152				
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,352	,088	,099	3,978	,000	,178	,526	,131	,109	,094	,906	1,104				
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,074	,113	-,016	-,650	,516	-,296	,149	,038	-,018	-,015	,951	1,051				
		Prestador de cuidados domiciliares	-,063	,553	-,003	-,113	,910	-1,148	1,023	-,064	-,003	-,003	,960	1,041				
DK	1	(Constant)	38,842	1,198		32,436	,000	36,494	41,191									
		Idade	,021	,017	,045	1,232	,218	-,013	,055	,024	,031	,027	,355	2,817				
		Estado civil	,518	,302	,038	1,714	,087	-,075	1,111	,067	,043	,038	,977	1,023				
		Gênero	,398	,203	,045	1,955	,051	-,001	,797	,008	,049	,043	,889	1,124				
		Escolaridade (ISCED-97)	-,104	,081	-,031	-1,287	,198	-,263	,055	,070	-,032	-,028	,804	1,243				
		Situação profissional	,665	,316	,075	2,103	,036	,045	1,284	,058	,053	,046	,380	2,631				
		Rendimento	,331	,214	,038	1,543	,123	-,090	,751	,086	,039	,034	,811	1,233				
		Memória	,063	,033	,048	1,927	,054	-,001	,126	,124	,048	,042	,765	1,307				
		Doenças crônicas	-,365	,214	-,040	-1,708	,088	-,784	,054	-,147	-,043	-,037	,874	1,144				
		Limitações na mobilidade	-1,970	,228	-,208	-8,643	,000	-2,417	-1,523	-,309	-,212	-,189	,826	1,211				
		Depressão (Euro-D)	-3,584	,284	-,296	-12,620	,000	-4,141	-3,027	-,376	-,302	-,277	,872	1,146				
		Inatividade física	-2,650	,502	-,122	-5,276	,000	-3,635	-1,665	-,209	-,131	-,116	,898	1,114				
		Número de atividades sociais	,167	,054	,072	3,097	,002	,061	,273	,138	,077	,068	,881	1,135				
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,144	,074	,045	1,940	,053	-,002	,289	,057	,049	,043	,876	1,142				
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,118	,092	-,029	-1,280	,201	-,299	,063	-,019	-,032	-,028	,950	1,053				
		Prestador de cuidados domiciliares	-,257	,428	-,013	-,600	,548	-1,098	,583	-,061	-,015	-,013	,977	1,024				

DE	1	(Constant)	38,690	1,757		22,023	,000	35,243	42,137					
		Idade	,013	,023	,020	,581	,561	-,032	,059	-,092	,017	,014	,484	2,064
		Estado civil	-,334	,465	-,018	-,717	,474	-,1247	,580	,041	-,021	-,017	,970	1,031
		Género	-,003	,286	,000	-,009	,993	-,564	,559	-,014	,000	,000	,829	1,206
		Escolaridade (ISCED-97)	-,436	,136	-,086	-,3,213	,001	-,702	-,170	,070	-,095	-,078	,832	1,202
		Situação profissional	,269	,364	,024	,740	,460	-,444	,982	-,030	,022	,018	,549	1,821
		Rendimento	1,339	,288	,122	4,648	,000	,773	1,904	,218	,136	,113	,857	1,166
		Memória	,136	,045	,086	2,994	,003	,047	,225	,211	,088	,073	,720	1,389
		Doenças crónicas	-,733	,290	-,068	-,2,527	,012	-,1,301	-,164	-,236	-,075	-,062	,811	1,233
		Limitações na mobilidade	-,1,761	,295	-,164	-,5,962	,000	-,2,340	-,1,181	-,328	-,174	-,145	,789	1,268
		Depressão (Euro-D)	-,3,159	,329	-,254	-,9,603	,000	-,3,804	-,2,514	-,370	-,273	-,234	,851	1,175
		Inatividade física	-,4,245	,570	-,195	-,7,443	,000	-,5,364	-,3,126	-,328	-,215	-,181	,864	1,158
		Número de atividades sociais	,383	,076	,136	5,049	,000	,234	,532	,267	,148	,123	,823	1,215
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,366	,099	,093	3,708	,000	,172	,560	,111	,109	,090	,941	1,063
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,411	,126	-,082	-,3,266	,001	-,657	-,164	-,039	-,096	-,080	,936	1,069
		Prestador de cuidados domiciliários	-,1,173	,493	-,059	-,2,380	,017	-,2,139	-,206	-,143	-,070	-,058	,959	1,043
NL	1	(Constant)	42,373	1,145		36,992	,000	40,127	44,620					
		Idade	-,017	,015	-,031	-,1,096	,273	-,046	,013	-,083	-,025	-,022	,498	2,009
		Estado civil	,379	,398	,019	,953	,341	-,401	1,159	,061	,022	,019	,975	1,025
		Género	,277	,204	,031	1,353	,176	-,124	,678	-,023	,031	,027	,788	1,269
		Escolaridade (ISCED-97)	-,067	,076	-,020	-,879	,380	-,217	,083	,083	-,020	-,018	,749	1,334
		Situação profissional	,332	,250	,037	1,326	,185	-,159	,823	-,002	,030	,027	,533	1,876
		Rendimento	,427	,201	,047	2,126	,034	,033	,822	,118	,048	,043	,842	1,188
		Memória	,013	,033	,009	,403	,687	-,052	,078	,095	,009	,008	,746	1,340
		Doenças crónicas	-,622	,203	-,066	-,3,071	,002	-,1,019	-,225	-,184	-,069	-,062	,874	1,144
		Limitações na mobilidade	-,1,675	,207	-,180	-,8,075	,000	-,2,082	-,1,268	-,298	-,180	-,163	,812	1,231
		Depressão (Euro-D)	-,3,470	,261	-,282	-,13,292	,000	-,3,983	-,2,958	-,355	-,288	-,268	,898	1,113
		Inatividade física	-,2,261	,438	-,110	-,5,158	,000	-,3,121	-,1,402	-,217	-,116	-,104	,886	1,128
		Número de atividades sociais	,053	,052	,022	1,033	,302	-,048	,155	,106	,023	,021	,855	1,169
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,200	,065	,066	3,072	,002	,072	,328	,077	,069	,062	,873	1,146
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,213	,083	-,053	-,2,560	,011	-,376	-,050	-,025	-,058	-,052	,961	1,040
		Prestador de cuidados domiciliários	-,331	,373	-,018	-,886	,376	-,1,063	,402	-,056	-,020	-,018	,969	1,032

BE	1	(Constant)	32,958	,898		36,682	,000	31,196	34,720										
		Idade	,058	,012	,095	4,671	,000	,034	,082	-,010	,079	,067	,498	2,008					
		Estado civil	,875	,254	,050	3,453	,001	,378	1,373	-,100	,058	,050	,976	1,024					
		Gênero	,171	,183	,014	,932	,351	-,188	,530	-,056	,016	,013	,862	1,161					
		Escolaridade (ISCED-97)	-,099	,064	-,025	-1,553	,121	-,225	,026	,085	-,026	-,022	,800	1,250					
		Situação profissional	,299	,223	,025	1,345	,179	-,137	,736	,046	,023	,019	,588	1,702					
		Rendimento	1,004	,181	,082	5,560	,000	,650	1,359	-,130	,094	,080	,940	1,064					
		Memória	,045	,028	,028	1,625	,104	-,009	,100	,099	,027	,023	,710	1,408					
		Doenças crônicas	-1,163	,184	-,098	-6,314	,000	-1,524	-,802	-,206	-,106	-,091	,854	1,171					
		Limitações na mobilidade	-1,846	,189	-,156	-9,778	,000	-2,216	-1,475	-,281	-,163	-,141	,812	1,232					
		Depressão (Euro-D)	-4,070	,202	-,308	-20,154	,000	-4,466	-3,674	-,405	-,322	-,290	,885	1,130					
		Inatividade física	-2,230	,319	-,108	-6,980	,000	-2,856	-1,603	-,226	-,117	-,100	,861	1,161					
		Número de atividades sociais	,318	,048	,104	6,569	,000	,223	,413	,196	,110	,094	,832	1,202					
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,521	,058	,136	9,043	,000	,408	,634	,186	,151	,130	,909	1,101					
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,147	,071	-,031	-2,071	,038	-,286	-,008	-,012	-,035	-,030	,950	1,052					
		Prestador de cuidados domiciliares	-,606	,311	-,028	-1,952	,051	-1,216	,003	-,053	-,033	-,028	,980	1,020					
FR	1	(Constant)	36,745	,907		40,518	,000	34,967	38,523										
		Idade	,001	,013	,001	,058	,954	-,025	,027	-,136	,001	,001	,429	2,330					
		Estado civil	,661	,252	,038	2,620	,009	,166	1,156	,090	,044	,037	,960	1,042					
		Gênero	-,104	,174	-,009	-,595	,552	-,446	,238	-,086	-,010	-,008	,879	1,137					
		Escolaridade (ISCED-97)	,186	,059	,053	3,162	,002	,071	,302	,211	,053	,045	,716	1,396					
		Situação profissional	,435	,230	,038	1,894	,058	-,015	,886	-,017	,032	,027	,514	1,947					
		Rendimento	,780	,187	,066	4,181	,000	,414	1,146	,191	,071	,060	,824	1,214					
		Memória	,132	,028	,081	4,736	,000	,077	,187	,212	,080	,068	,697	1,435					
		Doenças crônicas	-,804	,183	-,069	-4,394	,000	-1,163	-,446	-,202	-,074	-,063	,820	1,220					
		Limitações na mobilidade	-1,788	,187	-,155	-9,576	,000	-2,154	-1,422	-,325	-,160	-,136	,774	1,293					
		Depressão (Euro-D)	-3,904	,188	-,313	-20,744	,000	-4,273	-3,535	-,404	-,332	-,296	,890	1,124					
		Inatividade física	-2,429	,324	-,115	-7,492	,000	-3,065	-1,794	-,261	-,126	-,107	,866	1,154					
		Número de atividades sociais	,261	,048	,084	5,384	,000	,166	,356	,201	,091	,077	,831	1,204					
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,297	,059	,074	4,998	,000	,180	,413	,098	,084	,071	,928	1,078					
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,167	,079	-,031	-2,120	,034	-,322	-,013	-,010	-,036	-,030	,967	1,034					
		Prestador de cuidados domiciliares	-,663	,296	-,032	-2,240	,025	-1,244	-,083	-,082	-,038	-,032	,975	1,026					

CH	1	(Constant)	37,394	,957		39,062	,000	35,517	39,271					
		Idade	,039	,013	,076	2,940	,003	,013	,065	-.029	,057	,050	,426	2,348
		Estado civil	-.298	,254	-.020	-1,173	,241	-.797	,200	-.005	-.023	-.020	,979	1,022
		Gênero	,295	,173	,031	1,703	,089	-.045	,635	-.028	,033	,029	,849	1,178
		Escolaridade (ISCED-97)	,126	,080	,030	1,579	,114	-.031	,283	,141	,031	,027	,807	1,240
		Situação profissional	,212	,235	,022	,902	,367	-.248	,672	,000	,017	,015	,476	2,103
		Rendimento	,847	,168	,089	5,043	,000	,518	1,177	-.144	,097	,086	,918	1,089
		Memória	,076	,027	,055	2,792	,005	,023	,130	,139	,054	,047	,746	1,340
		Doenças crônicas	-.555	,184	-.055	-3,012	,003	-.916	-.194	-.163	-.058	-.051	,853	1,172
		Limitações na mobilidade	-1,963	,188	-.195	-10,455	,000	-2,331	-1,595	-.293	-.199	-.177	,823	1,215
		Depressão (Euro-D)	-3,928	,220	-.318	-17,860	,000	-4,359	-3,497	-.383	-.327	-.303	,909	1,100
		Inatividade física	-.519	,363	-.025	-1,431	,153	-1,230	,192	-.065	-.028	-.024	,958	1,043
		Número de atividades sociais	,235	,045	,096	5,264	,000	,148	,323	,164	,101	,089	,871	1,148
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,209	,056	,066	3,729	,000	,099	,319	,071	,072	,063	,911	1,097
		Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio	-.087	,077	-.020	-1,135	,257	-.237	,063	-.021	-.022	-.019	,948	1,055
		Prestador de cuidados domiciliários	-.806	,365	-.038	-2,207	,027	-1,523	-.090	-.058	-.043	-.037	,976	1,024
AT	1	(Constant)	37,866	,835		45,372	0,000	36,230	39,502					
		Idade	,004	,011	,007	,384	,701	-.018	,027	-.156	,007	,005	,627	1,596
		Estado civil	,941	,253	,053	3,723	,000	,446	1,437	,119	,065	,052	,965	1,037
		Gênero	,151	,173	,013	,875	,382	-.188	,491	-.040	,015	,012	,880	1,136
		Escolaridade (ISCED-97)	,103	,070	,023	1,479	,139	-.034	,240	,188	,026	,021	,793	1,262
		Situação profissional	,268	,200	,023	1,344	,179	-.123	,659	-.061	,023	,019	,696	1,437
		Rendimento	,225	,176	,019	1,276	,202	-.121	,570	,133	,022	,018	,881	1,136
		Memória	,200	,025	,124	7,833	,000	-.150	,250	,275	,135	,110	,790	1,266
		Doenças crônicas	-.869	,179	-.075	-4,862	,000	-1,220	-.519	-.219	-.084	-.068	,839	1,191
		Limitações na mobilidade	-2,304	,188	-.198	-12,255	,000	-2,672	-1,935	-.380	-.209	-.173	,756	1,322
		Depressão (Euro-D)	-4,291	,226	-.286	-18,982	,000	-4,735	-3,848	-.425	-.314	-.267	,874	1,144
		Inatividade física	-3,027	,308	-.148	-9,825	,000	-3,631	-2,423	-.312	-.169	-.138	,876	1,142
		Número de atividades sociais	,475	,048	,151	9,828	,000	,380	,569	,257	,169	,138	,836	1,196
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	-.094	,051	-.027	-1,845	,065	-.195	,006	,052	-.032	-.026	,912	1,096
		Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio	-.052	,083	-.009	-.632	,527	-.215	,110	,017	-.011	-.009	,955	1,047
		Prestador de cuidados domiciliários	-1,234	,326	-.054	-3,786	,000	-1,873	-.595	-.111	-.066	-.053	,978	1,023

PT	1	(Constant)	34,812	1,118		31,144	,000	32,619	37,004								
		Idade	-.039	.016	-.069	-2,504	,012	-.070	-.008	-.211	-.063	-.052	.563	1,776			
		Estado civil	.392	.368	.023	1,066	.287	-.329	1,114	.103	.027	.022	.925	1,081			
		Género	-.328	.232	-.032	-1,415	.157	-.783	.127	-.141	-.036	-.029	.830	1,205			
		Escolaridade (ISCED-97)	-.041	.062	-.015	-.666	.505	-.163	.081	.144	-.017	-.014	.864	1,158			
		Situação profissional	.278	.268	.027	1,040	.299	-.247	.804	-.084	.026	.022	.625	1,599			
		Rendimento	.583	.229	.056	2,549	.011	.134	1,032	.138	.064	.053	.909	1,101			
		Memória	.143	.035	.097	4,125	.000	.075	.211	.279	.103	.086	.778	1,286			
		Doenças crónicas	-.979	.236	-.096	-4,148	.000	-1,442	-.516	-.251	-.104	-.086	.803	1,246			
		Limitações na mobilidade	-1,876	.252	-.183	-7,431	.000	-2,371	-1,381	-.358	-.183	-.154	.712	1,404			
		Depressão (Euro-D)	-2,632	.244	-.252	-10,779	.000	-3,110	-2,153	-.402	-.261	-.224	.794	1,260			
		Inatividade física	-1,030	.273	-.084	-3,775	.000	-1,565	-.495	-.220	-.094	-.078	.876	1,142			
		Número de atividades sociais	.400	.081	.116	4,917	.000	.241	.560	.248	.123	.102	.773	1,294			
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	.367	.077	.104	4,770	.000	.216	.518	.114	.119	.099	.913	1,095			
		Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio	.073	.116	.014	.634	.526	-.153	.300	.041	.016	.013	.934	1,071			
		Prestador de cuidados domiciliários	-1,234	.336	-.078	-3,670	.000	-1,893	-.574	-.154	-.092	-.076	.960	1,042			
ES	1	(Constant)	35,139	,986		35,647	,000	33,206	37,072								
		Idade	.008	.013	.013	.605	.545	-.017	.033	-.277	.012	.009	.496	2,014			
		Estado civil	.558	.302	.028	1,849	.065	-.034	1,149	.134	.036	.027	.936	1,069			
		Género	.019	.227	.001	.084	.933	-.425	.463	-.144	.002	.001	.681	1,469			
		Escolaridade (ISCED-97)	.180	.084	.038	2,153	.031	.016	.344	.280	.042	.032	.677	1,478			
		Situação profissional	.180	.253	.014	.711	.477	-.316	.675	-.049	.014	.010	.573	1,745			
		Rendimento	.697	.217	.051	3,211	.001	.272	1,123	.203	.062	.047	.840	1,191			
		Memória	.199	.035	.106	5,731	.000	.131	.268	.340	.110	.084	.627	1,596			
		Doenças crónicas	-1,305	.213	-.103	-6,124	.000	-1,722	-.887	-.327	-.118	-.090	.769	1,301			
		Limitações na mobilidade	-2,336	.230	-.184	-10,173	.000	-2,786	-1,885	-.442	-.194	-.150	.661	1,512			
		Depressão (Euro-D)	-4,645	.228	-.344	-20,340	.000	-5,093	-4,197	-.527	-.367	-.299	.757	1,321			
		Inatividade física	-1,546	.275	-.090	-5,622	.000	-2,086	-1,007	-.314	-.108	-.083	.841	1,189			
		Número de atividades sociais	.383	.072	.090	5,328	.000	.242	.524	.272	.103	.078	.749	1,335			
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	.385	.067	.087	5,764	.000	.254	.515	.148	.111	.085	.943	1,060			
		Prestador de cuidados/apoio fora do domicílio	-.061	.112	-.008	-.547	.584	-.280	.158	.027	-.011	-.008	.968	1,033			
		Prestador de cuidados domiciliários	-1,100	.309	-.053	-3,555	.000	-1,707	-.493	-.140	-.069	-.052	.968	1,033			

IT	1	(Constant)	36,765	1,135		32,393	,000	34,539	38,990											
		Idade	-,053	,015	-,079	-3,603	,000	-,081	-,024	-,245	-,069	-,056	,496	2,017						
		Estado civil	,722	,341	,034	2,119	,034	,054	1,390	,139	,041	,033	,933	1,072						
		Gênero	,127	,205	,011	,621	,534	-,275	,530	-,102	,012	,010	,830	1,204						
		Escolaridade (ISCED 97)	,278	,092	,057	3,039	,002	,099	,458	,266	,058	,047	,682	1,467						
		Situação profissional	1,003	,238	,083	4,223	,000	,537	1,469	,013	,081	,065	,619	1,616						
		Rendimento	,956	,211	,076	4,519	,000	,541	1,370	,212	,086	,070	,837	1,195						
		Memória	,093	,033	,054	2,871	,004	,030	,157	,282	,055	,044	,668	1,496						
		Doenças crônicas	-1,063	,213	-,087	-4,995	,000	-1,481	-,646	-,274	-,095	-,077	,781	1,280						
		Limitações na mobilidade	-1,824	,222	-,151	-8,232	,000	-2,258	-1,390	-,368	-,156	-,127	,710	1,408						
		Depressão (Euro-D)	-4,034	,226	-,305	-17,853	,000	-4,477	-3,591	-,459	-,324	-,275	,816	1,226						
		Inatividade física	-1,772	,274	-,109	-6,471	,000	-2,308	-1,235	-,294	-,123	-,100	,845	1,183						
		Número de atividades sociais	,353	,071	,085	4,987	,000	,214	,492	,231	,095	,077	,820	1,219						
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,185	,062	,047	2,969	,003	,063	,307	,088	,057	,046	,942	1,062						
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	,004	,083	,001	,043	,966	-,159	,166	,048	,001	,001	,931	1,075						
		Prestador de cuidados domiciliares	-1,235	,312	-,062	-3,955	,000	-1,847	-,623	-,141	-,076	-,061	,966	1,036						
EE	1	(Constant)	33,253	,881		37,742	,000	31,526	34,980											
		Idade	,012	,013	,017	,912	,362	-,013	,037	-,204	,014	,011	,411	2,431						
		Estado civil	,958	,208	,057	4,606	,000	,550	1,366	,100	,069	,055	,941	1,063						
		Gênero	,619	,168	,047	3,686	,000	,290	,948	,007	,055	,044	,875	1,142						
		Escolaridade (ISCED 97)	,094	,057	,022	1,640	,101	-,018	,207	,230	,024	,020	,770	1,298						
		Situação profissional	-,388	,236	-,030	-1,645	,100	-,849	,074	-,212	-,025	-,020	,442	2,263						
		Rendimento	1,040	,166	,079	6,246	,000	,713	1,366	,187	,093	,075	,898	1,114						
		Memória	,074	,027	,040	2,749	,006	,021	,127	,260	,041	,033	,663	1,508						
		Doenças crônicas	-1,238	,178	-,094	-6,935	,000	-1,588	-,888	-,282	-,103	-,083	,778	1,286						
		Limitações na mobilidade	-2,182	,187	-,166	-11,697	,000	-2,548	-1,816	-,371	-,172	-,140	,711	1,407						
		Depressão (Euro-D)	-3,784	,175	-,280	-21,635	,000	-4,126	-3,441	-,409	-,307	-,259	,853	1,173						
		Inatividade física	-2,177	,261	-,106	-8,353	,000	-2,688	-1,666	-,254	-,124	-,100	,882	1,133						
		Número de atividades sociais	,618	,061	,141	10,199	,000	,499	,737	,314	,151	,122	,749	1,334						
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,812	,063	,161	12,875	,000	,688	,936	,226	,189	,154	,920	1,087						
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-,223	,085	-,032	-2,614	,009	-,391	-,056	,035	-,039	-,031	,948	1,055						
		Prestador de cuidados domiciliares	-1,755	,268	-,079	-6,561	,000	-2,280	-1,231	-,131	-,098	-,078	,977	1,023						

PL	1	(Constant)	35,100	1,823		19,254	,000	31,523	38,676								
		Idade	,005	,024	,007	,207	,836	-,043	,053	-,246	,006	,005	,481	2,079			
		Estado civil	,501	,431	,028	1,164	,245	-,344	1,347	,121	,033	,026	,860	1,163			
		Género	,065	,320	,005	,204	,839	-,562	,692	-,075	,006	,005	,828	1,207			
		Escolaridade (ISCED 97)	,127	,128	,025	,995	,320	-,124	,378	,220	,028	,022	,773	1,294			
		Situação profissional	,200	,377	,014	,532	,595	-,539	,940	-,108	,015	,012	,695	1,438			
		Rendimento	1,678	,323	,127	5,194	,000	1,044	2,312	,257	,146	,116	,845	1,183			
		Memória	,150	,046	,086	3,283	,001	,060	,239	,292	,093	,074	,739	1,354			
		Doenças crónicas	-,887	,316	-,069	-2,809	,005	-1,507	-,267	-,214	-,079	-,063	,836	1,196			
		Limitações na mobilidade	-2,797	,350	-,213	-7,997	,000	-3,483	-2,111	-,386	-,221	-,179	,708	1,412			
		Depressão (Euro-D)	-4,158	,326	-,314	-12,773	,000	-4,797	-3,520	-,458	-,340	-,286	,828	1,208			
		Inatividade física	-1,715	,391	-,112	-4,383	,000	-2,483	-,947	-,311	-,123	-,098	,775	1,291			
		Número de atividades sociais	,770	,122	,155	6,317	,000	,531	1,009	,222	,176	,141	,836	1,196			
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,130	,115	,026	1,126	,260	-,096	,355	,058	,032	,025	,927	1,079			
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	,031	,164	,004	,188	,851	-,291	,352	,013	,005	,004	,919	1,088			
		Prestador de cuidados domiciliários	-,543	,534	-,023	-1,016	,310	-1,591	,505	-,047	-,029	-,023	,983	1,017			
CZ	1	(Constant)	32,071	,870		36,878	,000	30,366	33,776								
		Idade	,021	,013	,032	1,587	,113	-,005	,047	-,115	,025	,021	,462	2,165			
		Estado civil	,068	,234	,004	,292	,770	-,391	,528	,061	,005	,004	,944	1,059			
		Género	-,036	,165	-,003	-,219	,827	-,360	,288	-,039	-,003	-,003	,899	1,112			
		Escolaridade (ISCED 97)	,137	,076	,028	1,815	,070	-,011	,286	,185	,029	,025	,789	1,267			
		Situação profissional	,731	,232	,060	3,152	,002	,276	1,186	-,080	,049	,043	,507	1,972			
		Rendimento	,776	,168	,066	4,616	,000	,446	1,106	,145	,072	,062	,891	1,123			
		Memória	,223	,028	,126	8,025	,000	,169	,278	,277	,125	,108	,742	1,349			
		Doenças crónicas	-,996	,178	-,086	-5,599	,000	-1,345	-,647	-,247	-,088	-,076	,777	1,287			
		Limitações na mobilidade	-2,208	,182	-,190	-12,131	,000	-2,565	-1,851	-,338	-,187	-,164	,741	1,349			
		Depressão (Euro-D)	-3,861	,208	-,270	-18,528	,000	-4,270	-3,453	-,390	-,280	-,250	,856	1,168			
		Inatividade física	-1,238	,292	-,060	-4,236	,000	-1,812	-,665	-,180	-,066	-,057	,905	1,105			
		Número de atividades sociais	,322	,055	,086	5,882	,000	,214	,429	,184	,092	,079	,852	1,173			
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,042	,065	,009	,648	,517	-,085	,170	,028	,010	,009	,944	1,060			
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	,004	,067	,001	,058	,954	-,128	,136	-,007	,001	,001	,945	1,058			
		Prestador de cuidados domiciliários	-,584	,280	-,029	-2,086	,037	-1,133	-,035	-,078	-,033	-,028	,972	1,029			

HU	1	(Constant)	33,237	1,229		27,053	,000	30,828	35,646					
		Idade	,001	,017	,001	,040	,968	-.033	,035	-.175	,001	,001	,474	2,108
		Estado civil	,736	,309	,040	2,382	,017	,130	1,342	,127	,049	,038	,923	1,083
		Género	,272	,221	,021	1,232	,218	-.161	,705	-.060	,026	,020	,883	1,133
		Escolaridade (ISCED 97)	,247	,122	,039	2,033	,042	,009	,486	,289	,042	,033	,690	1,450
		Situação profissional	,498	,287	,037	1,736	,083	-.064	1,060	-.059	,036	,028	,557	1,796
		Rendimento	,587	,223	,045	2,629	,009	,149	1,025	,167	,054	,042	,863	1,158
		Memória	,202	,036	,109	5,593	,000	,131	,272	,334	,115	,089	,678	1,474
		Doenças crónicas	-.989	,239	-.076	-4,148	,000	-1,457	-.522	-.292	-.086	-.066	,770	1,298
		Limitações na mobilidade	-1,732	,254	-.129	-6,818	,000	-2,230	-1,234	-.363	-.140	-.109	,711	1,407
		Depressão (Euro-D)	-4,838	,241	-.358	-20,117	,000	-5,310	-4,366	-.510	-.385	-.322	,806	1,240
		Inatividade física	-2,366	,332	-.125	-7,124	,000	-3,017	-1,714	-.315	-.146	-.114	,835	1,198
		Número de atividades sociais	,656	,077	,154	8,474	,000	,504	,807	,310	,173	,135	,777	1,287
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,217	,076	,048	2,876	,004	,069	,366	,119	,059	,046	,923	1,083
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	,065	,102	,011	,639	,523	-.135	,266	,053	,013	,010	,940	1,064
		Prestador de cuidados domiciliários	-.714	,358	-.032	-1,995	,046	-1,415	-.012	-.099	-.041	-.032	,975	1,026
SL	1	(Constant)	40,756	1,160		35,142	,000	38,482	43,030					
		Idade	-.031	,015	-.052	-2,002	,045	-.061	-.001	-.187	-.045	-.038	,531	1,882
		Estado civil	,770	,392	,039	1,964	,050	,001	1,538	,113	,044	,037	,922	1,085
		Género	,298	,225	,026	1,326	,185	-.143	,740	-.049	,030	,025	,906	1,104
		Escolaridade (ISCED 97)	,345	,103	,072	3,358	,001	,143	,546	,214	,075	,063	,774	1,292
		Situação profissional	,847	,274	,071	3,093	,002	,310	1,384	-.036	,069	,058	,676	1,480
		Rendimento	,696	,231	,061	3,013	,003	,243	1,150	,143	,068	,057	,878	1,139
		Memória	,105	,036	,066	2,931	,003	,035	,175	,231	,066	,055	,697	1,436
		Doenças crónicas	-1,425	,240	-.125	-5,924	,000	-1,896	-.953	-.272	-.132	-.112	,805	1,242
		Limitações na mobilidade	-1,734	,247	-.152	-7,022	,000	-2,218	-1,249	-.337	-.156	-.133	,758	1,320
		Depressão (Euro-D)	-4,167	,264	-.318	-15,795	,000	-4,684	-3,650	-.414	-.335	-.298	,882	1,134
		Inatividade física	-2,146	,402	-.111	-5,332	,000	-2,935	-1,356	-.242	-.119	-.101	,820	1,220
		Número de atividades sociais	-.039	,069	-.012	-.571	,568	-.174	,096	,072	-.013	-.011	,809	1,236
		Número de indivíduos da rede social considerados próximos ou muito próximos	,047	,102	,009	,467	,641	-.152	,247	,008	,011	,009	,876	1,142
		Prestador de cuidados/ apoio fora do domicílio	-.177	,103	-.034	-1,725	,085	-.379	,024	-.017	-.039	-.033	,916	1,091
		Prestador de cuidados domiciliários	-.617	,415	-.029	-1,487	,137	-1,431	,197	-.071	-.033	-.028	,956	1,046

ANEXO 17 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE DA RLM, TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV POR GRUPO DE PAÍSES

Países do Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Standardized Residual
N		749
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,98857105
Most Extreme Differences	Absolute	,017
	Positive	,017
	Negative	-,015
Test Statistic		,017
Asymp. Sig. (2-tailed)		,200 ^{c,d}

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. Lilliefors Significance Correction.
- d. This is a lower bound of the true significance.

Países do Centro da Europa (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Standardized Residual
N		1047
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,99184052
Most Extreme Differences	Absolute	,031
	Positive	,018
	Negative	-,031
Test Statistic		,031
Asymp. Sig. (2-tailed)		,017 ^c

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. Lilliefors Significance Correction.

Países do Leste da Europa (Estónia, R. Checa e Hungria)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Standardized Residual
N		1017
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,99159857
Most Extreme Differences	Absolute	,021
	Positive	,021
	Negative	-,016
Test Statistic		,021
Asymp. Sig. (2-tailed)		,200 ^{c,d}

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO 18 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE, ANÁLISE DOS VALORES DE ASSIMETRIA E CURTOSE POR GRUPO DE PAÍSES

Grupo de países do Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália)

Descriptives			Statistic	Std. Error
Standardized Residual	Mean		,0000000	,03612160
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0709118	
		Upper Bound	,0709118	
	5% Trimmed Mean		-,0058370	
	Median		,0002264	
	Variance		,977	
	Std. Deviation		,98857105	
	Minimum		-2,91660	
	Maximum		2,74890	
	Range		5,66550	
	Interquartile Range		1,32916	
	Skewness		,099	,089
	Kurtosis		-,110	,178

Grupo de países do Centro da Europa (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria)

Descriptives			Statistic	Std. Error
Standardized Residual	Mean		,0000000	,03065268
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0601478	
		Upper Bound	,0601478	
	5% Trimmed Mean		,0197900	
	Median		,0668977	
	Variance		,984	
	Std. Deviation		,99184052	
	Minimum		-3,61604	
	Maximum		2,38149	
	Range		5,99753	
	Interquartile Range		1,32920	
	Skewness		-,300	,076
	Kurtosis		-,068	,151

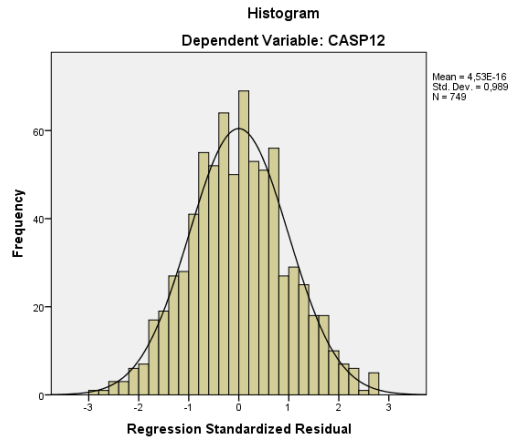
Grupo de países do Leste da Europa (Estónia, R. Checa e Hungria)

Descriptives

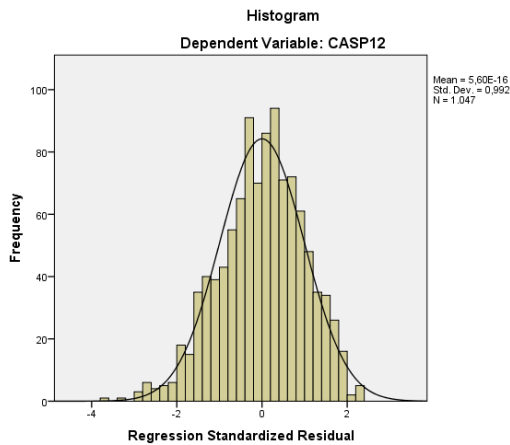
		Statistic	Std. Error	
Standardized Residual	Mean	,0000000	,03109392	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0610156	
		Upper Bound	,0610156	
	5% Trimmed Mean	-,0030819		
	Median	,0109770		
	Variance	,983		
	Std. Deviation	,99159857		
	Minimum	-2,95235		
	Maximum	2,72926		
	Range	5,68161		
	Interquartile Range	1,40918		
	Skewness	,042	,077	
	Kurtosis	-,343	,153	

ANEXO 19 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE, HISTOGRAMA POR GRUPO DE PAÍSES

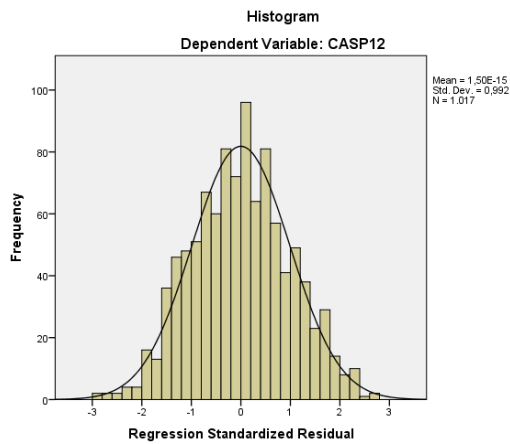
Países do Sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália)



Países do Centro da Europa (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria)

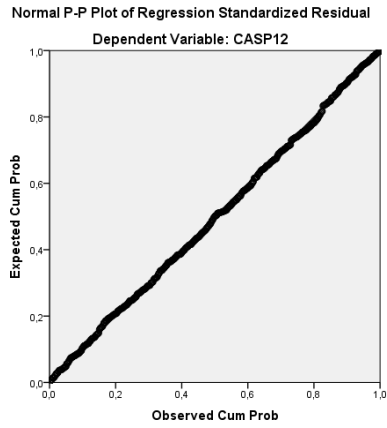


Países do Leste da Europa (Estónia, R. Checa e Húngria)

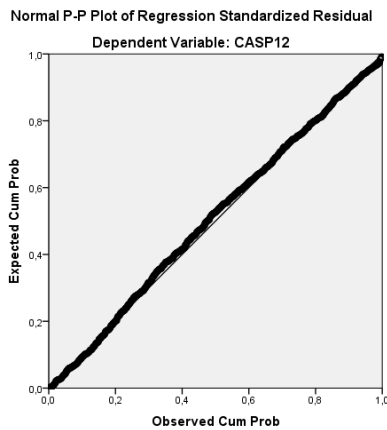


ANEXO 20 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA NORMALIDADE ,NORMAL P-P PLOT OF REGRESSION STANDARDIZED RESIDUAL POR PAÍS

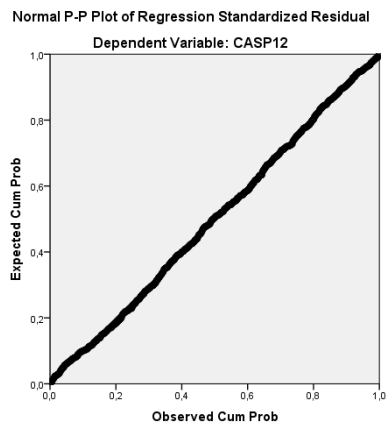
Países do Sul (Portugal, Espanha e Itália)



Países do Centro (Alemanha, França, Bélgica, Suíça e Áustria)

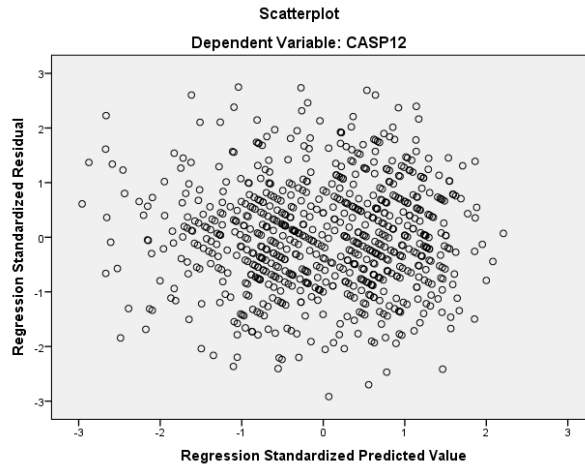


Países do Leste (Estónia, R.Checa e Hungria)

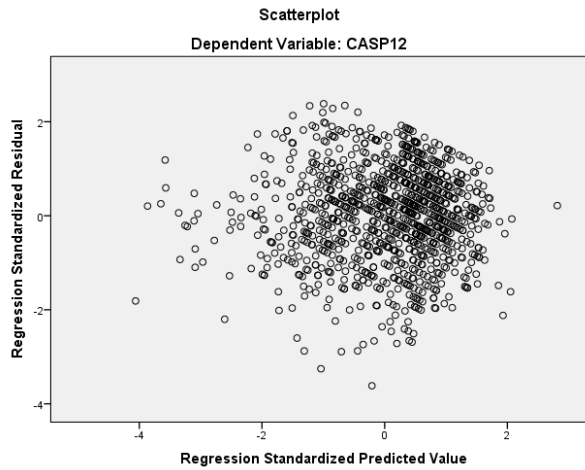


ANEXO 21 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA LINEARIDADE, SCATTERPLOTS POR GRUPO DE PAÍSES

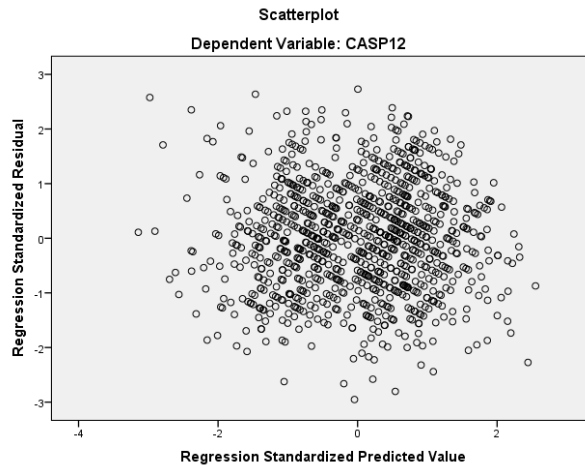
Países do Sul da Europa



Países do Centro da Europa

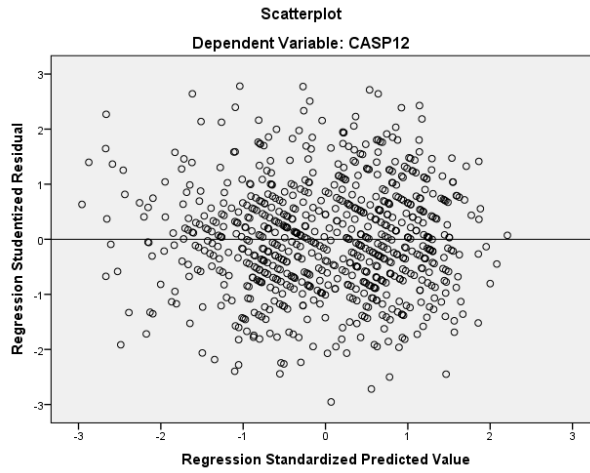


Países do Leste da Europa

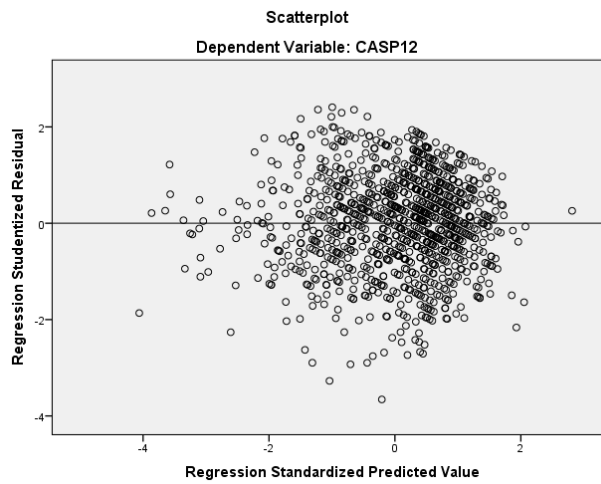


ANEXO 22 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DA HOMOSCEDASTICIDADE, SCATTERPLOT POR GRUPO DE PAÍSES

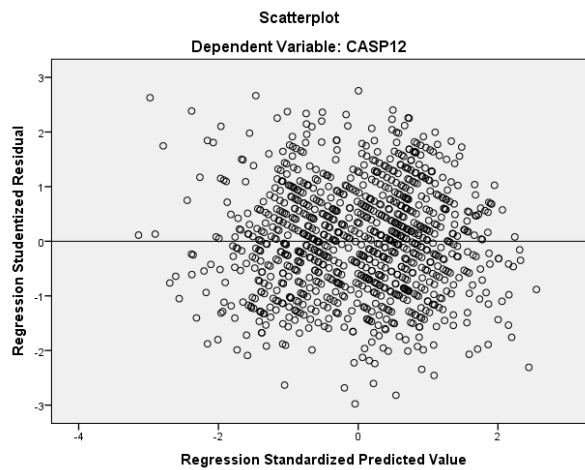
Países do Sul da Europa



Países do Centro da Europa



Países do Leste da Europa



ANEXO 23 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DE INDEPENDÊNCIA DOS ERROS, TESTE DURBIN-WATSON POR GRUPO DE PAÍSES

Países do Sul da Europa

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,640 ^a	,410	,396	4,841	,410	29,892	17	731	,000	1,868

a. Predictors: (Constant), Número de indivíduos a quem presta cuidados, Situação profissional, Rendimento, Cuidadores parentais, Depressão (Euro-D), Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos, Estado civil, Escolaridade (ISCED-97), Limitações nas atividades de vida diária, Cuidadores filiais, Doenças crônicas, Número de atividades sociais, Género, Inatividade física, Memória, Cuidadores conjugais, Idade

b. Dependent Variable: CASP12

Países do Centro da Europa

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,560 ^a	,314	,303	5,119	,314	27,698	17	1029	,000	1,868

a. Predictors: (Constant), Número de indivíduos a quem presta cuidados, Depressão (Euro-D), Cuidadores filiais, Rendimento, Estado civil, Situação profissional, Cuidadores parentais, Inatividade física, Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos, Doenças crônicas, Escolaridade (ISCED-97), Género, Número de atividades sociais, Limitações nas atividades de vida diária, Memória, Cuidadores conjugais, Idade

b. Dependent Variable: CASP12

Países do Leste da Europa

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,571 ^a	,327	,315	5,424	,327	28,501	17	999	,000	1,965

a. Predictors: (Constant), Número de indivíduos a quem presta cuidados, Escolaridade (ISCED-97), Cuidadores conjugais, Género, Doenças crônicas, Estado civil, Inatividade física, Rendimento, Situação profissional, Cuidadores filiais, Depressão (Euro-D), Número de atividades sociais, Limitações nas atividades de vida diária, Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos, Memória, Cuidadores parentais, Idade

b. Dependent Variable: CASP12

ANEXO 24 ANÁLISE DO PRESSUPOSTO DE MULTICOLINEARIDADE, CORRELAÇÃO DE PEARSON, VALORES DE VIF E TOLERANCE POR GRUPO DE PAÍSES

Países do Sul da Europa

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Correlations		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta				Zero-order	Partial	Tolerance	VIF
1					18,313	,000				
	(Constant)	36,203								
	Idade	-,010	,1977	-,017	-,422	,673	-,256	-,016	,505	1,979
	Estado civil	,301	,503	,018	,599	,549	,101	,022	,883	1,132
	Gênero	-,862	,410	-,068	-,2103	,036	-,144	-,078	,775	1,291
	Escolaridade (SCED-97)	,063	,142	,014	,445	,656	,182	,016	,775	1,291
	Situação profissional	-,520	,438	-,042	-,188	,235	-,055	-,044	,658	1,520
	Rendimento	,566	,396	,043	1,428	,154	,138	,053	,909	1,100
	Memória	,055	,062	,032	,883	,377	,284	,033	,631	1,584
	Limitações nas atividades de vida diária	-,870	,171	-,174	-,5078	,000	-,396	-,185	,685	1,459
	Doenças crônicas	-,1359	,394	-,108	-,3447	,001	-,324	-,126	,818	1,223
	Depressão (Euro-D)	-,4307	,396	-,346	-,10881	,000	-,498	-,373	,799	1,252
	Inatividade física	-,1619	,499	-,110	-,3242	,001	-,367	-,119	,695	1,439
	Número de atividades sociais	,394	,149	,086	2,654	,008	,272	,098	,764	1,309
	Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos	,243	,132	,058	1,846	,065	,128	,068	,807	1,240
	Cuidadores filiais	,660	,600	,038	1,100	,272	,182	,041	,679	1,473
	Cuidadores parentais	-,808	,486	-,058	-,1664	,097	-,097	-,061	,670	1,492
	Cuidadores conjugais	-,1165	,507	-,085	-,2298	,022	-,133	-,085	,584	1,713
	Número de indivíduos a quem presta cuidados	-,556	,522	-,031	-,1065	,287	-,095	-,039	,945	1,058

a. Dependent Variable: CASP12

Características

Função	CAPI 12	Idade	Estatuto civil	Gênero	Escala de ECTS (BCE-97)	Shaplo profissional	Rendimentos	Membros	Limitações nas atividades de vida diária	Dificuldades crônicas	Depressão (Euro-D)	Inatividade física	Número de atividades sociais	Número de indícios dentro da rede social considerados próximos ou múltiplos	Cuidadores	Cuidadores pais	Cuidadores cônjuges	Médica de indivíduos a quem presta cuidados
CAPI 12	1,000	-356	-101	-144	182	-055	138	284	-396	-324	-688	-387	272	126	182	-097	-133	-095
Idade	-256	1,000	-103	-148	-278	448	448	-160	-350	238	282	324	-320	-063	-370	-129	199	-003
Estatuto civil	-101	-103	1,000	-114	-317	074	098	111	-130	-026	-083	-145	-026	113	-080	-031	159	-069
Gênero	-144	-148	-114	1,000	-035	-393	-025	345	073	286	-213	071	-022	084	132	022	-070	070
Escala de ECTS (BCE-97)	182	-278	077	-035	1,000	-098	-171	344	-089	086	-099	-134	335	080	-152	-055	-008	-008
Shaplo profissional	-055	448	074	-093	-088	1,000	-027	-378	054	142	-078	-045	-093	048	-226	018	145	-002
Rendimentos	138	-160	098	-025	-088	1,000	194	-086	-086	-080	-019	-157	186	115	066	-038	-050	-006
Membros	-284	-500	111	-045	344	-170	184	1,000	-327	-181	-177	-284	296	168	-206	-108	-110	-028
Limitações nas atividades de vida diária	-396	303	-130	073	-089	084	-086	-027	1,000	222	265	457	-145	-029	-137	077	-009	337
Dificuldades crônicas	-324	238	-038	088	-171	142	-080	-161	222	1,000	307	166	166	045	-163	093	070	025
Depressão (Euro-D)	-688	082	-083	-213	-089	-076	-019	-177	285	307	1,000	325	-151	-033	-059	003	059	075
Inatividade física	-387	-324	-145	071	-134	045	-197	-284	457	166	235	1,000	-084	-136	-084	064	059	074
Número de atividades sociais	272	-200	026	-022	335	-093	181	296	-145	-115	-151	-283	1,000	153	192	-225	-059	-047
Número de indícios dentro da rede social considerados próximos ou múltiplos	126	-063	113	084	080	-014	115	168	-029	045	-033	-136	153	1,000	-024	045	-282	024
Cuidadores pais	182	-370	-080	-132	-283	-226	066	206	-137	-183	-059	-084	182	-024	1,000	-249	-249	-033
Cuidadores cônjuges	-097	-129	-031	022	018	-038	-109	077	083	033	064	-084	-225	045	1,000	-276	-093	-276
Médica de indivíduos a quem presta cuidados	-133	199	159	-070	-065	145	-050	-110	-059	075	059	059	-059	-282	-274	1,000	-333	1,000
CAPI 12	0,000	-003	-099	070	-008	-092	-006	028	137	025	075	074	-047	024	-033	093	-133	1,000
Idade	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Estatuto civil	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Gênero	0,000	0,002	0,001	0,000	0,018	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,237	0,001	0,015	0,199	0,000	0,000
Escala de ECTS (BCE-97)	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,71	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Shaplo profissional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Rendimentos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Membros	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Limitações nas atividades de vida diária	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Dificuldades crônicas	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Depressão (Euro-D)	0,000	0,012	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Inatividade física	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Número de atividades sociais	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Número de indícios dentro da rede social considerados próximos ou múltiplos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cuidadores pais	0,000	0,015	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Cuidadores cônjuges	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Médica de indivíduos a quem presta cuidados	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CAPI 12	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Idade	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Estatuto civil	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Gênero	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Escala de ECTS (BCE-97)	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Shaplo profissional	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Rendimentos	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Membros	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Limitações nas atividades de vida diária	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Dificuldades crônicas	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Depressão (Euro-D)	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Inatividade física	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Número de atividades sociais	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Número de indícios dentro da rede social considerados próximos ou múltiplos	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Cuidadores pais	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Cuidadores cônjuges	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749
Médica de indivíduos a quem presta cuidados	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749	749

N

Países do Centro da Europa

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics				
	B	Std. Error	Beta	t			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF			
1	(Constant)	36,203	1,977		18,313	,000								
	Idade	-,010	,024	-,017	-,422	,673	-,256	-,016	-,012	,505	1,979			
	Estado civil	,301	,503	,018	,599	,549	,101	,022	,017	,883	1,132			
	Género	-,862	,410	-,068	-,2,103	,036	-,144	-,078	-,060	,775	1,291			
	Escolaridade (ISCED-97)	,063	,142	,014	,445	,656	,182	,016	,013	,775	1,291			
	Situação profissional	-,520	,438	-,042	-,1,188	,235	-,055	-,044	-,034	,658	1,520			
	Rendimento	,566	,396	,043	1,428	,154	,138	,053	,041	,909	1,100			
	Memória	,055	,062	,032	,883	,377	,284	,033	,025	,631	1,584			
	Limitações nas atividades de vida diária	-,870	,171	-,174	-,5,078	,000	-,396	-,185	-,144	,685	1,459			
	Doenças crónicas	-,359	,394	-,108	-,3,447	,001	-,324	-,126	-,098	,818	1,223			
	Depressão (Euro-D)	-,4307	,396	-,346	-,10,881	,000	-,498	-,373	-,309	,799	1,252			
	Inatividade física	-,1,619	,499	-,110	-,3,242	,001	-,367	-,119	-,092	,695	1,439			
	Número de atividades sociais	,394	,149	,086	2,654	,008	,272	,098	,075	,764	1,309			
	Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos	,243	,132	,058	1,846	,065	,128	,068	,052	,807	1,240			
	Cuidadores filiais	,660	,600	,038	1,100	,272	,182	,041	,031	,679	1,473			
	Cuidadores parentais	-,808	,486	-,058	-,1,664	,097	-,097	-,061	-,047	,670	1,492			
	Cuidadores conjugais	-,1,165	,507	-,085	-,2,298	,022	-,133	-,085	-,065	,584	1,713			
	Número de indivíduos a quem presta cuidados	-,556	,522	-,031	-,1,065	,287	-,095	-,039	-,030	,945	1,058			

a. Dependent Variable: CASP12

Países do Leste da Europa

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Std. Error	Standardized Coefficients		t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics			
	B			Beta				Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF		
1	33,016		1,915			17,237	,000							
(Constant)														
Idade	,003		,025	,005		,134	,893	,201	,004	,003	,486	2,059		
Estado civil	,490		,488	,027		1,003	,316	,000	,032	,026	,907	1,102		
Género	,539		,365	,040		1,477	,140	,009	,047	,038	,906	1,104		
Escolaridade (ISCED-97)	-,080		,131	-,017		-,609	,542	,113	-,019	-,016	,854	1,171		
Situação profissional	-,423		,489	-,030		-,866	,387	-,148	-,027	-,022	,565	1,770		
Rendimento	1,115		,358	,084		3,118	,002	,164	,098	,081	,927	1,079		
Memória	,080		,061	,042		1,302	,193	,283	,041	,034	,653	1,532		
Limitações nas atividades de vida diária	-,661		,194	-,101		-,3406	,001	-,296	-,107	-,088	,773	1,293		
Doenças crónicas	-,1526		,386	-,113		-,3953	,000	-,295	-,124	-,103	,826	1,211		
Depressão (Euro-D)	-,4055		,375	-,308		-,10828	,000	-,418	-,324	-,281	,834	1,199		
Inatividade física	-,2203		,557	-,116		-,3953	,000	-,273	-,124	-,103	,780	1,282		
Número de atividades sociais	,704		,122	,167		5,759	,000	,323	,179	,150	,805	1,242		
Número de indivíduos dentro da rede social considerados próximos ou muito próximos	,223		,148	,045		1,507	,132	,129	,048	,039	,766	1,305		
Cuidadores filiais	,560		,617	,027		,908	,364	,143	,029	,024	,746	1,340		
Cuidadores parentais	-,816		,448	-,056		-,1820	,069	-,055	-,057	-,047	,702	1,425		
Cuidadores conjugais	-,976		,486	-,068		-,2010	,045	-,125	-,063	-,052	,590	1,695		
Número de indivíduos a quem presta cuidados	,495		,597	,022		,828	,408	,019	,026	,022	,977	1,024		

a. Dependent Variable: CASP12

ANEXO 25 PERGUNTAS E PONTUAÇÃO DA MEDIDA CASP-12

AC014_ Com que frequência considera que a sua idade o(a) impede de fazer coisas que gostaria de fazer? Muitas vezes (1); Às vezes (2); Raramente (3); Nunca (4).

AC015_ Com que frequência acredita que o que lhe acontece está fora do seu controle? Muitas vezes (1); Às vezes (2); Raramente (3); Nunca (4).

AC016_ Com que frequência se sente ignorado(a)? Muitas vezes (1); Às vezes (2); Raramente (3); Nunca (4).

AC017_ Com que frequência acredita que pode fazer as coisas que quer? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC018_ Com que frequência considera que as responsabilidades familiares o(a) impedem de fazer o que quer? Muitas vezes (1); Às vezes (2); Raramente (3); Nunca (4).

AC019_ Com que frequência acredita que a falta de dinheiro o(a) impedem de fazer as coisas que quer? Muitas vezes (1); Às vezes (2); Raramente (3); Nunca (4).

AC020_ Com que frequência aguarda com ansiedade o dia seguinte? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC021_ Com que frequência sente que a sua vida tem sentido? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC022_ Com que frequência olha para o passado com alegria ao fazer um balanço da sua vida? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC023_ Actualmente, com que frequência se sente cheio(a) de energia? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC024_ Com que frequência acredita que a vida está cheia de oportunidades? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

AC025_ Com que frequência acredita que o futuro lhe é risonho? Muitas vezes (4); Às vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

ANEXO 26 REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA POR PAÍS

Países	Tipo de suporte informal	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados		t	Sig.	Intervalo de confiança a 95% para B		df	R ² ajustado	Anova F	p value
		B	Std. Error	β				Limite inferior	Limite superior				
Suécia	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,074	0,113	-0,016	-0,650	0,516	0,516	-0,296	0,149	15	0,245	30,094	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,063	0,553	-0,003	-0,113	0,910	0,910	-1,148	1,023				
Dinamarca	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,118	0,092	-0,029	-1,280	0,201	0,201	-0,299	0,063	15	0,229	32,808	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,257	0,428	-0,013	-0,600	0,548	0,548	-1,098	0,583				
Alemanha	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,411	0,126	-0,082	-3,266	0,001	0,001	-0,657	-0,164	15	0,312	36,082	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,173	0,493	-0,059	-2,380	0,017	0,017	-2,139	-0,206				
Holanda	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,213	0,083	-0,053	-2,560	0,011	0,011	-0,376	-0,050	15	0,202	34,173	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,331	0,373	-0,018	-0,886	0,376	0,376	-1,063	0,402				
Bélgica	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,147	0,071	-0,031	-2,071	0,038	0,038	-0,286	-0,008	15	0,273	89,230	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,606	0,311	-0,028	-1,952	0,051	0,051	-1,216	0,003				
França	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,167	0,079	-0,031	-2,120	0,034	0,034	-0,322	-0,013	15	0,289	95,913	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,663	0,296	-0,032	-2,240	0,025	0,025	-1,244	-0,083				
Suíça	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,087	0,077	-0,02	-1,135	0,257	0,257	-0,237	0,063	15	0,230	54,351	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,806	0,365	-0,038	-2,207	0,027	0,027	-1,523	-0,090				
Áustria	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,052	0,083	-0,009	-0,632	0,527	0,527	-0,215	0,110	15	0,344	116,814	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,234	0,326	-0,054	-3,786	<0,001	<0,001	-1,873	-0,595				

(Continuação)

Países	Tipo de suporte informal	Coeficientes não estandardizados		t	Sig.	Intervalo de confiança a 95% para B		df	R ² ajustado	Anova F	p value
		B	Std. Error			Limite inferior	Limite superior				
Portugal	Prestação de apoio extrarresidencial	0,073	0,116	0,634	0,526	-0,153	0,300	5	0,308	48,508	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,234	0,336	-3,670	<0,001	-1,893	-0,574				
Espanha	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,061	0,112	-0,547	0,584	-0,28	0,158	15	0,422	131,380	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,1	0,309	-3,555	<0,001	-1,707	-0,493				
Itália	Prestação de apoio extrarresidencial	0,004	0,083	0,043	0,966	-0,159	0,166	15	0,351	99,345	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,235	0,312	-3,955	<0,001	-1,847	-0,623				
Estónia	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,223	0,085	-2,614	0,009	-0,391	-0,056	15	0,356	167,184	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-1,755	0,268	-6,561	<0,001	-2,28	-1,231				
Polónia	Prestação de apoio extrarresidencial	0,031	0,164	0,188	0,851	-0,291	0,352	15	0,368	49,876	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,543	0,334	-1,616	0,310	-1,591	0,505				
República Checa	Prestação de apoio extrarresidencial	0,004	0,067	0,058	0,954	-0,128	0,136	15	0,259	95,605	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,584	0,28	-2,086	0,037	-1,133	-0,035				
Hungria	Prestação de apoio extrarresidencial	0,065	0,102	0,639	0,523	-0,135	0,266	15	0,401	105,506	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,714	0,358	-1,995	0,046	-1,415	-0,012				
Eslovénia	Prestação de apoio extrarresidencial	-0,177	0,103	-1,725	0,085	-0,379	0,024	15	0,290	55,142	<0,001
	Prestação de cuidado corresponsal	-0,617	0,415	-1,487	0,137	-1,431	0,197				

O modelo inclui para cada país as seguintes variáveis: **Socio-demográficas** (Idade ; Género: feminino; Estado civil: com parceiro(a); Situação perante o emprego: Reformado; Escolaridade (ISCED-97)); **Económica** (Rendimento:Tercil Alto; **Saúde** (Limitações na mobilidade: uma ou mais; Doenças crónicas: duas ou mais; Numero de sintomas depressivos: quatro ou mais; Memória; Inatividade Física: Sim); **Número de atividades sociais**; e **Número de pessoas consideradas emocionalmente próximas ou muito próximas**. Fonte: SHARE, versão 1, Vaga 4, dados ponderados, N=18752 (N não ponderado).

ANEXO 27 RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA SEGUNDO GRUPO DE PAÍSES

	Países do Sul da Europa (N = 749)						Países do Centro da Europa (N = 1047)						Países do Leste da Europa (N = 1017)									
	Coeficientes não estandardizados			Intervalo de confiança a 95%			Coeficientes não estandardizados			Intervalo de confiança a 95%			Coeficientes não estandardizados			Intervalo de confiança a 95%						
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	
Constante	36,203	1,977		18,313	<0,001	32,322	40,084	34,793	1,749		19,891	<0,001	31,361	38,226	33,016	1,915		17,237	<0,001	29,258	36,775	
Idade	-0,10	0,024	-0,017	-4,422	,673	-0,057	,037	0,030	0,021	0,052	1,450	,147	-0,011	0,072	0,003	0,025	0,005	0,134	,893	-0,046	,053	
Com companheiro(a)	,301	0,503	0,018	0,599	,549	-0,686	1,289	0,127	0,461	0,007	0,274	,784	-0,779	1,032	0,490	0,488	0,027	1,003	,316	-0,468	1,447	
Género	-862	0,410	-0,068	-2,103	,036	-1,667	-0,57	0,355	0,347	0,028	1,023	,307	-0,326	1,036	0,539	0,365	0,040	1,477	,140	-0,177	1,255	
Escolaridade	,063	0,142	0,014	0,445	,656	-0,216	,343	0,066	0,122	0,016	0,544	,587	-0,173	0,305	-0,080	0,131	-0,017	-0,609	,542	-0,337	,177	
Reformado	-520	0,438	-0,042	-1,188	,235	-1,379	,339	-0,525	0,406	-0,042	-1,293	,196	-1,321	0,272	-0,423	0,489	-0,030	-0,866	,387	-1,381	,536	
Rendimento Alto	,566	0,396	0,043	1,428	,154	-0,212	1,344	0,922	0,364	0,070	2,533	,011	0,208	1,636	1,115	0,358	0,084	3,118	,002	0,413	1,817	
Limitações nas atividades básicas de vida diária	-870	0,171	-0,174	-5,078	<0,001	-1,206	-5,34	-1,125	0,205	-0,162	-5,479	<0,001	-1,528	-0,722	-0,661	0,194	-0,101	-3,406	,001	-1,042	-2,280	
Dois ou mais doenças crónicas	-1,359	0,394	-0,108	-3,447	,001	-2,133	-5,85	-1,226	0,340	-0,100	-3,608	<0,001	-1,893	-0,559	-1,526	0,386	-0,113	-3,953	<0,001	-2,283	-7,68	
Quatro ou mais sintomas depressivos	-4,307	0,396	-0,346	-10,881	<0,001	-5,084	-3,529	-4,135	0,357	-0,322	-11,589	<0,001	-4,835	-3,435	-4,055	0,375	-0,308	-10,828	<0,001	-4,790	-3,320	
Inatividade física	-1,619	0,499	-0,110	-3,242	,001	-2,599	-6,38	-2,465	0,561	-0,131	-4,397	<0,001	-3,565	-1,365	-2,203	0,557	-0,116	-3,953	<0,001	-3,297	-1,110	
Memória	,055	0,062	0,032	0,883	,377	-0,067	,177	0,046	0,052	0,028	0,875	,382	-0,057	0,149	0,080	0,061	0,042	1,302	,193	-0,040	,200	
Número de atividades sociais	,394	0,149	0,086	2,654	,008	0,103	,686	0,392	0,091	0,123	4,293	<0,001	0,213	0,572	0,704	0,122	0,167	5,759	<0,001	0,464	,944	
Número de pessoas emocionalmente próximas ou muito próximas	,243	0,132	0,058	1,846	,065	-0,015	,502	0,215	0,112	0,055	1,918	,055	-0,005	0,435	0,223	0,148	0,045	1,507	,152	-0,067	,513	
Cuidadores que prestam cuidados aos pais	,660	0,600	0,038	1,100	,272	-0,518	1,837	-0,615	0,612	-0,029	-1,005	,315	-1,816	0,586	0,560	0,617	0,027	0,908	,364	-0,651	1,771	
Cuidadores que prestam cuidados aos filhos	-808	0,486	-0,058	-1,664	,097	-1,763	,146	-1,079	0,451	-0,069	-2,394	,017	-1,963	-0,195	-0,816	0,448	-0,056	-1,820	,069	-1,695	,064	
Cuidadores que prestam cuidados aos cônjuges	-1,165	0,507	-0,085	-2,298	,022	-2,160	-1,170	-0,988	0,410	-0,077	-2,408	,016	-1,793	-0,183	-0,976	0,486	-0,068	-2,010	,045	-1,929	-0,023	
Número de pessoas a quem presta cuidados dentro do domicílio	-556	0,522	-0,031	-1,065	,287	-1,581	,469	1,164	0,692	0,044	1,681	,093	-0,195	2,523	0,495	0,597	0,022	0,828	,408	-0,677	1,667	
R ² ajustado	0,396																					
Teste F	F (17) = 29,892, com P<0,001																					
	0,315																					
	F (17) = 28,501, com P<0,001																					