



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública



XIV CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA – 2011/2013

Área de Especialização em Promoção e Protecção da Saúde

Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal

Discente: Maria Ana Santos Silva Pego
Orientadora: Prof. Doutora Carla Nunes

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Artº 23º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. nº 60, Série I – A de 2006-03-24

Agradecimentos

Agradeço a disponibilidade e persistência da Professora Doutora Carla Nunes, que me incentivou e motivou para a elaboração desta dissertação de mestrado. O seu apoio foi essencial para a conclusão deste trabalho.

Agradeço sobretudo ao Paulo pela sua paciência, presença e partilha em todos os momentos. A sua força e perseverança tornaram este percurso possível.

Agradeço aos meus pais por me terem permitido e motivado para o ingresso e conclusão do Mestrado em Saúde Pública.

Agradeço à minha avó Lurdes e avô Artur por me terem mostrado a verdadeira face do envelhecimento.

Agradeço a todos os idosos que ao longo do meu percurso enquanto estudante e profissional me deram a conhecer a sua realidade e partilharam comigo as suas necessidades e expectativas.

Agradeço aos meus colegas e amigos pela amizade, carinho e apoio.

Agradeço igualmente a todos os que me acompanharam nesta longa jornada e que sempre ouviram os meus receios e expectativas.

Resumo

Enquadramento: As mudanças demográficas e na estrutura social das famílias precipitaram reformas das políticas dos cuidados de longa duração da população idosa no continente Europeu. Após um período em que as mulheres assumiam o papel de principais cuidadoras dos membros mais idosos, o aumento da sua inclusão no mercado de trabalho, assim como o envelhecimento geral da população introduziu mudanças no enquadramento dos cuidados a idosos. Estas mudanças têm particular impacte nos países da Europa do Sul, visto que tradicionalmente o cuidado a idosos é prestado maioritariamente pelo sector informal.

Finalidade/objectivos: O presente estudo tem como finalidade conhecer as características dos cuidadores informais e dos idosos dependentes em Portugal. Definiram-se três objectivos principais. O primeiro é compreender a realidade demográfica, de saúde e dependência funcional dos idosos alvo de cuidados informais em Portugal. Em segundo pretende-se conhecer a situação actual dos prestadores informais de cuidados de longa duração em Portugal. Em terceiro, discutem-se os aspectos que mais influenciam a acessibilidade a cuidados informais entre os idosos dependentes em Portugal.

Metodologia: Para concretizar estes objectivos, para além de se proceder a uma sistematização bibliográfica da literatura mais relevante nesta área, recorre-se à análise descritiva e regressão logística binária. Utilizando os dados do inquérito *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* descreve-se a realidade nacional dos idosos dependentes e seus cuidadores informais e estimam-se modelos de acessibilidade aos cuidados informais em Portugal.

Resultados/conclusões: Este estudo contribui para o conhecimento de três aspectos fundamentais sobre os cuidados informais em Portugal: o primeiro prende-se com a quantificação da realidade nacional dos idosos dependentes em Portugal; o segundo relaciona-se com a quantificação da situação portuguesa dos cuidadores informais; e, por último, estima-se modelos explicativos sobre a acessibilidade a cuidados informais. Para além da quantificação da realidade nacional, o principal contributo deste trabalho reside na demonstração de que o actual modelo de prestação de cuidados (baseado nos cuidados informais prestados por membros da família) deixa de fora uma parte significativa dos idosos dependentes. Na verdade, este estudo demonstra que uma parte significativa dos idosos não tem acesso a cuidados e que, embora sejam os elementos da família que maioritariamente prestam os cuidados informais, esse facto, por si só, não explica o acesso aos cuidados.

Palavras-chave

Envelhecimento; cuidados informais; cuidados de longa duração; acessibilidade; redes de suporte.

Abstract

Scope: Demographic changes and shifts in the social structure of families rushed policy reforms of long-term care of the elderly population in the European continent. After a period in which women assumed the role of primary caregivers of the older members, their increasing inclusion in the labor market, as well as the general aging of the population introduced changes in the framework of elderly care. These changes have particular impact in the countries of Southern Europe, since traditionally elderly care is provided mainly by the informal sector.

Aim/objectives: This study aims to identify the characteristics of informal caregivers and dependent elderly in Portugal. Three main objectives were defined. The first is to understand the demographic, health and functional dependency status of the elderly cared by the informal sector in Portugal. The second aim is to know the current situation of informal carers in Portugal. Third, we discuss the aspects that influence the accessibility to informal care among elderly dependents in Portugal.

Methods: To achieve these objectives, in addition to undertaking a systematic review of relevant literature in this area, we resort to descriptive analysis and binary logistic regression. Using data from Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe we describe the national reality of the dependent elderly and their informal caregivers and models of accessibility to informal care in Portugal are estimated.

Results/conclusions: This study contributes to the knowledge of three fundamental aspects of informal long-term care in Portugal: the first relates to the quantification of the national reality of dependent elderly in Portugal and the second relates to the quantification of the Portuguese situation of informal caregivers, and finally explanatory models about the accessibility of informal care are estimated. In addition to the quantification of the national reality, the main contribution of this work lies in the demonstration that the current model of care (based on informal care provided by family members) leaves out a significant portion of elderly dependents. In fact, this study demonstrates that a significant proportion of older people do not have access to care and that, although the family elements are the primary informal caregivers, that fact alone does not explain the access to care.

Keywords

Ageing, informal care, long-term care; accessibility, support network.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Justificação do tema	3
1.2 Finalidade e objectivos do estudo	7
2. Estado da Arte: Os idosos em situação de dependência.....	9
2.1 Cuidados de longa duração numa Europa envelhecida.....	9
2.2 Cuidados de longa duração em Portugal	16
2.3 Os cuidados informais: solidariedade familiar e as redes de suporte	18
3. Metodologia	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Fonte de informação	26
3.3 População e amostra	28
3.4 Variáveis em estudo.....	30
3.5 Viéses e limitações	32
4. Caracterização dos idosos dependentes.....	34
4.1 Idosos dependentes que não têm ajuda informal	37
4.2 Idosos dependentes que recebem ajuda informal	40
4.2.1 Idosos dependentes que recebem ajuda informal externa	41
4.2.2 Idosos dependentes que recebem ajuda informal interna	44
4.3 Análise comparativa dos perfis dos idosos dependentes	48
5. Caracterização dos cuidadores informais.....	50
6. Modelos explicativos da acessibilidade a cuidados informais.....	53
6.1 Cuidados informais internos – Modelo 1	53
6.2 Cuidados informais externos – Modelo 2	55
6.3 Cuidados informais (internos e externos) – Modelo 3.....	58
7. Discussão	60
8. Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas.....	66

Índice de Figuras

- Figura 1 População com 65 ou mais anos e alvo de cuidados de longa duração formais, 2009 (ou ano mais próximo)
- Figura 2 Enquadramento metodológico
- Figura 3 Género dos idosos dependentes
- Figura 4 Idade dos idosos dependentes
- Figura 5 Estado civil dos idosos dependentes
- Figura 6 Tipo de edifício em que vivem os idosos dependentes
- Figura 7 Tipo de área de residência em que vivem os idosos dependentes
- Figura 8 Idosos dependentes com limitações sentidas nas actividades diárias
- Figura 9 Idosos dependentes portadores de doença crónica
- Figura 10 Género dos idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 11 Idade dos idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 12 Estado civil dos idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 13 Tipo de edifício em que vivem os idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 14 Tipo de área de residência em que vivem os idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 15 Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que não recebem ajuda informal
- Figura 16 Idosos que não recebem ajuda informal portadores de doença crónica
- Figura 17 Género dos idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 18 Idade dos idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 19 Estado civil dos idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 20 Tipo de edifício em que vivem os idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 21 Tipo de área de residência em que vivem os idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 22 Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que recebem ajuda informal externa
- Figura 23 Idosos que recebem ajuda informal externa portadores de doença crónica
- Figura 24 Género dos idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 25 Idade dos idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 26 Estado civil dos idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 27 Tipo de edifício em que vivem os idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 28 Tipo de área de residência em que vivem os idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 29 Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que recebem ajuda informal interna
- Figura 30 Idosos que recebem ajuda informal interna portadores de doença crónica
- Figura 31 Parentesco dos cuidadores informais internos
- Figura 32 Género dos cuidadores informais internos
- Figura 33 Regressão logística: modelos em análise

Índice de Tabelas

Tabela 1	Acesso a serviços (população com idade superior a 65 anos) e legislação familiar entre os anos 1990-1995 na Europa
Tabela 2	Operacionalização das variáveis
Tabela 3	Operacionalização dos objectivos do estudo
Tabela 4	Número de filhos dos idosos dependentes
Tabela 5	Escolaridade dos idosos dependentes
Tabela 6	Número de filhos dos idosos que não recebem ajuda informal
Tabela 7	Escolaridade dos idosos que não recebem ajuda informal
Tabela 8	Número de filhos dos idosos que recebem ajuda informal externa
Tabela 9	Escolaridade dos idosos que recebem ajuda informal externa
Tabela 10	Número de filhos que recebem ajuda informal interna
Tabela 11	Escolaridade dos idosos que recebem ajuda informal interna
Tabela 12	Categorias discriminantes em cada um dos perfis de idosos dependentes
Tabela 13	Parentesco dos cuidadores informais externos
Tabela 14	Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam diariamente
Tabela 15	Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam semanalmente
Tabela 16	Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam mensalmente
Tabela 17	Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam pouco frequentemente
Tabela 18	Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais internos
Tabela 19	Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais externos
Tabela 20	Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais (internos e externos)

Lista de Anexos

Tabela A1	Dados de estatística descritiva dos idosos dependentes com 65 ou mais anos
Tabela A2	Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais internos
Tabela A3	Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais externos
Tabela A4	Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais
Tabela A5	Estatística descritiva das variáveis utilizadas nos modelos de regressão logística

Lista de abreviaturas

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diária

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OCDE/OECD- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

1. Introdução

Este trabalho de projecto realiza-se no âmbito do XIV Curso de Mestrado em Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

Nas últimas décadas, o reconhecimento dos direitos das pessoas em situação de dependência foi sendo insistentemente realçado pelas organizações internacionais. De acordo com as determinações da União Europeia (UE) (Comissão Europeia, 2002), os Estados-Membros deverão orientar as políticas de apoio à dependência pela combinação entre acessibilidade, alta qualidade e sustentabilidade no tempo. Tais objectivos constituem um dos principais desafios que se colocam aos países mais desenvolvidos, tendo em conta a evolução demográfica e o actual contexto económico que aponta para uma redução da despesa pública.

As mudanças demográficas e na estrutura social das famílias precipitaram reformas das políticas dos cuidados de longa duração da população idosa no continente Europeu (Geerts, et al., 2012; Grootegoed, et al., 2012; Pfau-Effinger, 2012). Após um período em que as mulheres assumiam o papel de principais cuidadoras dos membros mais idosos, o aumento da sua inclusão no mercado de trabalho, assim como o envelhecimento geral da população introduziu mudanças no enquadramento dos cuidados a idosos (Anderson, 2004; Crompton, 2006; Stuijbergen, et al., 2008). Estas mudanças têm particular impacte nos países da Europa do Sul, visto que tradicionalmente o cuidado a idosos é prestado maioritariamente pelo sector informal (José, et al., 2002; Costa-Font, 2010; Tavora, 2011; Costa-Font, et al., 2012; Solé-Auró, et al., 2012). Por outro lado, o aspecto da sustentabilidade e a qualidade do apoio às pessoas dependentes tem-se conjugado para que as políticas sociais prestem mais atenção às solidariedades familiares. Estas viabilizam a manutenção dos idosos no seu ambiente, evitando ou retardando a institucionalização (Romão, et al., 2008; Santana, 2011; Costa-Font, et al., 2012).

Há um conjunto alargado de literatura que investiga as principais tendências no âmbito das políticas e reformas dos cuidados de longa duração para os idosos, em especial dos idosos em condição de dependência (OCDE, 2005; Costa-Font, 2010; Santana, 2011; Costa-Font, et al., 2012). Estes estudos apontam para o facto

de inúmeros países terem alargado o apoio financeiro e a oferta pública de serviços, no âmbito dos cuidados de longa duração. Além disso, houve uma expansão no apoio à formalização dos cuidados aos idosos, isto é, há maior disponibilização de recursos humanos qualificados e pagos pelo Estado (Pickard, *et al.*, 2000; Haberkern, *et al.*, 2010). Por outro lado, alguns estados têm vindo a apoiar os cuidadores informais, tanto a nível financeiro, como no desempenho do papel de cuidador (Bettio, *et al.*, 2006). Em Portugal, foi criado em 1989 um subsídio para os cuidadores informais, actualmente denominado “Complemento por dependência”, acresce também as novas estruturas criadas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que pretendem dar igualmente suporte ao papel de cuidador informal. Num momento de crise económica, social e financeira urgem soluções custo efectivas e que colmatem, caso existam, as falhas existentes. Para alguns autores, a renovada importância que as políticas sociais têm dedicado às solidariedades familiares está relacionada com a necessidade de aliviar os custos na saúde e no suporte social, bem como com a dificuldade em encontrar respostas às necessidades emergentes do envelhecimento populacional (Costa-Font, 2010; Costa-Font, *et al.*, 2012). Contrariamente, outros autores consideram que a redescoberta das famílias solidárias pode relacionar-se com os novos valores e expectativas em relação à qualidade de vida e sinal de maior preocupação com os aspectos da humanização e personalização das intervenções sociais (Romão, *et al.*, 2008).

Esta temática encontra-se na ordem do dia, sendo discutida nos meios de comunicação social e nos fóruns de discussão na televisão e rádio, havendo uma expressa preocupação dos elementos participantes sobre o futuro dos idosos em Portugal, sobretudo quando em situação de dependência.

Este trabalho de projecto recai, assim, sobre os cuidados informais de longa duração, prestados aos idosos dependentes em Portugal, sobretudo num contexto de alteração das estruturas familiares e das redes de solidariedade sociais, ou seja, questiona-se se o sector informal conseguiu adaptar-se às novas exigências. Embora existam trabalhos (Rasgado, 2010) sobre os níveis de dependência dos idosos e a necessidade de uma resposta coordenada nos cuidados de longa duração, estes trabalhos centram-se sobretudo nos cuidados formais. Esta discussão reveste-se de particular importância devido à parca existência de trabalhos que caracterizem os cuidadores informais em Portugal, assim como

trabalhos recentes sobre os níveis, tipos de dependência e acessibilidade dos idosos a cuidados informais em Portugal. O nosso trabalho possibilitará caracterizar esta realidade e assim fornecer novos elementos para o debate existente sobre os cuidados informais prestados em Portugal aos idosos em situação de dependência.

Em Portugal, existem diversos trabalhos no âmbito dos cuidados informais a idosos (Romão, *et al.*, 2008), contudo, o enfoque tem sido colocado nas suas dificuldades físicas e psicológicas de desempenhar o papel de cuidador informal, no entanto, considera-se fundamental perceber quais as características dos idosos dependentes e dos seus cuidadores informais, sobretudo num contexto em que a disponibilidade de cuidadores informais, em especial dos elementos femininos, é cada vez mais reduzida. Acrescendo ainda o aumento do número de idosos a viverem sós ou com outros idosos. Por outro lado, o planeamento e estruturação de serviços de cuidados de longa duração formais ou informais só é possível com um profundo conhecimento das características e níveis de dependência dos idosos em Portugal.

1.1 Justificação do tema

No pano de fundo deste trabalho de projecto está um crescente envelhecimento da sociedade e o aumento da necessidade de cuidados de longa duração para idosos, assim como uma redução da disponibilidade e capacidade dos cuidadores informais. O número e proporção de população com idade superior a 65 anos continuarão a aumentar, assim como as taxas de prevalência de dependência e incapacidade nesta faixa etária, sobretudo devido ao envelhecimento da população e a um aumento da longevidade (Lafortune, *et al.*, 2007).

A melhoria das condições de vida e de trabalho, assim como a melhoria da qualidade dos serviços de saúde proporcionou um aumento significativo da proporção de idosos (idade superior a 65 anos), tendência que se continuará a verificar nas próximas décadas. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que haveria cerca de 524 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, ou seja 8% da população mundial. Em 2050, é estimado que estes números tripliquem, passando a representar 16% da população mundial, ou seja, cerca de 1,5 mil

milhões de pessoas (OMS, 2011). A nível mundial espera-se que, a partir de 2020, a proporção de crianças com idade inferior a 5 anos seja, pela primeira vez na História, inferior à proporção de pessoas com idade superior a 65 anos. As razões apontadas para este fenómeno estão associadas ao “duplo envelhecimento” da população, ou seja, baixas taxas de fertilidade e um aumento muito significativo da esperança de vida (Fernandes, 2001). Desta forma, haverá um alargamento significativo da população com mais de 65 anos, em comparação com a população dos 0 aos 64 anos (OMS, 2011). No contexto Europeu, no ano de 2050, é esperado que 30% dos Europeus tenha 60 ou mais anos, e que na EU-15 10% da população tenha idade superior a 80 anos (Comissão Europeia, 2002).

A realidade dos países da Europa do Sul reflecte o crescente envelhecimento da população, segundo dados do Censos 2011, 19% da população residente tem mais de 65 anos (INE,2012), em Itália constitui 20.3% da população e em Espanha 17.1%¹. Na última década o número de idosos, em Portugal, cresceu cerca de 19% (INE, 2012). De destacar que 22% do idosos em Portugal se encontram em risco de pobreza após as transferências sociais (INE, 2010), demonstrando a vulnerabilidade em que se encontram e a importância que deverá desempenhar necessariamente o Estado. Os dados apresentados confirmam a relevância do debate sobre envelhecimento no Mundo, na Europa e também em Portugal.

Perante o panorama nacional e internacional, a Saúde Pública enfrenta o desafio de promover o debate sobre a reformulação das políticas de saúde que beneficiem toda a população, mas que visem em especial os idosos. Nesta faixa etária é sobretudo relevante discutir-se a perda progressiva de funcionalidade e conseqüente aumento de dependência nos idosos nas suas actividades diárias. A dependência nas Actividades de Vida Diária (AVD) e Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)² é uma questão fundamental na etapa do ciclo de vida que está em discussão. É inquestionável que as perdas funcionais têm elevada prevalência nas idades avançadas e impacte a nível da mobilidade, sobrevivência, funcionalidade e qualidade de vida, levando os idosos a necessitarem de cuidados de longa duração para suprirem as suas necessidades.

Portugal, segundo dados do Eurostat¹, aparece como o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas actividades da

¹ Dados de Eurostat - Population Statistics

² No capítulo metodológico abordam-se estes dois conceitos em profundidade.

vida diária. Os idosos com necessidades de apoio nas AVD deverão aumentar com o envelhecimento da população. Contudo, os dados da OCDE Health Data para 2009 indicam que somente 1.1% da população portuguesa com mais de 65 anos recebia cuidados continuados formais (5.1% na Espanha, 11.3% em França e 6.7% na Bélgica) (Carneiro, *et al.*, 2012:124).

A despesa pública em saúde e cuidados de longa duração, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cresceu cerca de 50% entre 1970 e 1980, tendo estabilizado a partir da década de 80 até 1990. Contudo, segundo estudos da OCDE, espera-se que haja um aumento da despesa em percentagem do PIB de 1% para 2 a 4% do PIB em 2050 (Oliveira Martins *et al.*, 2006). Segundo dados da OCDE, em Portugal a despesa pública (em percentagem do PIB) em cuidados de longa duração foi de 0.4, em 2000, e de 0.5, em 2005 (OCDE, 2008). Perante esta perspectiva, os estados são pressionados a encontrar formas alternativas, mais custo-efectivas, de organização dos cuidados de longa duração. Nos países da Europa do Sul, o papel dos serviços comunitários na prestação de cuidados de longa duração aos idosos está ainda a dar os primeiros passos, embora tenha havido um forte incentivo para o seu desenvolvimento. No entanto, estes cuidados têm sido prestados essencialmente por cuidadores informais, ou seja, familiares, amigos e vizinhos (Costa-Font, 2010). Há nestes países a expectativa de que as respostas residam na família e indivíduo, e o Estado é visto como a última alternativa. No caso português, há ainda uma delegação de serviços e prestação de cuidados, através de protocolos com o Estado, a prestadores privados, nomeadamente há uma rede social baseada em organizações privadas e não lucrativas (Instituições Particulares de Solidariedade Social), que é financiada pelo Estado e através de co-pagamentos. Concomitantemente, foi criada, em 2006, a RNCCI, mais direccionada para a vertente dos cuidados de longa duração, do que para o apoio social (Costa-Font, *et al.*, 2012). Os cuidados de longa duração foram identificados como uma lacuna no Sistema Nacional de Saúde português, surgindo assim a RNCCI (Decreto-Lei Nº 101/2006) que assenta nas estruturas sociais e de saúde já existentes, passando estas a estarem enquadradas numa rede.

Numa primeira abordagem percebe-se que as alterações demográficas, sociais e económicas 'empurram' os estados para uma mudança nas políticas de cuidados de saúde de longa duração, sobretudo devido à reformulação das

estruturas familiares, sendo estas cada vez mais pequenas e em que os elementos femininos, que anteriormente eram as principais cuidadoras das pessoas dependentes, estão integrados no mercado de trabalho.

Num período em que se discute o rumo dos cuidados de longa duração na Europa e em Portugal, é importante analisar o conjunto de idosos dependentes que são apoiados através de redes informais. Aliás, segundo Costa-Font, *et al.* (2012), na Europa do Sul, uma parte significativa destes cuidados são prestados desta forma (em Espanha, no ano de 2008, 78% dos cuidados são prestados por cuidadores informais; em França, no ano de 2008, correspondia a 37%). Quanto a Portugal, a cobertura média de pessoas abrangidas por cuidados domiciliários, centros de dia e pessoas institucionalizadas é de 11,6% (MTSS, 2009). No entanto, segundo Costa-Font, *et al.* (2012) não há uma quantificação da percentagem de idosos que são apoiados pela estrutura informal.

Dados do Censos 2011 (INE, 2012) indicam que aproximadamente 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400 964 pessoas) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577 pessoas), reflectindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. Ou seja, cerca de 804 577 pessoas, em caso de perda de autonomia poderia ter como principal cuidador, uma pessoa idosa. A discussão sobre a quem recorrem estas pessoas e quais as suas alternativas, é fundamental desenvolver na actualidade, sobretudo num contexto em que a economia da globalização direcciona as populações para uma vida nas grandes metrópoles, promovendo assim a continuação do êxodo rural. Por outro lado, as mudanças demográficas e familiares traduzem-se numa redução de pessoas idosas com famílias que possam cuidar delas. As famílias têm hoje menos crianças, a proporção de casamentos é menor, assim como a probabilidade de estas viverem com gerações mais velhas. Com o declínio do suporte das famílias, a sociedade precisará de se informar e desenvolver estratégias de bem-estar num mundo com um crescente número de cidadãos idosos (DGS, 2004).

Pretende-se assim, perceber qual a realidade, dos cuidados informais, existente em Portugal e quais as respostas possíveis para uma melhoria do acesso, equidade e qualidade nos cuidados de longa duração. Procura-se ainda explorar o conceito de cuidados de longa duração, solidariedade familiar e redes de suporte, assim como as reformas nacionais e internacionais (focando a nossa análise em Portugal) nesta área. Por outro lado, abordar-se-á as mudanças nas estruturas

informais de apoio nos cuidados de longa duração, sejam elas estruturas familiares ou redes alternativas de solidariedade. Em suma, a nossa questão de partida é: Quem são os idosos dependentes em Portugal e quem cuida deles?

Espera-se encontrar uma parte significativa da população dependente, a quem não são prestados cuidados informais de longa duração. Por outro lado, espera-se que haja uma forte componente feminina nos cuidados informais, sobretudo quando os cuidadores são filhos. Com esta discussão pretende-se dar um contributo para esclarecer, compreender e reflectir criticamente sobre a realidade dos cuidados informais de longa duração em Portugal. Num tempo de crise e recuo da intervenção do Estado esta é uma discussão premente.

1.2 Finalidade e objectivos do estudo

O presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento das características dos cuidadores informais e dos idosos dependentes em Portugal, para que o planeamento e estruturação de serviços de cuidados de longa duração formais e o apoio ao sector informal tenham por base um profundo conhecimento da realidade. Deste modo, definiu-se como principais objectivos:

1. Compreender a realidade demográfica, de saúde e dependência funcional dos idosos alvo de cuidados informais em Portugal.
2. Conhecer a situação actual dos prestadores informais de cuidados de longa duração em Portugal.
3. Discutir os aspectos que mais influenciam a acessibilidade a cuidados informais entre os idosos dependentes em Portugal.

Para responder ao primeiro objectivo geral construiu-se o seguinte objectivo específico:

- Caracterizar a população idosa dependente tendo em conta o género, idade, estado civil, área e tipo de edifício em que residem, número de filhos, escolaridade, doença crónica e limitações sentidas nas suas actividades diárias.

De forma a responder ao segundo objectivo geral estruturou-se o seguinte objectivo específico:

- Analisar as características do cuidador informal tendo em conta o grau de parentesco, a proximidade geográfica, o género e a frequência de cuidados.

Quanto ao terceiro objectivo geral elaborou-se o seguinte objectivo específico:

- Identificar quais as variáveis que explicam o acesso a ajuda informal entre os idosos dependentes e o tipo de relação existente.

2. Estado da Arte: Os idosos em situação de dependência

No âmbito desta revisão narrativa de literatura analisa-se duas temáticas fundamentais. Em primeiro, descreve-se os cuidados de longa duração em contexto europeu e português. Em segundo, aborda-se os cuidados informais, a solidariedade familiar e as redes de suporte, assim como a sua articulação com o sector formal de cuidados.

Para a realização desta revisão narrativa de literatura recorre-se à ferramenta de pesquisa Journal Citation Report, por áreas temáticas (ISI Web of Knowledge), que permite agrupar as principais revistas, no nosso caso, na área da geriatria, de acordo com o seu *impact factor*. Assim, seleccionou-se seis revistas científicas (Ageing & Society; European Journal of Ageing; Geriatric Nursing; Journal of Aging and Social Policy; Journal of Aging Studies; Journal of European Social Policy), das quais analisámos os artigos científicos, com conteúdo original, segundo o título e resumo, entre o ano de 2000 e 2012 que tivessem os seguintes descritores: cuidados de longa duração; idoso; cuidados informais, envelhecimento.

Nesta secção aborda-se dois temas que concorrem para a compreensão da organização e forma dos cuidados de longa duração a idosos dependentes no contexto europeu e, sobretudo, em Portugal.

Na primeira parte enquadra-se os cuidados de longa duração no continente Europeu, reflectindo sobre as características únicas dos países da Europa do Sul. De seguida, expõe-se as semelhanças e diferenças de Portugal, no âmbito dos cuidados de longa duração, no contexto da Europa do Sul. Por último, reflecte-se sobre as mudanças ocorridas nas estruturas familiares e a sua disponibilidade para cuidar dos seus membros mais idosos e dependentes.

2.1 Cuidados de longa duração numa Europa envelhecida

Os cuidados de longa duração estão intimamente relacionados com o conceito de dependência e sobretudo de dependência funcional, uma vez que os cuidados de longa duração são prestados com o intuito de melhorar o bem-estar geral dos indivíduos através da supervisão, ajuda parcial ou total na realização das suas

actividades de vida diária (Bolin, *et al.*, 2008). No seio da problemática do envelhecimento da população e consequente perda progressiva de funcionalidade, com aumento dos níveis de dependência, emerge o conceito de cuidados de longa duração.

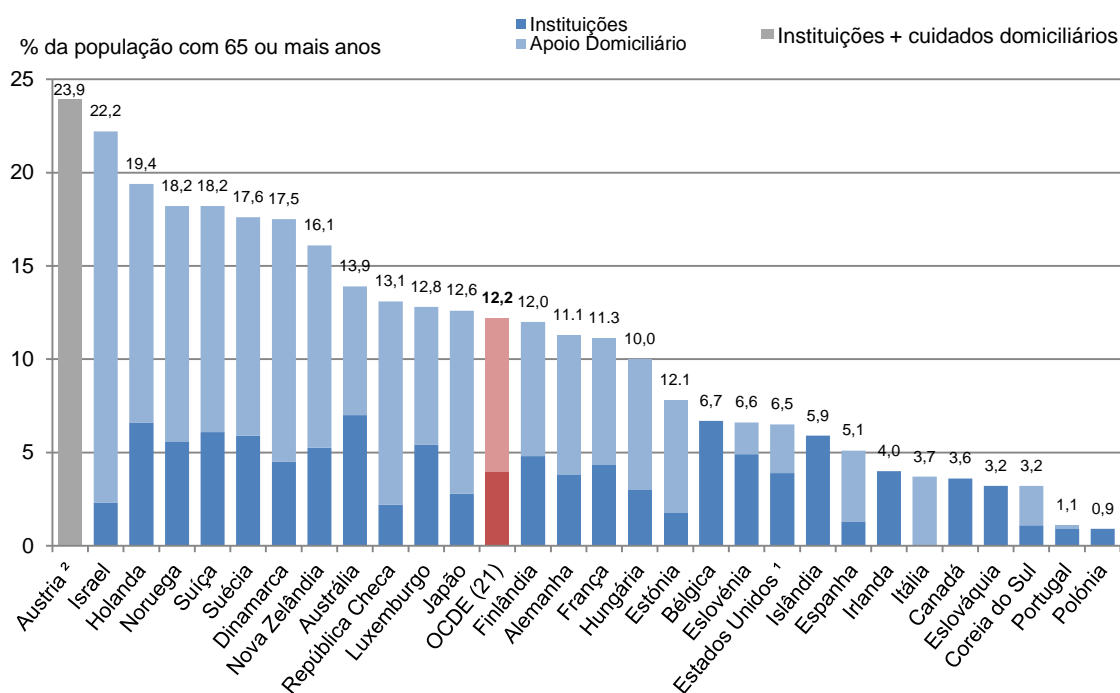
Os dados epidemiológicos apontam para um crescente número de pessoas com doença crónica e algum tipo de incapacidade, sobretudo entre a população com mais de 65 anos, desta forma cresce a importância da discussão sobre como cuidar destas pessoas que carecem de apoio nas suas actividades de vida diária, necessitando assim de cuidados de longa duração. Estes cuidados são caracterizados por quatro aspectos fundamentais. O primeiro aspecto prende-se com os destinatários deste cuidado, uma vez que é destinado a pessoas com doença crónica ou algum tipo de incapacidade. Deste modo, por se tratar de doença crónica ou incapacidade, deverá prolongar-se ao longo da vida da pessoa. O segundo está relacionado com as instituições prestadoras, sendo que os cuidados são prestados sobretudo por instituições não lucrativas, enfrentando muitas vezes um excesso de procura. Em terceiro lugar, caracteriza-se por um elevado peso do sector informal na prestação de cuidados de longa duração. As mulheres são as principais cuidadoras informais, sendo obrigadas a conciliar esta função com as restantes, que desempenham a nível familiar, social e profissional. Por último, os cuidados de longa duração foram alvo de reflexão profunda na última década e houve já inúmeras reformas por todo o mundo (Norton, 2000:958-962). Sumariamente, os cuidados de longa duração compreendem os cuidados prestados a pessoas com incapacidades físicas ou mentais e aos idosos e pessoas mais vulneráveis com necessidades de apoio e ajuda nas suas actividades de vida diária (Costa-Font, 2010).

Nos países da OCDE, a esperança de vida aos 65 anos aumentou significativamente para homens e mulheres nos últimos 50 anos. Em 2009, pessoas com 65 anos podem esperar viver mais 20.5 anos em média para as mulheres e 17.2 anos para os homens (OCDE, 2011). Embora a diferença de género seja ainda acentuada, tem vindo a diminuir nos últimos 30 anos. Contudo, o aumento da esperança de vida não é sinónimo de anos de vida com bem-estar e saúde. Assim, a média de esperança de vida com saúde, entre os países Europeus, é de 9 anos para as mulheres e 8.8 para os homens (OCDE, 2011). Traduzindo-se assim num maior número de anos vividos com incapacidade por parte das mulheres do que por parte

dos homens, isto porque, não havendo diferença de género, são as mulheres que mais anos vivem após os 65 anos com incapacidade.

Na UE, os Estados-Membros são responsáveis pelo planeamento, financiamento e gestão dos sistemas de saúde e de protecção social. Todos os sistemas de saúde nacionais enfrentam actualmente novos desafios, em particular os relacionados com o envelhecimento da população e o aumento do nível de exigência dos doentes. A fim de fazer face à situação, a UE apoia as iniciativas dos Estados-Membros para reformar os seus sistemas de saúde, propondo que haja um esforço de modernização concertado (Comissão Europeia, 2009; OCDE, 2011). Na maioria dos países europeus houve, nos últimos anos, uma forte aposta na implementação de programas de cuidados de longa duração no domicílio. Destacam-se os programas baseados em serviços comunitários e no domicílio, sobretudo nos países nórdicos e República da Irlanda. Na Holanda e Áustria houve políticas que introduziram benefícios financeiros às pessoas que optavam por receber cuidados de longa duração no seu domicílio, para além disso, a Holanda foi o primeiro país a criar um seguro social universal e obrigatório para os cuidados de longa duração (OCDE, 2011). Em Itália, verificou-se que o cuidado a idosos não podia ser efectuado exclusivamente pela família, independentemente da sua coesão. Os cuidados familiares estão a ser complementados por mulheres imigrantes, cuja flexibilidade e baixo-custo são essenciais para as famílias (Bettio, *et al.*, 2006). Em países como Portugal e a Polónia, apenas 1% da sua população sénior recebe cuidados formais de longa duração, não havendo uma quantificação do número de idosos alvo de cuidados informais (OCDE, 2011).

Figura 1 - População com 65 ou mais anos e alvo de cuidados de longa duração formais, 2009 (ou ano mais próximo)



Notas:

1. Nos Estados Unidos, os dados sobre os cuidados domiciliários retratam a realidade em 2007 e os dados sobre os utentes institucionalizados são de 2004.

2. Na Áustria, não é possível distinguir a proporção dos cuidados prestados no domicílio ou em instituições. Os dados retratam os indivíduos que recebem um subsídio para os cuidados de longa duração, sejam estes prestados no domicílio ou em instituições. Por esta razão, Áustria não está incluída no cálculo da média da OCDE.

Fonte: OECD Health Data 2011

Verifica-se que os países mediterrânicos, Grécia, Itália, Espanha e Portugal formam uma *cluster*, no qual a gestão dos cuidados é delegada maioritariamente para a família, sendo que o sector privado tem pouca influência, pois as famílias com menor rendimento não têm capacidade económica para o pagar.

Os dados descritos apontam para uma heterogeneidade de políticas de cuidados de longa duração no contexto europeu. Existe actualmente uma discussão na literatura sobre *clusters* de países que se agrupam de acordo com a organização formal e informal dos cuidados de longa duração aos idosos. Bolin, *et al.* (2008) aglutinam os países numa dicotomia norte/sul, evidenciando que nos países da Europa do Sul se identificam fortes relações familiares, ao invés dos países do Norte da Europa que têm fracas relações familiares. Por outro lado, os padrões culturais de lealdade familiar, alianças e autoridade, os padrões geográficos de co-residência e de apoio aos idosos apresentam regularidades que acentuam a dicotomia norte/sul. Acrescendo, a distinção na despesa em cuidados de longa duração, em

que os países nórdicos (Suécia e Dinamarca) têm a maior despesa *per capita*, seguidos pelos países da Europa Continental (Alemanha e Bélgica) e por último surgem os países da Europa do Sul (Itália, Espanha e Portugal) com a despesa mais reduzida. Haberkern, *et al.* (2010) sugerem a existência de uma diferença norte/sul na Europa, em que os países do Norte são caracterizados por uma maior oferta do sector formal do que nos países do sul e por uma ausência de normatividade e imposição moral de os filhos cuidarem dos seus pais. Costa-Font, *et al.* (2012) identificam também que o financiamento público dos cuidados de longa duração é característico dos países nórdicos, assim como a base informal e familiar dos cuidados estar associado aos países da Europa do Sul (Portugal, Espanha, Itália e Grécia), contudo salientam que as recentes reformas procuram aproximar os dois pólos Norte/Sul, havendo uma expansão dos cuidados domiciliários e apoio ao sector informal nos países da Europa do Norte e um aumento da cobertura pública nos países da Europa do Sul.

Noutra perspectiva, Daatland (2001) salienta que a cultura familiar se reflecte nos sistemas de protecção social e vice-versa. Os serviços na comunidade, que apoiam idosos e cuidadores informais, tendem a ser menos prioritários em países com políticas familiares (*familistic policies*) e elevada prioridade nos países cujas políticas sociais são mais direccionadas para os indivíduos (*individualistic policies*) e baseadas nos direitos e necessidades individuais (Daatland, *et al.*, 2011). As políticas familiares baseiam-se no pressuposto que o Estado Social veio substituir o cuidado familiar, sendo que o acesso generalizado a serviços de longa duração enfraquece a solidariedade familiar (Daatland, *et al.*, 2011). Existe uma convergência na despesa em apoio social, no qual se enquadram os cuidados de longa duração, porém é no perfil de despesa que os países divergem. Os países escandinavos priorizam os serviços, ao passo que França e Alemanha têm poucos serviços, mas elevadas transferências sociais. O Reino Unido e Holanda encontram-se numa posição intermédia. De facto, o que determina não são apenas os diferentes recursos e necessidades populacionais, mas também são o resultado de opções políticas e tradições culturais. Por outro lado, a disponibilidade de serviços comunitários, tais como apoio domiciliário social e de saúde é predominante nos povos escandinavos e na Holanda, ao passo que os países com políticas familiares, como Portugal, Itália, Espanha e Grécia, têm serviços muito rudimentares (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Acesso a serviços (população com idade superior a 65 anos) e legislação familiar entre os anos 1990-1995 na Europa

	Cuidados Domiciliários³	Cuidados Institucionais²	Obrigação familiar
Dinamarca	24	5	Não
Suécia	17	5	Não
Noruega	17	7	Não
Finlândia	12	7	Não
Holanda	10	9	Não
Reino Unido	6	5	Não
França	5	5	Sim
Alemanha	7	5	Sim
Grécia	<1	<2	Sim
Itália	<1	<2	Sim
Portugal	<1	<2	Sim
Espanha	<1	<2	Sim

Fonte: Daatland, 2001:18

A diferença da disponibilidade de serviços comunitários ilustra como as políticas sociais são orientadas por escolha, ao invés de apenas terem em conta os recursos e necessidades populacionais. Para Daatland (2001), o que determina a escolha é a existência ou não de obrigação legal de os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos, veja-se o exemplo de Portugal, Itália, Espanha e Grécia, assim como França e Alemanha, nos quais o acesso a serviços domiciliários e institucionalização é muito reduzido, sobretudo nos países da Europa do Sul. As políticas sociais marcadamente familiares foram norma em todos os países europeus, mas com a introdução do modelo de sistema social de *Beveridge* e mais tarde do modelo escandinavo, houve uma mudança de paradigma com a priorização das necessidades e direitos individuais, enquadrando-se neste modelo os países escandinavos, num modelo intermédio encontram-se Holanda e o Reino Unido.

Surge assim, a principal discussão entre os dois pólos, os primeiros de tradição familiar, e os segundos mais individualistas. Ao passo que os primeiros defendem que o Estado Social substitui a família e afasta-a do cuidado dos idosos, os segundos vêem o Estado Social e a família como instituições que se complementam e que com o apoio social e de saúde formal aliviam a carga familiar, favorecendo a solidariedade familiar. No seu estudo mais recente, Daatland, *et al.* (2005), conclui que a solidariedade familiar existe tanto nos países do sul como nos

³ Estimativa da taxa de utilização dos serviços para a população com idade superior aos 65 anos entre os anos de 1990-1995.

países do norte. Os níveis de assistência familiar são semelhantes na Europa, mas é o papel real da família que diverge. A família é dominante quando os serviços, quer domiciliários, quer de institucionalização, não estão disponíveis, enquadrando-se aqui o caso de Espanha. Ao invés, a família aparece como parceira do Estado Social nos países nórdicos, em que há maior disponibilidade de serviços. Ou seja, a maior disponibilidade de serviços comunitários e domiciliários não afastou as famílias dos cuidados aos idosos, mas reduziu a dependência dos idosos da sua família (Attias-Donfut, *et al.*, 2005).

Em suma, há quatro aspectos fundamentais no enquadramento dos cuidados de longa duração, e existe uma grande diversidade de estruturação e organização destes cuidados nos diferentes países. Por um lado, estes cuidados são destinados a pessoas com doença crónica ou algum tipo de incapacidade; os cuidados formais de longa duração são prestados sobretudo por instituições não lucrativas que enfrentam muitas vezes um excesso de procura; caracterizam-se por um elevado peso do sector informal, desempenhando as mulheres um papel crucial; e, por fim, os cuidados de longa duração foram, ao longo da última década, alvo de um conjunto de reformas. Por outro lado, percebe-se que existe uma multiplicidade de formas de organização e financiamento dos cuidados de longa duração na Europa, havendo todavia, grupos de países que se assemelham na forma de organização, conduzindo a uma bipolaridade norte/sul na Europa, na qual o Sul privilegia o sector informal de cuidados e o Norte tende a ter uma maior oferta de serviços públicos e formais de cuidados. Nos países do Sul verifica-se que os cuidados informais são principalmente prestados pela família, estando relacionado com a pouca disponibilidade de recursos formais e pela cultura “*familiarista*” presente nestes países. Contudo, os países caminham para uma maior disponibilidade de ofertas formais a nível comunitário e domiciliário, ao invés da institucionalização. Verificando-se que esta oferta serve de estímulo para um reforço da solidariedade familiar e uma maior participação da família nos cuidados de longa duração aos seus idosos, ou seja, o aumento da disponibilidade de recursos formais não afasta a família dos seus idosos, mas torna-os parceiros dos cuidados formais.

2.2 Cuidados de longa duração em Portugal

A configuração do sistema de cuidados de longa duração em Portugal tem raízes históricas que influenciam na actualidade a sua organização e principais actores. Até ao século XVIII, os cuidados de saúde eram prestados aos mais necessitados por hospitais tutelados por ordens religiosas, nomeadamente pelas Misericórdias. Durante o século XVIII, o Estado estabeleceu um número limitado de hospitais públicos e universitários que visavam complementar os cuidados prestados pelas Misericórdias. No entanto, é apenas em 1901 que surgem os primeiros serviços públicos de saúde com uma rede de médicos responsáveis pela saúde pública.

Em 1945, surge uma nova organização dos cuidados de saúde através das Caixas de Previdência, um seguro social de saúde obrigatório, que tinha por base as organizações profissionais e o modelo de Bismarck, contudo apenas os trabalhadores e os seus dependentes tinham acesso aos cuidados de saúde. Apenas em 1974, após a revolução de Abril, surgem os conceitos de universalidade e é reconhecida a saúde como um direito de cada cidadão, sendo, em 1979, criado o Serviço Nacional de Saúde gratuito e acessível a todos os cidadãos. No entanto, os serviços sociais não acompanharam o progresso dos serviços de saúde, mantendo-se tradicionalmente a família como primeira linha de cuidados aos idosos dependentes, sobretudo em zonas rurais. Contudo, em Portugal mantém-se o cuidado aos idosos no seio da família, característico dos países da Europa do Sul, mas com uma diferença substancial, as mulheres portuguesas têm elevados níveis de emprego a tempo inteiro, sendo forçadas a conciliar o trabalho com uma elevada participação no trabalho doméstico e nos cuidados aos seus familiares (Santana, 2011). Relativamente à divisão do trabalho nas famílias que prestam cuidados a uma pessoa idosa, dados obtidos através do Inquérito à Ocupação do Tempo (INE 2001) indicam uma clara desigualdade de género na afectação de tempo na prestação de cuidados a idosos, sobretudo entre a população com emprego, ou seja, entre os inquiridos com emprego que afirmam prestar cuidados a pessoas adultas dependentes, 88% são mulheres.

Actualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos (prestação de cuidados tem uma base de solidariedade, pode ser como voluntário, com um sentimento pessoal, como

amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras), e as redes formais de protecção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais. As relações entre os dois tipos de redes de suporte identificadas podem ser de complementaridade, ou de substituição (MTSS, 2009). No caso de pessoas dependentes que ficam em casa, podem candidatar-se a um subsídio para apoio domiciliário adicional, denominado subsídio por dependência. Em Portugal, após a reforma da RNCCI, surgem várias estruturas que apoiam as pessoas com doenças crónicas e diferentes níveis de dependência, que reúnem condições para serem cuidados em casa ou numa instituição. Em termos institucionais podem ser albergadas nas unidades de longa duração e manutenção, caso fiquem em sua casa, podem ser apoiadas através de cuidados domiciliários. Esta medida introduziu, pela primeira vez, uma forma coordenada de cuidados continuados com carácter de acesso universal e pago por impostos e co-pagamentos mediante o rendimento dos indivíduos.

No entanto, estudos recentes indicam a tendência do elevado peso do sector informal nos cuidados de longa duração aos idosos em Portugal. Como referido anteriormente, apenas 0.9% dos idosos em Portugal são alvo de cuidados de longa duração em instituições e 0.2% têm apoio domiciliário (Figura 1), enquanto a média da OCDE é de 4% e 8.2%, respectivamente. Na distribuição do número de utentes referenciados por origem de apoio aquando da sua referenciação para a RNCCI, verifica-se que, em 2012, os familiares constituem o principal suporte destes utentes em 63% dos casos (51% em 2010 e 62% em 2011), seguido da ajuda domiciliária do tipo social, em 13% dos casos em 2012 (11% em 2010 e 15% em 2011) (UMCCI, 2012).

Em síntese, Portugal partilha as características dos restantes países da Europa do Sul, isto é, a família é a principal prestadora de cuidados; existe um peso muito grande do sector informal; a oferta formal é bastante reduzida, mas as recentes reformas expandiram o acesso a cuidados de longa duração formais. A principal diferença de Portugal em relação aos restantes países da Europa do Sul reside na existência de uma elevada taxa de participação feminina no mercado de trabalho.

2.3 Os cuidados informais: solidariedade familiar e as redes de suporte

O processo de envelhecimento implica alterações fisiológicas da pessoa idosa, fragilizando-a e tornando-a vulnerável e sujeito a processos de doença e dificuldade na recuperação da saúde. Quando a doença crónica ou incapacitante se instala, a pessoa idosa torna-se dependente e requer cuidados de longa duração, surgindo a encruzilhada entre o cuidado formal e o informal. O cuidado informal consiste na assistência a pessoas idosas com necessidade de cuidado em situação de fragilidade ou dependência. Trata-se de um cuidado não remunerado, em que os idosos se mantêm a residir no seu lar, ou na sua comunidade e, assim, não sejam institucionalizadas (Pinto, *et al.*, 2010).

Tradicionalmente coube à família o papel exclusivo e quase invisível de cuidar dos seus idosos, invisível por se encontrar culturalmente normalizado. Com o desenvolvimento dos sistemas de saúde e de protecção social na velhice e na doença, a gestão da velhice deixou de se confinar exclusivamente à esfera privada, muito embora o papel da família tenha permanecido preponderante, com algumas diferenças internacionais, conforme as modalidades de *welfare state* dos diferentes países e o peso das tradições mais ou menos familiaristas (Romão, *et al.*, 2008). Perante um aumento do número de idosos dependentes e com necessidade de cuidados de longa duração e a incapacidade das estruturas formais darem resposta, é preciso discutir o ressurgir da família na esfera de cuidados e compreender o contexto em que surge. Num momento de crise económica e financeira, em que há uma retracção da despesa no sector público da saúde, principal prestador de cuidados formais, é necessário compreender a capacidade que as famílias portuguesas têm de assegurar a protecção aos seus membros face à necessidade de cuidados de longa duração, incapacidade ou doença crónica.

Historicamente, a família tem sofrido alterações profundas na sua estrutura, relações intergeracionais e função. Durkheim (1975 [1921]) conclui que houve uma progressiva contracção das unidades sociais primárias, caminhando a família para uma redução dos seus elementos e com marcada falta de horizonte intergeracional. Parsons (1971) afirma que a família está reduzida à família nuclear, na qual se verifica uma especialização funcional, sexual e etária.

Na sociedade pré-moderna, o cuidado aos idosos dependentes era prestado essencialmente pelos filhos adultos, baseando-se num sistema de interajuda

intergeracional. A mudança de uma sociedade rural para uma sociedade industrial, acompanhada pela diáspora para as grandes cidades, contribuiu para a nuclearização da família e consequente erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade. Contudo, embora os cuidados de saúde tenham tendencialmente saído da esfera de cuidados familiares, os cuidados de longa duração a idosos mantiveram-se no seio familiar e informal. Na sociedade moderna existe a diminuição do número de casamentos, assim como um aumento das taxas de divórcio e de reconstituição familiar; a diminuição de potenciais efectivos disponíveis para integrarem as redes de apoio, resultante do decréscimo da fecundidade e da natalidade. Inúmeras razões foram apontadas para o potencial declínio do cuidado informal. Estes incluem a mudança da estrutura etária da população; o aumento das taxas de divórcio; o declínio do tamanho da família; o crescente número de famílias sem filhos; aumento das taxas de emprego nas mulheres casadas; a alteração da composição do agregado familiar das pessoas idosas, com menos idosos a residir com os seus filhos; a natureza das obrigações familiares, especialmente em relação às responsabilidades filiais (Pickard, *et al.*, 2000). Neste sentido, surge a necessidade de perceber qual o impacte que estas transformações produzem nas relações de solidariedade e apoio intergeracional (Pimentel, *et al.*, 2010), uma vez que os cuidadores informais continuam a ser a base de sustentação dos sistemas de cuidados de longa duração em todos os países da OCDE (OCDE, 2011).

A evolução das estruturas familiares é um dos factores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e colectivo no contexto do processo de envelhecimento. Em geral, a família desempenha um papel importante na provisão dum vasto conjunto de serviços para fazer face às necessidades dos seus membros, acomodando os efeitos da incerteza em domínios importantes da vida, como são os casos do mercado de trabalho ou dos cuidados pessoais, entre outros (Carneiro *et al.*, 2012). Existe uma preocupação sobre a solidariedade familiar, sendo expressadas sob a forma de nostalgias, em que se afirma que as famílias passadas cuidavam mais do que as actuais. As populações dos países da Europa do Sul sentem-no mais acentuadamente que os europeus do norte. Os problemas actuais são atribuídos à modernidade e ao individualismo, sendo que o Estado Social é por

vezes visto como originador da redução de motivação e solidariedade familiar (Daatland, *et al.*, 2005).

A família, em Portugal, está em profunda mudança. No passado recente, a organização familiar reconfigurou-se devido às transformações societárias relacionadas com o aumento da taxa de participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das relações conjugais (Wall, *et al.*, 2001). Os dados dos Censos da População do INE (2012) mostram uma tendência de redução da dimensão média das famílias e diminuição da natalidade. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar. Estas mudanças poderão reduzir o papel das famílias na provisão de serviços para os familiares mais idosos.

Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos, etc.) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas actividades da vida diária (Comas-Herrera, *et al.*, 2003).

Num estudo realizado em Portugal (Vasconcelos, 2002) junto de famílias portuguesas conclui-se que há um panorama de relativa rarefacção das solidariedades, em que o apoio é sobretudo dado ocasionalmente, sendo que um terço das famílias refere não ter qualquer tipo de apoio financeiro, material, doméstico, moral ou outros serviços. Ou seja, não existe um forte entrosamento de solidariedade, mesmo quando esta está presente. Não podemos, assim, falar de uma rede de solidariedade e suporte familiar como de algo generalizado na sociedade portuguesa, pois tudo aponta para situações maioritárias de ocasionalidade ao nível da frequência de apoios (Vasconcelos, 2005).

Impera uma reflexão sobre o porquê desta ocasionalidade, ou seja, quais são as limitações que as famílias portuguesas enfrentam que condiciona uma maior frequência de apoio e a assunção do papel de cuidador informal. Para poder ajudar, a família, tem que estar disponível temporal e financeiramente, bem como, devido à integração da mulher no mercado de trabalho e na vida pública, a existência de uma democrática distribuição das tarefas de cuidar é necessária (Pimentel, *et al.*, 2010). A não distribuição das tarefas levará a um esforço acrescido para as mulheres, que se têm demarcado dos papéis tradicionalmente a si atribuídos (Pimentel, 2011).

Neste contexto, é importante perceber se as redes primárias têm realmente possibilidade para prover o bem-estar necessário aos seus elementos, se têm capacidade para suportar mais encargos, se é aceitável exigir-lhes novos reajustamentos e, sobretudo, conhecer as implicações desses reajustes para as famílias e para as estruturas em que elas se inserem. Na verdade, “as famílias portuguesas veem-se confrontadas com uma dupla escassez de recursos: por um lado, a provisão de bem-estar fornecida pelo sistema estatal é francamente insuficiente e, por outro lado, a capacidade de encontrar respostas no interior da sua rede de relações tende a ser cada vez mais reduzida” (Hespanha *et al.*, 2002:21). Há claramente a diminuição do tempo disponível para os cuidados, decorrente das elevadas taxas de actividade laboral e da valorização da carreira profissional por parte dos adultos de ambos os sexos. Por outro lado, a redefinição dos papéis de género, associada a uma vivência menos tradicional da conjugalidade e a uma impossibilidade das mulheres em restringirem a sua esfera de acção e de realização ao espaço doméstico, são alguns dos factores que provocam alterações profundas na estrutura e na morfologia das famílias e que têm implicações na disponibilidade destas para cuidarem dos seus elementos mais dependentes (Pimentel, *et al.*, 2010).

Ao invés dos restantes países da Europa do Sul, Portugal tem uma elevada participação das mulheres no mercado de trabalho. No entanto, o envolvimento dos homens na esfera doméstica não tem acompanhado claramente o incremento do emprego feminino em Portugal. Investigação recente revela que as mulheres portuguesas, apesar de trabalharem maioritariamente a tempo integral, mantêm a maior parte do trabalho doméstico e que as atitudes sociais tendem a apoiar os papéis de género tradicionais (Tavora, 2012). O Estado Social português respondeu, a partir dos anos 90, ao aumento da participação feminina no mundo laboral, ampliando em mais de 30% a rede de creches, contudo, a mesma preocupação não se registou face ao papel de cuidadoras informais de idosos que as mulheres portuguesas mantêm (Tavora, 2012). As directivas e resoluções do Conselho de Ministros da UE, assim como os acordos entre os parceiros sociais com os governos locais, contribuíram para a promoção de emprego favorável à vivência familiar. Contudo, as licenças para faltar ao trabalho concedidas aos trabalhadores com familiares ascendentes a cargo têm ainda, na generalidade dos países europeus, muitas limitações (Comissão Europeia, 1999). No caso português, o código do

trabalho, no artigo 252º, contempla a possibilidade de trabalhador faltar, até 15 dias por ano para prestar assistência a um familiar, em caso de doença ou acidente, a cônjuge ou pessoa que viva em união de facto, parente ou afim na linha ascendente. Em caso de falta não existe pagamento dos dias de ausência pela Segurança Social (Decreto-Lei 333/95, de 23 de Dezembro). Em termos de flexibilidade de horário de trabalho não está ainda consagrado este direito para os cuidadores informais de idosos (Decreto-Lei 230/2000 de 23 de Setembro). A nível de subsídios, existe actualmente o “Complemento por Dependência” que é atribuído de acordo com o grau de dependência do idoso, no entanto o valor não poderá ser superior a 600€ e não pode ser acumulado com a remuneração do trabalho, ou seja, apenas cuidadores informais que não auferam salário podem receber o complemento por dependência (Decreto-Lei 309-A/2000 de 30 de Novembro).

Percebe-se que o sector informal é fundamental para que, caso seja vontade do idoso, permaneça no seu lar e comunidade. No âmbito do debate sobre se os apoios formais são substitutivos ou complementares dos cuidados informais, surge o conceito “*crowding-out*” em que se assume que os países com elevado nível de serviços para apoio formal a idosos dependentes têm baixos níveis de cuidados informais e apoio familiar, sendo que a fácil acessibilidade a serviços desencoraja a família de assumir os cuidados. Ao invés, “*crowding-in*” pressupõe que os países com elevados níveis de serviços para apoio formal a idosos dependentes têm elevados níveis de cuidados informais e apoio familiar, sendo que o acesso ao apoio formal estimula a família a ajudar e cuidar dos seus idosos. Daatland, *et al.* (2005) realizaram um estudo comparativo com dados do projecto OASIS aplicado em população urbana na Noruega, Inglaterra, Alemanha, Espanha e Israel (Lowenstein, *et al.*, 2003). Neste estudo concluíram que a teoria que suporta a hipótese do efeito *crowding-out* não tem confirmação nos resultados obtidos. Ao invés, observaram que os estados sociais mais generosos permitem que as famílias reorientem as suas responsabilidades para tarefas de menor sobrecarga, deixando assim os cuidados pessoais à responsabilidade dos cuidadores formais, assumindo cuidados direccionados para as actividades instrumentais, tais como a gestão do dinheiro, gestão da medicação e manutenção do contacto social. Desta forma, houve um aumento no nível global de cuidados, traçando-se um perfil misto, ou partilhado, de cuidados. Assim, as famílias devem ser apoiadas, ao invés de ameaçadas, para cuidarem dos seus membros mais idosos. Estudos realizados nos Estados Unidos

da América revelam que os utentes que recebem subsídios para terem apoio domiciliário, têm menor probabilidade de necessitarem de ser institucionalizados em lares ou residências assistidas (Ettner, 1994; Charles, *et al.*, 2005). Os vários estudos evidenciam que as políticas de cariz familiar, praticadas sobretudo nos países da Europa do Sul, não se mostram sustentáveis face ao envelhecimento da população e às alterações das estruturas familiares, havendo necessidade de perfis mistos de cuidados (Lowenstein, *et al.*, 2011).

Concluindo, em termos gerais verificaram-se na Europa importantes alterações nas estruturas familiares. Portugal e os países da Europa do Sul não ficaram imunes a este processo. A atomização dos agregados familiares, a maior volatilidade das relações conjugais, a redução da dimensão média das famílias, a diminuição da natalidade e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho alteraram substancialmente as estruturas familiares. Estas alterações tiveram também como consequência a rarefacção das solidariedades, o que contribuiu para alterações na prestação de cuidados aos idosos. Dois factores contribuíram para agravar este problema. A não distribuição das tarefas domésticas, isto é, o facto de a mulher continuar a assumir grande parte das responsabilidades familiares, e a inexistência de um desenvolvido sistema de protecção social para idosos (estando sobretudo focado na prestação de cuidados às crianças) agravam a situação na Europa do Sul em matéria de prestação de cuidados aos idosos. Por fim, a investigação mais recente aponta para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela família, quando esta está apoiada por estruturas formais de cuidados.

A discussão teórica realizada neste capítulo aponta claramente para a necessidade de estudar com maior profundidade os cuidados informais prestados aos idosos. Por um lado, estes cuidados representam na Europa do Sul a esmagadora maioria dos cuidados prestados. Por outro, as transformações verificadas em termos das estruturas familiares ao longo das últimas décadas vêm questionar a viabilidade e sustentabilidade do anterior modelo de prestação de cuidados aos idosos. Na parte empírica deste trabalho, procura-se dar resposta a estas questões. Como se irá discutir a seguir, vamos utilizar os dados disponibilizados pelo inquérito Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (ver secção 3.2). A realidade portuguesa da prestação de cuidados informais encontra-se ainda pouco estudada, sendo que o inquérito SHARE dá um

contributo fundamental para a compreender. A partir deste ponto procura-se descrever e interpretar criticamente a realidade nacional dos idosos dependentes e quem lhes presta os cuidados informais. Face ao discutido na revisão de literatura espera-se que os cuidados informais sejam prestados sobretudo por familiares, na sua maioria mulheres. No entanto, tendo em conta as alterações descritas em cima, espera-se também que haja uma fatia substancial de idosos dependentes sem qualquer tipo de apoio.

3. Metodologia

Neste capítulo pretende-se abordar o tipo de estudo, a fonte de informação, a população e amostra e variáveis em estudo, assim como os vieses e limitações deste estudo.

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é transversal, observacional e analítico, tendo como fonte de dados o inquérito por questionário aplicado no âmbito do projecto SHARE.

No presente estudo adopta-se uma metodologia quantitativa que tem por base dados secundários, isto é, informação já existente em bases de dados. Recorrer-se-á a dados fornecidos pelo inquérito por questionário do SHARE⁴. Para a concretização do trabalho projecto e prossecução dos objectivos identificados optou-se por desenvolver uma metodologia quantitativa, tendo em conta o tipo de dados disponibilizados pelo SHARE. A 4ª vaga de SHARE permite a obtenção de dados transversais para o ano de 2011 (tendo em conta que Portugal apenas participou neste projecto nesta 4ª vaga). Foi utilizado como instrumento um inquérito geral com questões sociais, económicas e de saúde, com recolha de dados por entrevista directa, no domicílio, a uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal.

Quanto aos procedimentos estatísticos a utilizar, recorre-se a dois tipos de análise. Primeiro, utilizando medidas de estatística descritiva caracteriza-se os idosos dependentes e os seus cuidadores informais. Segundo, recorrendo a medidas de análise multivariada (regressão logística binária), caracteriza-se as relações entre ter acesso a cuidados informais e um conjunto de variáveis dependentes, através da determinação de odds ratio e respectivos intervalos de confiança. Utilizou-se o software estatístico SPSS com um nível de significância de 0.5%.

⁴ Mais informações sobre este projecto podem ser obtidas em: <http://www.share-project.org.pt/>

3.2 Fonte de informação

SHARE é um projecto de investigação em grande escala, que se centra no estudo do envelhecimento, saúde e reforma de pessoas, com 50 ou mais anos, na Europa. Uma equipa de investigadores de diferentes domínios científicos e de diferentes nacionalidades fundou o consórcio SHARE, com o objectivo de obter dados comparáveis sobre o envelhecimento na Europa, fenómeno transversal a todos os países. A obtenção de dados que evidenciem a articulação entre a saúde, a dimensão psicológica, económica e social do processo de envelhecimento é crucial para a formulação de políticas ajustadas às necessidades actuais.

A primeira e segunda vaga do projecto SHARE ocorreram em 2004 e 2006, respectivamente, tendo sido inquiridos 45.000 cidadãos europeus. A terceira vaga teve lugar em 2008 e as informações recolhidas incidiram sobre os percursos de vida (SHARELIFE) dos cidadãos da Europa. Portugal e mais quatro países (Luxemburgo, Estónia, Hungria e Eslovénia) juntaram-se, pela primeira vez, ao consórcio europeu e realizaram em 2010-2011 a 4ª vaga do SHARE.

Este trabalho usa dados da 4ª vaga, série 1 de 30 de Novembro de 2012⁵. A base de dados SHARE é financiada pela Comissão Europeia através do 5º, 6º e 7º programa de enquadramento e adicionalmente pelo U.S. Institute on Aging e pelo Ministério Alemão da Educação e Investigação, bem como pelas instituições nacionais envolvidas. Em Portugal, a entidade financiadora do SHARE é o Alto Comissariado da Saúde e a UE. A coordenação científica foi assegurada pela Universidade Nova de Lisboa (Faculdade de Economia) e pela Universidade do Minho (Centro de Investigação em Ciências Sociais), a entidade responsável pela recolha da informação foi a empresa GFK.

O questionário da 4ª vaga do SHARE, utilizado no presente trabalho, engloba variáveis de saúde (auto-percepção do estado de saúde, condições de saúde, funções física e cognitiva, comportamentos de risco/saudáveis) psicológicas (saúde psicológica, bem-estar, satisfação com a sua vida), económicas (emprego, características do emprego, oportunidades de emprego após a idade da reforma, rendimento do agregado, consumo, habitação e educação) e sociais (assistência familiar, redes sociais, actividades de voluntariado).

⁵ Estes dados foram obtidos após ter solicitado acesso aos mesmos junto da Universidade de Tillburg (Holanda), que gere o acesso à base de dados.

Nesta vaga foi aplicado um inquérito por questionário programado em CAPI (Entrevista Pessoal Assistida por Computador). O questionário contém vinte módulos tendo a entrevista uma duração média de cinquenta e cinco minutos, no caso de um indivíduo solteiro, e de setenta minutos, no caso de a entrevista ser realizada a um casal.

A população alvo de SHARE é definida tanto em termos de agregado familiar como em termos individuais. Quanto ao agregado familiar, são abrangidos todos os agregados em que um dos membros tenha nascido em 1954 ou previamente, fale a língua portuguesa e que não tenha vivido fora do país ou numa instituição (tal como a prisão), durante o período do trabalho de campo. Em termos individuais a população alvo é definida como todos os indivíduos nascidos em 1954 ou previamente, que falam a língua portuguesa, e que não tenham vivido fora do país ou numa instituição (tal como a prisão), durante o período do trabalho de campo⁶.

O processo de amostragem teve por base a demografia básica dos países, tal como data de nascimento, género e área de residência, de forma a obter uma amostra probabilística.

A sociedade e a comunidade científica estão hoje mais despertas para a realidade de que o envelhecimento é um dos maiores desafios económicos e sociais do século XXI, particularmente na Europa. A panóplia de informação actualmente disponível sobre o envelhecimento é diversa, contudo os dados do questionário de SHARE, permitem a obtenção de dados recentes sobre o envelhecimento na Europa, fenómeno transversal a todos os países europeus. SHARE tem dados multidisciplinares, longitudinais (para os países que participaram nas sucessivas vagas) e de comparabilidade trans-nacional, que possibilitam trabalhar quantitativamente os dados nos domínios da saúde, *status* económicos e rede social e familiar. Assim, a selecção desta fonte de informação enquadra-se na temática do trabalho, assim como nos objectivos do projecto.

Por outro lado, a fiabilidade dos dados e a sua qualidade são fundamentais na investigação científica para a análise objectiva da situação de saúde e tomada de decisão baseada em evidência.

⁶ Em alguns países Europeus foi aplicado este questionário a idosos institucionalizados, contudo em Portugal, apenas quinze idosos nestas circunstâncias responderam ao inquérito por questionário. Dada a reduzida dimensão dessa amostra e os objectivos definidos para este trabalho, optou-se pela análise exclusiva dos cuidados informais.

3.3 População e amostra

Este estudo pretende ser um contributo para compreender as características dos idosos dependentes, dos seus cuidadores e dos aspectos que influenciam o acesso a ajuda informal.

Para a definição da população teve-se em consideração o facto de a terceira idade ter início, por definição, aos 65 anos, sendo que neste grupo se incluem “idosos bem-sucedidos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto em que vivem” (Paul *et al.*, 2005:75). Por outro lado, para a classificação da dependência, optou-se pela utilização da escala de Lawton e Brody e o Índice de Katz para a selecção das AIVD e AVD, respectivamente.

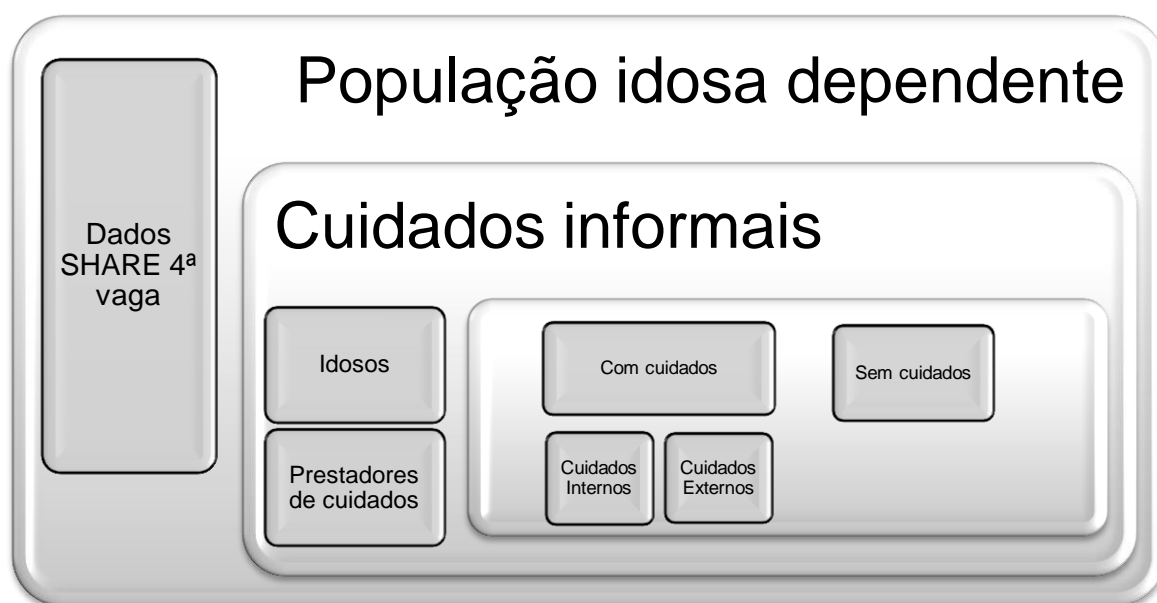
O envelhecimento das populações é indissociável do aumento da necessidade de cuidados de longa duração devido à perda de capacidade funcional, uma vez que com o evoluir da idade, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis e desenvolvem doenças crónicas incapacitantes. As doenças crónicas comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, nomeadamente pela sua perda funcional que afecta o desempenho das actividades de vida diária. As limitações funcionais referem-se às funções físicas, sensoriais ou mentais do organismo e exprime-se na dificuldade em mobilizar essas funções para desenvolver as suas actividades diárias.

As actividades de vida dividem-se em actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária, cujos principais investigadores que desenvolveram instrumentos próprios de avaliação são, respectivamente, Sydney Katz e Lawton e Brody. O índice de Katz e a escala de Lawton e Brody são os instrumentos, considerados pela literatura mais fiáveis e com validade testada, assim como os mais adequados para o diagnóstico, previsão e descrição de dependência (Law, *et al.*, 1989). As AVD, de acordo com o Índice de Katz, compreendem actividades funcionais relacionadas com o autocuidado no âmbito de alimentação; tomar banho; vestir-se; ir à casa de banho; mobilizar-se ou transferir-se e controlar os esfíncteres (Katz, 1970; Oliveira Duarte, *et al.*, 2007). A dependência em apenas uma actividade de vida diária é bastante incapacitante para um idoso. Assim, o idoso dependente requer a ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades, pelo que é inevitável a necessidade de apoio de cuidados formais ou informais na gestão do

seu quotidiano. Por outro lado, há idosos que se mantêm independentes nas suas AVD, contudo não têm a capacidade de realizar chamadas telefónicas; gerir o seu dinheiro; efectuar compras; tomar medicamentos; preparar uma refeição quente; usar um mapa para saber como se deslocar num sítio desconhecido e fazer trabalho doméstico ou jardinagem, sendo assim dependentes nas AIVD, segundo a escala de Lawton e Brody (Lawton, *et al.*, 1969). Em suma, considera-se idosos dependentes, todos aqueles que tinham dependência em pelo menos uma AVD ou AIVD. Assim, estabeleceu-se que a população em estudo são as pessoas com 65 ou mais anos, com dependência em pelo menos uma AVD ou AIVD.

Por último, uma vez que se pretende compreender a diferença entre aqueles que sendo dependentes obtêm ajuda e aqueles que não obtêm, analisa-se também de forma comparativa diferentes subgrupos da amostra: idosos que têm ou não ajuda e, a origem de cada tipo de ajuda (interna ou externa). Ajuda interna é entendida como toda a ajuda informal prestada num contexto de co-residência, enquanto ajuda externa é definida como toda a ajuda informal prestada por alguém a residir fora da residência do idoso (Figura 2). Sumariamente, a nossa amostra contempla todos os indivíduos com 65 ou mais anos, dependentes em pelo menos uma AVD ou AIVD.

Figura 2 – Enquadramento metodológico



3.4 Variáveis em estudo

De acordo com o descrito no capítulo dos objectivos, foram seleccionadas as variáveis que constam na Tabela 2. De referir que face à necessidade de ter um número de indivíduos suficiente em cada categoria, houve necessidade de juntar classes quando realizada a modelização através da regressão logística bivariada.

Tabela 2 – Operacionalização das variáveis

Grupo	Variável	Tipo	Categorias análise descritiva	Categorias regressão logística
Demográfico	Idade	Ordinal	65-69 anos	65-69 anos
			70-74 anos	70-74 anos
			75-80 anos	75-80 anos
			84-84 anos	84-84 anos
			85-99 anos	85-99 anos
	Estado Civil	Nominal	Casado e a viver com o cônjuge ou união de facto	A viver com o cônjuge
			Casado, mas a viver separado do cônjuge	A viver sem cônjuge
			Nunca foi casado	
			Divorciado	
			Viúvo	
	Género	Nominal	Masculino	Masculino
			Feminino	Feminino
	Nível de ensino mais elevado que frequentou	Ordinal	Ainda não completou nenhum nível de ensino	Ainda não completou nenhum nível de ensino
			Ensino Básico 1º ciclo	Ensino Básico 1º ciclo
			Ensino Básico 2º ciclo	Ensino Básico 2º ciclo e 3º ciclo
			Ensino Básico 3º ciclo	
			Ensino Secundário e Pós-secundário	Ensino Secundário e Pós-secundário
			Ensino Superior	Ensino Superior
	Número de filhos	Ordinal	0 filhos	0 filhos
			1 filho	1 filho
2 filhos			2 filhos	
3 filhos			3 ou mais filhos	
4 filhos				
5 filhos				
6 ou mais filhos				

Residencial	Área de residência	Nominal	Numa grande cidade	Espaço urbano
			Nos subúrbios ou na periferia de uma grande cidade	
			Numa vila grande ou pequena	
			Numa aldeia ou zona rural	
Tipo de edifício	Nominal	Quinta	Quinta	
		Moradia	Moradia	
		Edifício	Edifício	
Saúde	Limitações sentidas nas actividades diárias	Ordinal	Não limitado	Não limitado ou limitado, mas não severamente
			Limitado, mas não severamente	
			Limitado severamente	Limitado severamente
	Presença de doença crónica	Nominal	Sim	Sim
Não			Não	
Cuidador	Parentesco	Nominal	Filho ou filha	Estas variáveis não são utilizadas na regressão logística
			Irmão ou irmã	
			Marido ou mulher	
			Nora ou genro	
			Vizinho ou vizinha	
			Outro parente	
			Empregada doméstica	
			Neto ou neta	
	Amigo ou amiga			
	Frequência de cuidados	Ordinal	Cuidados diários	
			Cuidados semanais	
			Cuidados mensais	
			Cuidados pouco frequentes	
	Proximidade geográfica	Ordinal	Na mesma casa	
No mesmo prédio				
A menos de 1 km				
Entre 1 a 5 km				
Entre 5 a 25 km				

Na Tabela 3 associa-se a cada variável, quer os objectivos (gerais e específicos), quer a metodologia utilizada. O primeiro objectivo corresponde à caracterização da população com idade superior a 65 anos e dependente em pelo menos uma AIVD ou AVD, quer no que respeita aos idosos que não têm ajuda informal, quer aos que recebem ajuda. O segundo diz respeito à caracterização dos prestadores informais de cuidados de longa duração em Portugal e o terceiro a identificar os factores que mais influenciam a acessibilidade a cuidados informais entre os idosos dependentes.

Tabela 3 – Operacionalização dos objectivos do estudo

Objectivo geral	Objectivo específico	Variável	Metodologia
Compreender a realidade demográfica, de saúde e dependência funcional dos idosos alvo de cuidados informais em Portugal.	Caracterizar a população dependente, tendo em conta o género, idade, estado civil, área e tipo de edifício em que residem, número de filhos, escolaridade, doença crónica e limitações sentidas nas suas actividades diárias.	Género	Estatística descritiva
		Idade	
		Estado civil	
		Nível de ensino mais elevado que frequentou	
		Número de filhos	
		Presença de doença crónica	
		Limitação sentida nas actividades diárias	
		Área de residência	
		Tipo de edifício	
Conhecer a situação actual dos prestadores informais de cuidados de longa duração em Portugal.	Analisar as características do cuidador informal tendo em conta o grau de parentesco, a proximidade geográfica, o género e a frequência de cuidados.	Grau de parentesco	Estatística descritiva
		Proximidade geográfica	
		Género	
		Frequência de cuidados informais	
Discutir os aspectos que mais influenciam a acessibilidade a cuidados informais entre os idosos dependentes em Portugal.	Identificar quais as variáveis que explicam o acesso a ajuda informal entre os idosos dependentes e o tipo de relação existente.	Género	Regressão logística
		Idade	
		Estado civil	
		Nível de ensino mais elevado que frequentou	
		Número de filhos	
		Presença de doença crónica	
		Limitação sentida nas actividades diárias	
		Área de residência	
		Tipo de edifício	

3.5 Viéses e limitações

O presente trabalho utiliza a base de dados da 4ª vaga de SHARE. Considera-se que esta base de dados constitui uma fonte de informação bastante relevante. Para além de, pela primeira vez, conter dados sobre Portugal, disponibiliza informação estatística sobre os cuidados informais. No entanto, existem algumas limitações relativas a estes dados que devem ser tidas em conta.

Em primeiro lugar, como a sub-amostra trabalhada neste estudo tem a dimensão de 367 casos (ver secção 4), ao longo deste estudo, ir-se-á verificar que no caso de algumas variáveis, existem poucos casos para cada categoria. Este

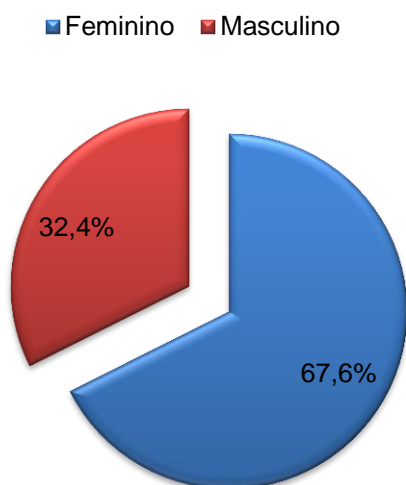
problema far-se-á sentir sobretudo quando se separa o grupo dos idosos dependentes em: idosos que não recebem ajuda; que recebem ajuda externa; ou que recebem ajuda interna. No entanto, quer nessa parte, quer na análise multivariada, recodificamos algumas variáveis com vista a solucionar este problema.

Em segundo, na caracterização das actividades de vida diária utiliza-se o Índice de Katz. Embora existam dados sobre a capacidade funcional (transferir-se; ir à casa de banho; alimentar-se; vestir-se e tomar banho), quanto à capacidade de controlo de esfíncteres, a base de dados não disponibiliza nenhuma variável que permita medir este aspecto. No entanto, vários estudos internacionais utilizam apenas os cinco aspectos relativos à capacidade funcional para a descrição das actividades de vida diárias. Quando às actividades instrumentais de vida diária teve-se como referência a escala de Lawton e Brody, sendo que todos os indicadores estão presentes na base de dados.

4. Caracterização dos idosos dependentes

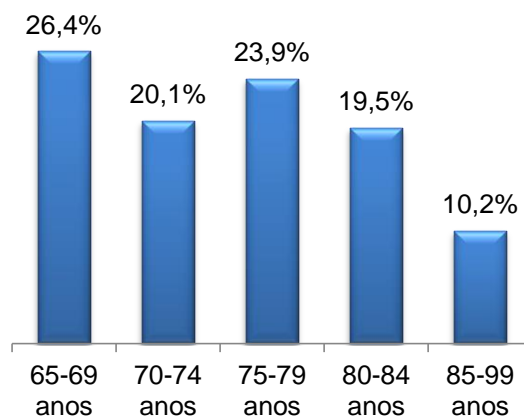
A base de dados inicial é constituída por 2080 indivíduos, de ambos os sexos, nascidos em 1954 ou anteriormente. Depois de aplicados os critérios de inclusão o (população com idade superior a 65 anos e com pelo menos dependência numa AVD ou AIVD), o nosso universo de análise passa a ser constituído por 367 indivíduos⁷. De referir que na base de dados inicial existem 994 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, pelo que o universo de idosos dependentes com 65 anos ou mais corresponde a 36.92% da amostra. Nesta amostra, os idosos são maioritariamente do sexo feminino (67.6%) (Figura 3). As suas idades estão compreendidas entre os 65 e 99 anos, sendo que o escalão etário dos 65 aos 69 anos é maior (26.4%) (Figura 4). Em termos conjugais, 66.5% destes idosos são casados ou vivem em união de facto e encontram-se a viver com o seu cônjuge. Realça-se também que 27% destes idosos são viúvos e que, entre os casados, apenas 0.5% vive separado do seu cônjuge. Consequentemente conclui-se que 33.5% destes idosos vivem sem cônjuge (Figura 5).

Figura 3 - Género dos idosos dependentes



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

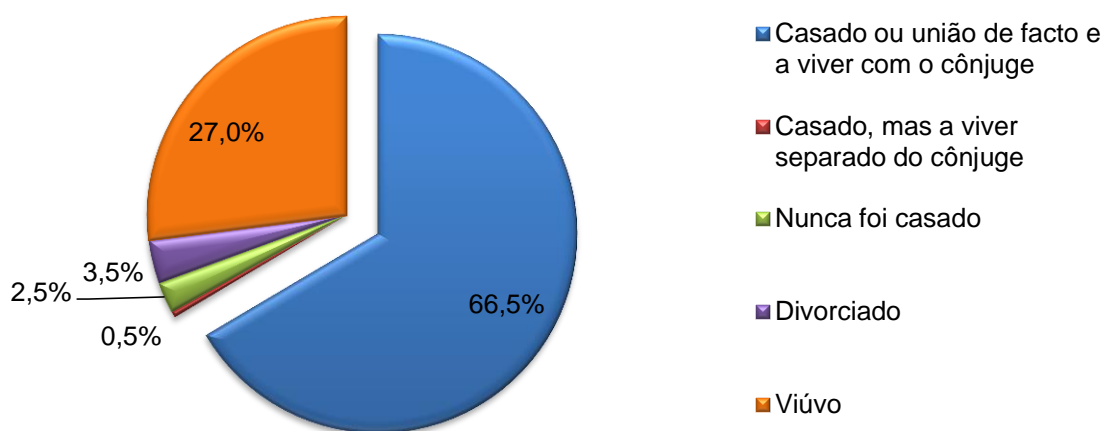
Figura 4 - Idade dos idosos dependentes



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

⁷ Em anexo encontra-se a Tabela A1 com os resultados de estatística descritiva

Figura 5 - Estado civil dos idosos dependentes



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

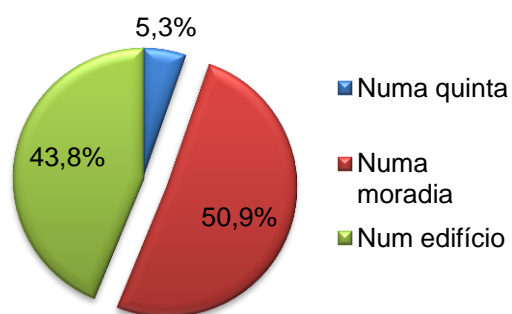
Quanto ao número de filhos, a maioria (34.1%) tem dois filhos e 18.1% tem três ou mais filhos (Tabela 4). Em termos residenciais, 50.9% destes idosos vivem em moradias, 43.8% em edifícios e somente 5.3% em quintas (Figura 6). A maioria dos idosos vive em grandes cidades (41.6%) e 30.5% vive em aldeias (Figura 7), o que reflecte o êxodo rural, por um lado, mas também a manutenção de uma parte considerável das classes etárias mais idosas no campo, por outro

Tabela 4 – Número de filhos dos idosos dependentes

Número de filhos vivos	%
0 filhos	9.2
1 filho	23.7
2 filhos	34.1
3 filhos	14.9
4 filhos	7.2
5 filhos	3.6
6 ou mais filhos	7.2

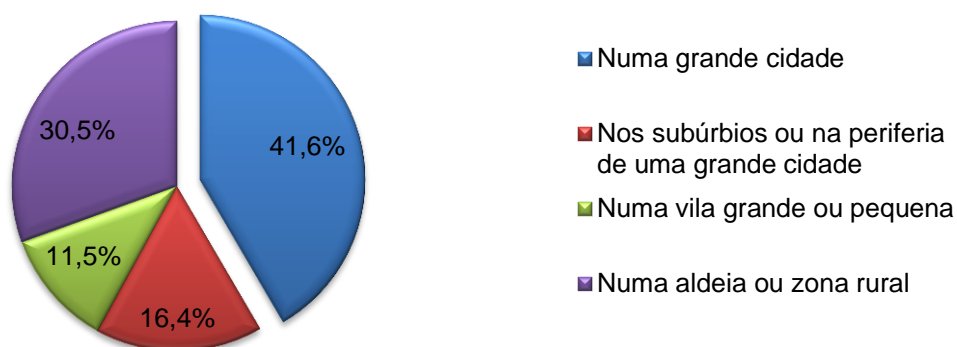
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 6 - Tipo de edifício dos idosos dependentes



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 7 - Tipo de área de residência dos idosos dependentes



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

. Respectivamente à escolaridade, maioritariamente estes idosos frequentaram o 1º ciclo do ensino básico (52.6%) e de salientar que 23.3% não completou nenhum nível de ensino, constatando-se que os níveis de escolaridade são muito baixos (Tabela 5).

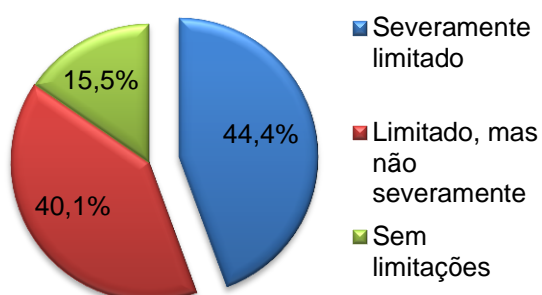
Tabela 5 – Escolaridade dos idosos dependentes

Nível de ensino mais elevado que completou	%
Ainda não completou nenhum nível de ensino/ a estudar	23.3
Ensino Básico 1º ciclo	52.6
Ensino Básico 2º ciclo	6.0
Ensino Básico 3º ciclo	7.1
Ensino Secundário e Pós-secundário	5.2
Ensino Superior (Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento)	5.8

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

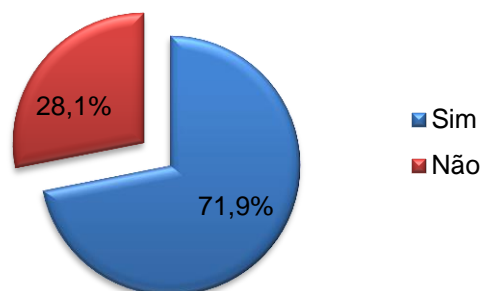
A nível de saúde verifica-se que 84.5% destes idosos se sentem limitados, dos quais 44.4% se sente severamente limitado. Contudo, apenas 15.5% não sente ter limitações (Figura 8). A maioria dos idosos dependentes (71.9%) refere ter pelo menos uma doença crónica (Figura 9).

Figura 8 - Idosos dependentes com limitações sentidas nas actividades diárias



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 9 - Idosos dependentes portadores de doença crónica



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Assim, pode constatar-se que a população idosa dependente em pelo menos uma AVD ou AIVD é maioritariamente constituída por mulheres; por ter uma idade compreendida entre os 65 e os 69 anos; ser casada ou viver em união de facto e a residir com o seu cônjuge; ter dois filhos; viver em moradias localizadas nas cidades; possuir baixos níveis de escolaridade; sentir limitações severas nas suas actividades diárias e ter doença crónica.

De seguida, por se considerar fundamental não só descrever o universo dos idosos dependentes, mas sobretudo analisar as diferenças entre os dependentes que não têm ajuda e os que têm, ir-se-á descrever através de três etapas as seguintes situações: os idosos dependentes que não têm ajuda informal; os idosos dependentes que recebem ajuda informal externa; e os idosos dependentes que recebem ajuda informal interna. Por fim, sintetizar-se-á a caracterização dos três tipos de cuidados.

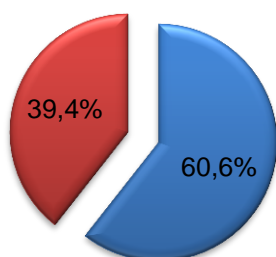
4.1 Idosos dependentes que não têm ajuda informal

Quanto aos idosos dependentes em pelo menos uma AVD ou AIVD, 109 idosos (29.7%) não recebem qualquer tipo de ajuda de cuidadores informais. A maioria destes idosos (60.6%) é do sexo feminino (Figura 10), ainda que seja necessário ter em conta que a proporção das mulheres entre os idosos dependentes já fosse mais elevada. As suas idades estão compreendidas entre os 65 e os 89 anos, sendo que 31.2% se encontra na faixa etária dos 65 aos 69 anos (Figura 11). Em termos

conjugais, 77.1% destes idosos são casados ou vivem em união de facto e encontram-se a viver com o seu cônjuge, sendo que 18.3% são viúvos. Pode-se também constatar que 22.9% destes idosos vivem sem cônjuge (Figura 12).

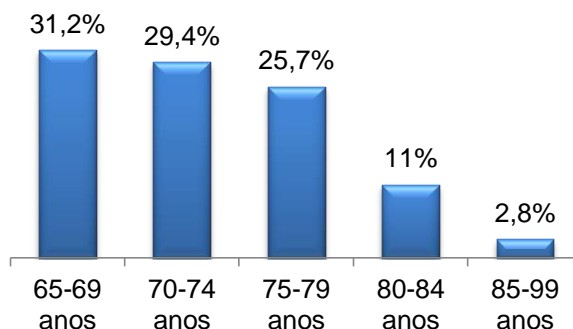
Figura 10 - Género dos idosos que não recebem ajuda informal

■ Feminino ■ Masculino



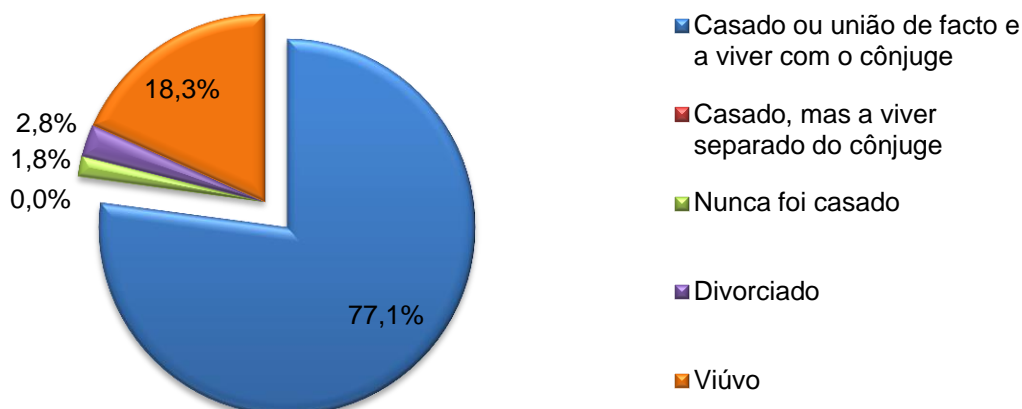
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 11 - Idade dos idosos que não recebem ajuda informal



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 12 - Estado civil dos idosos que não recebem ajuda informal



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

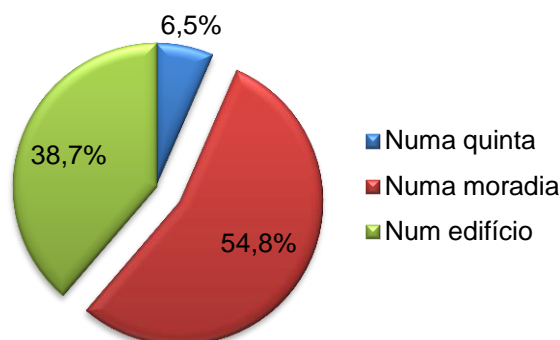
Quanto ao número de filhos, a maioria (38.5%) tem dois filhos e 34.9% tem três ou mais filhos (Tabela 6). Em termos residenciais, 54.8% destes idosos vivem em moradias, 38.7% vivem em edifícios e somente 6.5% vivem em quintas (Figura 13). Quanto à área de residência, existe preponderância de residência em grandes cidades (38.7%) e 32.3% vive em aldeias (Figura 14).

Tabela 6 – Número de filhos dos idosos que não recebem ajuda informal

Número de filhos vivos	%
0 filhos	3,7
1 filho	22,9
2 filhos	38,5
3 filhos	17,4
4 filhos	9,2
5 filhos	2,8
6 ou mais filhos	5,5

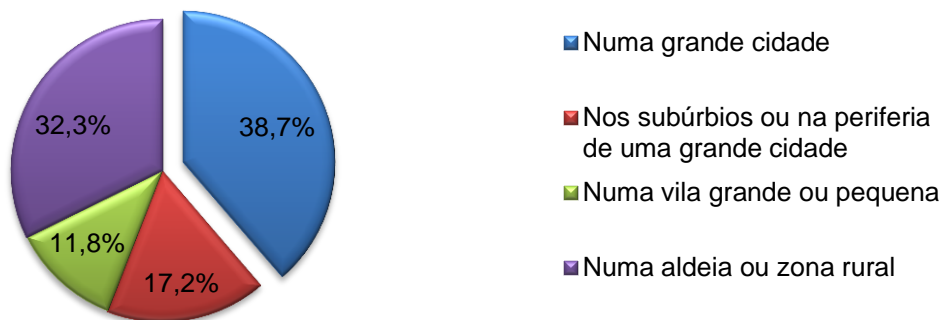
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 13 - Tipo de edifício dos idosos que não recebem ajuda informal



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 14 - Tipo de área de residência dos idosos que não recebem ajuda informal



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Respectivamente à escolaridade, maioritariamente os idosos frequentaram o 1º ciclo do ensino básico (56.9%) e de salientar que 20,2% não completou nenhum nível de ensino, constatando-se que os níveis de escolaridade são muito baixos (Tabela 7).

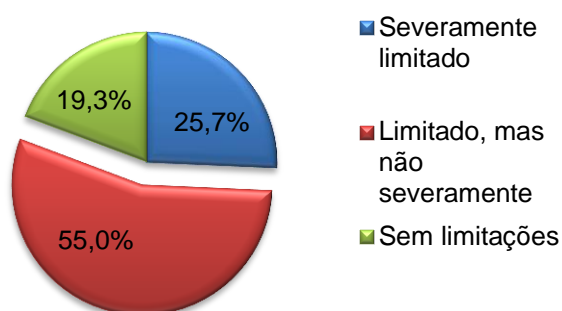
Tabela 7 – Escolaridade dos idosos que não recebem ajuda informal

Nível de ensino mais elevado que completou	%
Ainda não completou nenhum nível de ensino/ a estudar	20.2
Ensino Básico 1º ciclo	56.9
Ensino Básico 2º ciclo	7.3
Ensino Básico 3º ciclo	3.7
Ensino Secundário e Pós-secundário	4.6
Ensino Superior (Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento)	7.3

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

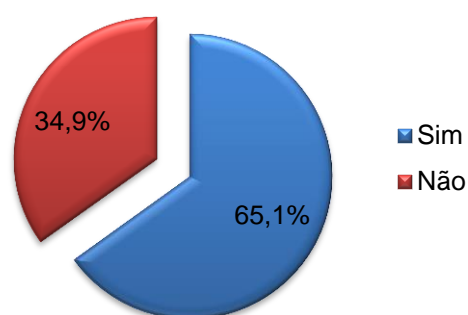
A nível de saúde verifica-se que 80.7% destes idosos se sente limitado, dos quais 25.7% se sente severamente limitado e 19.3% não sente ter limitações (Figura 15). De salientar que a percentagem de idosos que se sentem limitados é muito elevada entre aqueles que não têm ajuda. Por último, a maioria dos idosos dependentes (65.1%) refere ter pelo menos uma doença crónica (Figura 16).

Figura 15 - Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que não recebem ajuda informal



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 16 - Idosos que não recebem ajuda informal portadores de doença crónica



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em síntese, perfila-se que a população idosa dependente e sem ajuda informal é maioritariamente constituída por mulheres; terem uma idade compreendida entre os 65 e os 69 anos; serem casadas ou viverem em união de facto e a residir com o seu cônjuge; terem dois filhos; viverem em moradias localizadas nas cidades; possuírem baixos níveis de escolaridade; sentirem limitações, mas não severas nas suas actividades diárias, e terem doença crónica.

4.2 Idosos dependentes que recebem ajuda informal

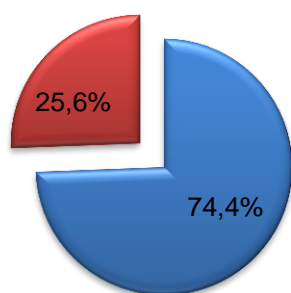
Sobre os idosos dependentes que recebem ajuda informal, optou-se por fazer uma divisão entre os que recebem ajuda externa e os que recebem ajuda interna. Como referido anteriormente, ajuda interna é entendida como toda a ajuda informal prestada num contexto de co-residência, enquanto ajuda externa é definida como toda a ajuda informal prestada por alguém a residir fora da residência do idoso.

4.2.1 Idosos dependentes que recebem ajuda informal externa

Em relação aos idosos dependentes que recebem ajuda externa (46.7% dos idosos dependentes), estes são predominantemente do sexo feminino (74.4%) (Figura 17). As suas idades estão compreendidas entre os 65 e os 99 anos, sendo que 28.9% se encontra na faixa etária dos 75 aos 79 anos (Figura 18). Contrariamente aos idosos que não têm ajuda, é nas faixas etárias mais idosas que se concentram os idosos que têm ajuda.

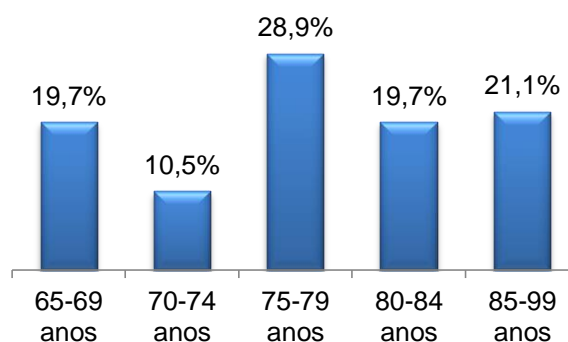
Figura 17 - Género dos idosos que recebem ajuda informal externa

■ Feminino ■ Masculino



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

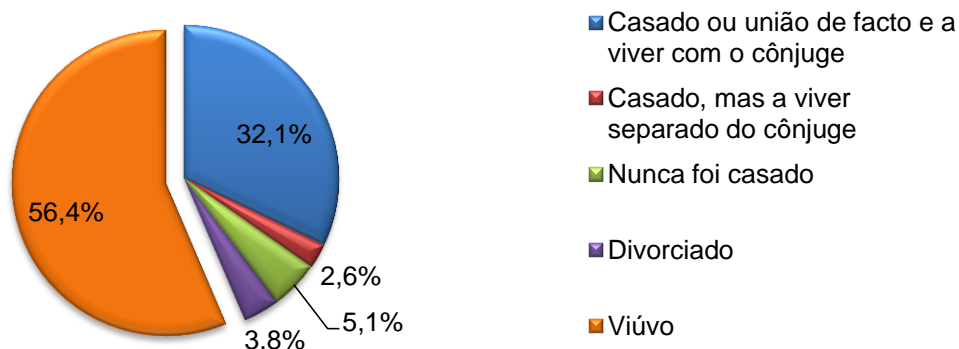
Figura 18 - Idade dos idosos que recebem ajuda informal externa



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em termos conjugais, 32.1% dos idosos são casados ou vivem em união de facto e encontram-se a viver com o seu cônjuge, mas a maioria é viúva (56.4%). Em comparação com os idosos que não têm ajuda, são predominantemente os idosos que vivem sem cônjuge (67.9%) que têm ajuda externa (Figura 19).

Figura 19 - Estado Civil dos idosos que recebem ajuda informal externa



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

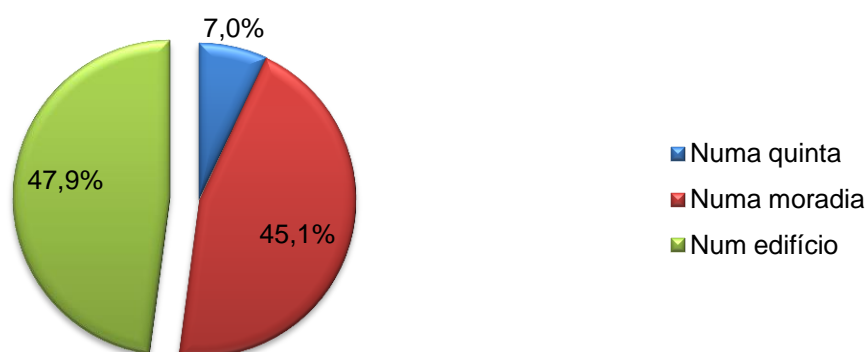
Quanto ao número de filhos a maioria dos idosos (55.9%) tem um ou dois filhos e 36.4% dos idosos tem três ou mais filhos (Tabela 8). Neste aspecto, não se observam diferenças significativas dos idosos que não têm ajuda. Em termos residenciais, 45.1% dos idosos vivem em moradias, 47.9% vivem em edifícios e somente 7% vivem em quintas (Figura 20). Quanto à área de residência, existe preponderância de residência em grandes cidades (47.9%) e 25.4% vive em aldeias (Figura 21). Pode observar-se que em relação aos idosos que não recebem ajuda há maioritariamente mais idosos que recebem ajuda externa a residir nas cidades e meios urbanos.

Tabela 8 – Número de filhos dos idosos com ajuda informal externa

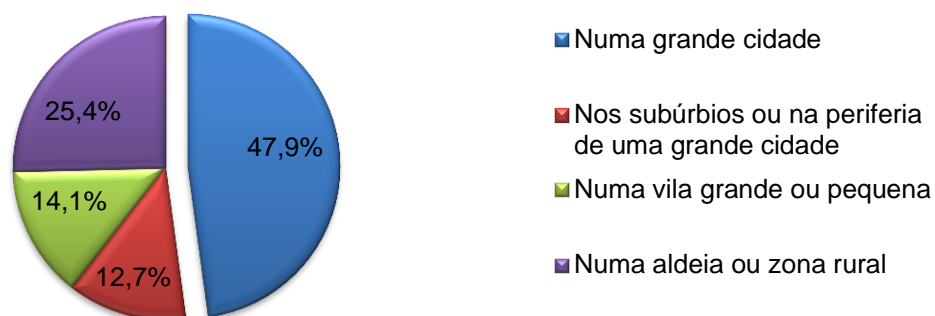
Número de filhos vivos	%
0 filhos	7.8
1 filho	27.3
2 filhos	28.6
3 filhos	15.6
4 filhos	5.2
5 filhos	5.2
6 ou mais filhos	10.4

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 20 - Tipo de edifício dos idosos que recebem ajuda informal externa



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 21 - Tipo de área de residência dos idosos que recebem ajuda informal externa

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

No que diz respeito à escolaridade, estes idosos maioritariamente frequentaram o 1º ciclo do ensino básico (50%) e salienta-se que 27.6% não completou nenhum nível de ensino, constatando-se que os níveis de escolaridade se mantêm, tal como nos idosos que não recebem ajuda, em níveis baixos de escolaridade (Tabela 9).

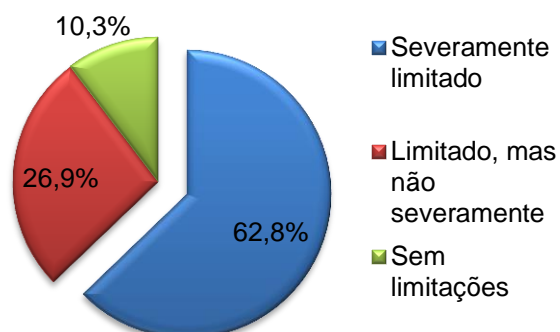
Tabela 9 – Escolaridade dos idosos que recebem ajuda informal externa

Nível de ensino mais elevado que completou	%
Ainda não completou nenhum nível de ensino/ a estudar	27.6
Ensino Básico 1º ciclo	50
Ensino Básico 2º ciclo	7.9
Ensino Básico 3º ciclo	3.9
Ensino Secundário e Pós-secundário	7.9
Ensino Superior (Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento)	2.6

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

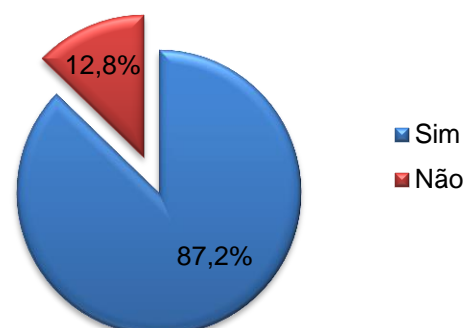
A nível de saúde verifica-se que 89.7% destes idosos se sente limitado, dos quais 62.8% se sente severamente limitado e 10.3% não sente ter limitações (Figura 22). De salientar que a percentagem de idosos que se sentem limitados é muito elevada e que a percentagem de idosos que se sente severamente limitado é significativamente mais elevado que nos idosos que não têm ajuda. A maioria dos idosos dependentes (87.2%) refere ter pelo menos uma doença crónica (Figura 23), o que é novamente significativamente mais elevado que nos idosos que não têm ajuda.

Figura 22 - Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que recebem ajuda informal externa



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 23 - Idosos que recebem ajuda informal externa portadores de doença crónica



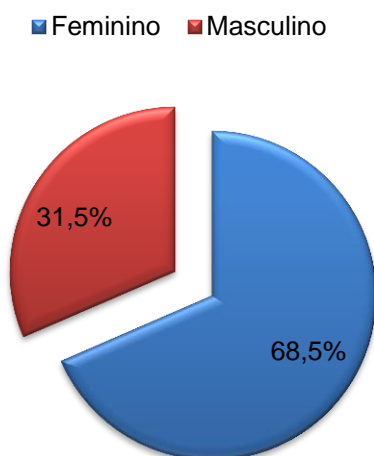
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em suma, verifica-se que a população idosa dependente e com ajuda informal externa é maioritariamente constituída por mulheres; com uma idade compreendida entre os 75 e os 79 anos; viúvas; por ter três ou mais filhos; viver em edifícios localizadas nas cidades; possuir baixos níveis de escolaridade; sentir limitações severas nas suas actividades diárias e ter doença crónica.

4.2.2 Idosos dependentes que recebem ajuda informal interna

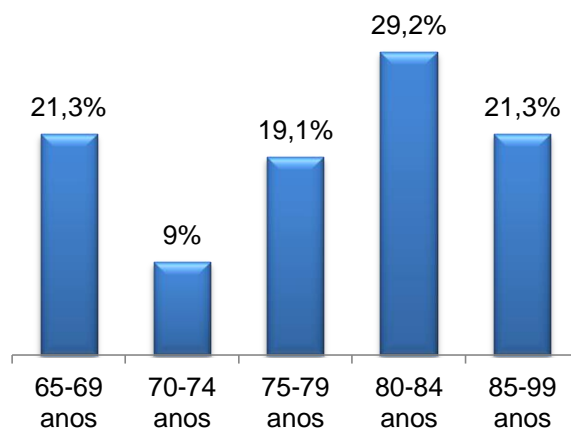
Em relação aos idosos dependentes que recebem ajuda interna (53.3% dos idosos dependentes), são predominantemente do sexo feminino (68.5%) (Figura 24). As suas idades estão compreendidas entre os 65 e os 99 anos, sendo que 29.2% se encontra na faixa etária dos 80 aos 84 anos (Figura 25). Contrariamente aos idosos que não têm ajuda, é nas faixas etárias mais idosas que se concentram os idosos que têm ajuda interna. Em termos conjugais, a maioria (74.2%) dos idosos são casados ou vivem em união de facto e encontram-se a viver com o seu cônjuge, ao invés, somente 21.3% dos idosos são viúvos (Figura 26). Em comparação com os idosos que têm ajuda externa, são predominantemente os que vivem com cônjuge que têm ajuda interna, assemelhando-se ao padrão dos idosos que não têm ajuda.

Figura 24 - Género dos idosos que recebem ajuda informal interna



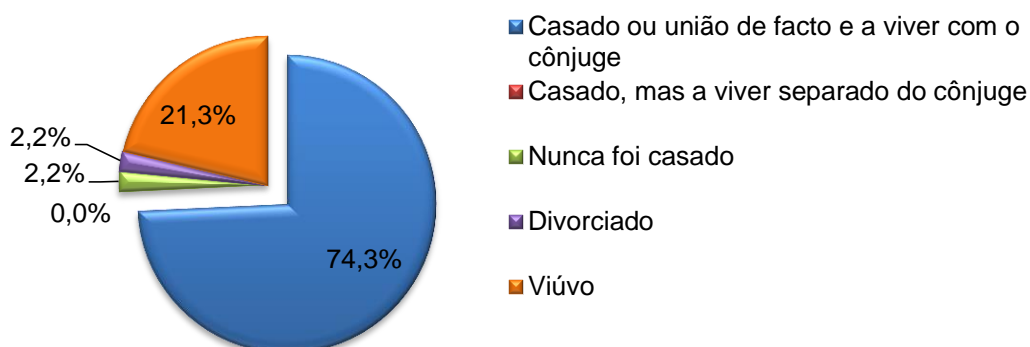
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 25 - Idade dos idosos que recebem ajuda informal interna



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 26 - Estado civil dos idosos que recebem ajuda informal interna



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Quanto ao número de filhos, a maioria destes idosos (54.1%) tem um ou dois filhos e 16.7% não tem filhos (Tabela 10). Comparado com os idosos que não têm ajuda ou têm ajuda externa, a percentagem de idosos que não têm filhos é mais do dobro. Neste aspecto, não se observam diferenças significativas dos idosos que não têm ajuda. Em termos residenciais, 47.7% dos idosos vivem em moradias, 50% vivem em edifícios e somente 2.3% vivem em quintas (Figura 27). Quanto à área de residência, existe preponderância de residência em grandes cidades (43.2%) e 31.8% vive em aldeias (Figura 28). Pode observar-se que, comparativamente com

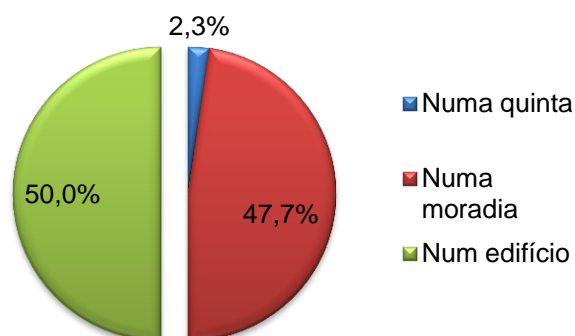
os idosos que recebem ajuda externa há mais idosos dependentes que recebem ajuda interna a residir em aldeias.

Tabela 10 – Número de filhos dos idosos que recebem ajuda informal interna

Número de filhos vivos	%
0 filhos	16.7
1 filho	20.8
2 filhos	33.3
3 filhos	6.3
4 filhos	2.1
5 filhos	6.3
6 ou mais filhos	14.6

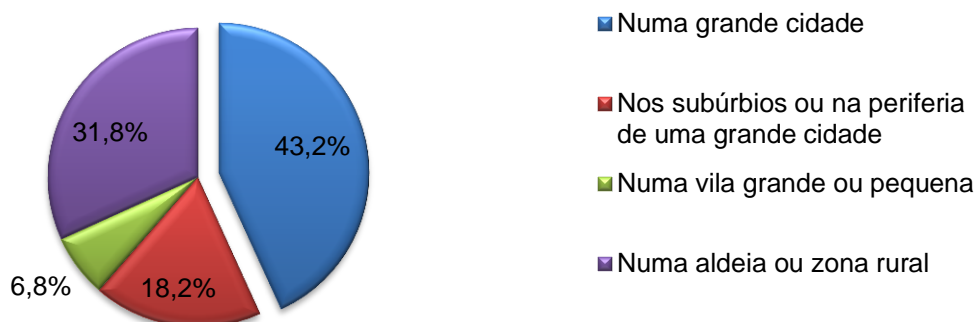
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 27 - Tipo de edifício dos idosos que recebem ajuda informal interna



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 28 - Tipo de área de residência dos idosos que recebem ajuda informal interna



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

No que diz respeito à escolaridade, maioritariamente os idosos frequentaram o 1º ciclo do ensino básico (53.4%) e de salientar que 21.6% não completou nenhum nível de ensino, constatando-se que os níveis de escolaridade se mantêm, tal como nos idosos que não recebem ajuda ou nos que recebem ajuda externa, em níveis baixos (Tabela 11). A nível de saúde verifica-se que 94.4% dos idosos se sente limitado, dos quais 75.3% se sente severamente limitado e 5.6% não sente ter limitações (Figura 29). De salientar que a percentagem de idosos que se sentem limitados é mais elevada que no caso dos idosos que não têm ajuda ou têm ajuda

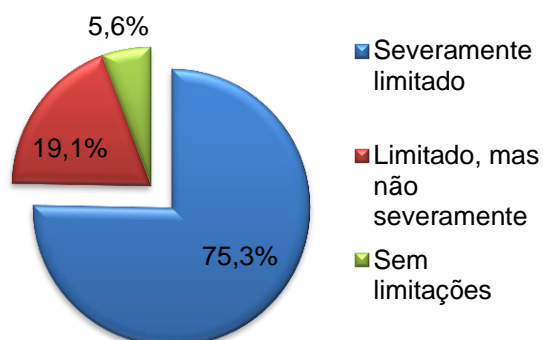
externa, ou seja, são os idosos com mais limitações que têm ajuda interna. A maioria dos idosos (86,5%) refere ter pelo menos uma doença crónica (Figura 30), o que é novamente significativamente mais elevado que nos idosos que não têm ajuda.

Tabela 11 – Escolaridade dos idosos que recebem ajuda informal interna

Nível de ensino mais elevado que completou	%
Ainda não completou nenhum nível de ensino/ a estudar	21.6
Ensino Básico 1º ciclo	53.4
Ensino Básico 2º ciclo	5.7
Ensino Básico 3º ciclo	9.1
Ensino Secundário e Pós-secundário	5.7
Ensino Superior (Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento)	4.5

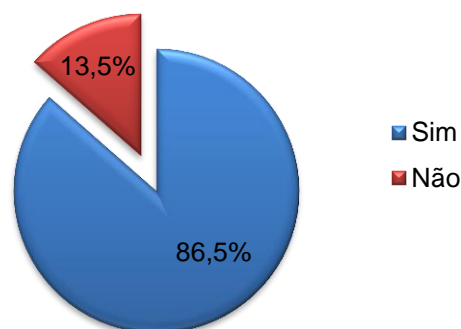
Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 29 - Limitações sentidas nas actividades diárias pelos idosos que recebem ajuda informal interna



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 30 - Idosos que recebem ajuda informal interna portadores de doença crónica



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Sumariamente, constata-se que a população idosa dependente e com ajuda informal interna é maioritariamente constituída por mulheres; com uma idade compreendida entre os 80 e os 84 anos; casadas ou a viver em união de facto e encontram-se a viver com o seu cônjuge; com dois filhos; a viver em edifícios localizados nas cidades; com baixos níveis de escolaridade; que sentem limitações severas nas suas actividades diárias e têm doença crónica.

4.3 Análise comparativa dos perfis dos idosos dependentes

A Tabela 12 sintetiza as categorias que melhor discriminam cada um dos perfis (idosos dependentes, idosos dependentes sem ajuda, idosos dependentes com ajuda informal interna ou externa). Esta tabela resulta da análise feita nas últimas duas secções e permite contrastar cada uma das situações descritas anteriormente.

Embora as mulheres sejam maioritárias em todas as situações, a proporção tende a ser maior entre os idosos dependentes que recebem ajuda externa. Não será alheio a este facto, a especial vulnerabilidade das mulheres e a tendência para uma maior limitação funcional, assim como a sua maior esperança de vida e, portanto, uma maior probabilidade de enviuvarem e não terem acesso a ajuda informal de um co-residente. Relativamente à idade, por um lado, os idosos que recebem ajuda tendem a ser mais velhos, por outro lado, entre estes, os que recebem ajuda interna são os mais idosos. Tal está relacionado com o facto de as faixas etárias mais velhas, serem conseqüentemente as mais limitadas, e que carecem de cuidados mais frequentes e uma supervisão constante nas suas actividades diárias, isto é, os mais dependentes tendem a residir com os seus principais cuidadores. Quanto ao estado civil, o aspecto mais saliente é o facto de, entre os que recebem ajuda externa, a maioria serem viúvos. Na sua origem, é a ausência de um cônjuge que influencia o acesso a cuidados informais externos, ou seja, não podendo recorrer ao cônjuge, a probabilidade de recorrer a um cuidador no exterior da sua residência aumenta. Relativamente ao número de filhos, verifica-se que os que recebem ajuda externa diferem dos restantes. Na verdade, estes caracterizam-se por terem três ou mais filhos. Assim, parece existir uma tendência para que os que têm mais filhos recebam ajuda externa. No caso do alojamento existe uma clara distinção. Enquanto os que não recebem ajuda vivem maioritariamente em moradias, os que recebem, vivem em edifícios. Este facto parece estar relacionado com a área de residência, tendo em conta que sobretudo entre os que recebem ajuda externa, vivem em grandes cidades e provavelmente a uma distância menor dos seus cuidadores externos. Em termos de limitações sentidas nas actividades diárias, são os limitados, mas não severamente que não têm acesso à ajuda informal. Quanto aos idosos que recebem ajuda, a percentagem de idosos severamente limitados é substancialmente superior entre aqueles que recebem ajuda interna, comparativamente com os que recebem ajuda externa.

Assim, são os idosos com maiores limitações que têm um cuidador no domicílio e portanto, uma maior e mais permanente frequência de cuidados. Em relação à variável ser portador de doença crónica, a percentagem de doentes crónicos é consideravelmente inferior entre aqueles que não recebem ajuda, comparativamente com os que recebem ajuda, seja de origem interna ou externa. Contudo, é de realçar que mesmo os idosos que não recebem ajuda têm uma percentagem muito elevada de presença de doença crónica.

Tabela 12 – Categorias discriminantes em cada um dos perfis de idosos dependentes

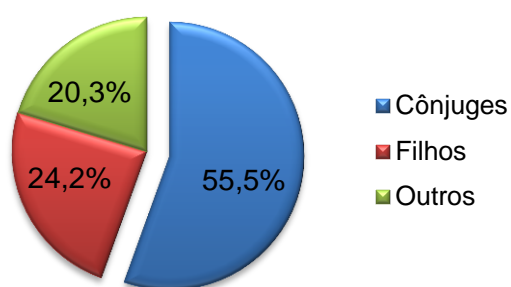
	Idosos dependentes (total)	Idosos dependentes sem ajuda	Idosos dependentes com ajuda	
			Interna	Externa
Género	Mulheres (67.9%)	Mulheres (60.6%)	Mulheres (68.5%)	Mulheres (74.4%)
Idade	65-69 anos (26.4%)	65-69 anos (31.2%)	80-84 (29.2%)	75-79 (28.9%)
Estado civil	Casado e a viver com cônjuge (66.5%)	Casado e a viver com cônjuge (77.1%)	Casado e a viver com cônjuge (74.2%)	Viúvo (56.4%)
Número de filhos	Dois filhos (34.1%)	Dois filhos (34.9%)	Dois filhos (33.3%)	Três ou mais filhos (36.4%)
Tipo de Edifício	Moradia (50.9%)	Moradia (54.8%)	Edifício (50%)	Edifício (47.9%)
Área de residência	Grande cidade (41.6%)	Grande cidade (38.7%)	Grande cidade (43.2%)	Grande cidade (47.9)
Escolaridade	1º ciclo (52.6%)	1º ciclo (56.9%)	1º ciclo (53.4%)	1º ciclo (50%)
Limitações sentidas nas actividades diárias	Severamente (44.4%)	Limitado, mas não severamente (55%)	Severamente (75.3%)	Severamente (62.8%)
Ser portador de doença crónica	Sim (71.9%)	Sim (65.1%)	Sim (86.5%)	Sim (87.2%)

5. Caracterização dos cuidadores informais

A partir do universo de idosos dependentes considerou-se interessante analisar igualmente os seus cuidadores em termos de frequência de cuidados, parentesco, género e proximidade geográfica.

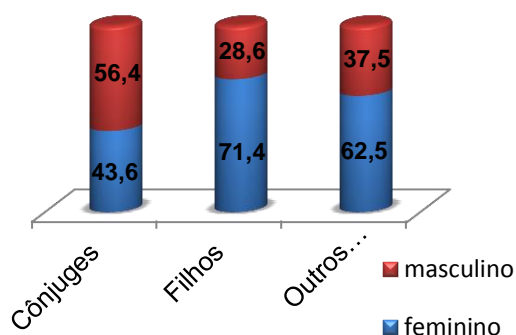
A base de dados permite uma descrição estatística mais detalhada dos cuidadores informais que não residem no domicílio dos idosos, contudo é possível observar-se que os cuidadores informais que residem no mesmo domicílio são sobretudo os cônjuges (55.5%) e filhos (24.2%), sendo que os restantes cuidadores são vizinhos, empregada doméstica, amigos e outros parentes (Figura 31). De relevar que a nível dos cônjuges 56.3% são do sexo masculino e 43.6% são do sexo feminino, ao invés os filhos cuidadores são sobretudo do sexo feminino (71.4%), assim como os restantes cuidadores (outros parentes, amigos, vizinhos e empregada doméstica, 62.5%) (Figura 32).

Figura 31 - Parentesco dos cuidadores informais internos



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Figura 32 - Género dos cuidadores informais internos



Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

A revisão bibliográfica revelou que os cuidadores são sobretudo mulheres (esposas, filhas e noras); frequentemente os próprios cuidadores são também idosos, o que acontece fundamentalmente quando o cuidado ocorre entre o casal ou entre irmãos. Contrariamente, os dados revelam, que no caso de o cuidador ser o cônjuge não existe diferença de género.

No que se refere aos cuidadores que residem fora da residência dos idosos, os principais cuidadores são filhos (38.6%), seguindo-se os vizinhos (15.9%),

amigos (8.4%), empregadas domésticas (7.5%) e outros parentes (27,7%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Parentesco dos cuidadores informais externos

Parentesco dos cuidadores informais	%
Cônjuge	1.68
Filho	38.66
Irmã ou irmão	6.72
Nora ou genro	7.56
Vizinho ou vizinha	15.97
Empregada doméstica	7.56
Neto ou neta	5.88
Amigo ou amiga	8.40
Outro parente	7.56

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Os cuidados diários são prestados maioritariamente por filhos (39.6%), outros parentes (24.5%), vizinhos (15.1%) e empregadas domésticas (11.3%). Por outro lado, estes cuidadores são predominantemente do sexo feminino (64.8%) e vivem a menos de um quilómetro de distância (78.13%) (Tabela 14). Este último aspecto, corrobora o que foi dito anteriormente, tendo em conta que viver em cidades, ou seja, onde a densidade populacional é maior, está relacionado com o acesso aos cuidados informais externos. Quanto aos cuidados semanais, estes são prestados maioritariamente por filhos (48.6%), outros parentes (32,4%) e vizinhos (13,5%), os cuidadores são predominantemente do sexo feminino (65,5%) e a maioria vive a menos de um quilómetro de distância (48,2%) (Tabela 15).

Tabela 14 – Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam diariamente

Parentesco	%	Género	%	Proximidade geográfica	%
Cônjuge	1.89	Masculino	35.14	Na mesma casa	37.5
Filho	39.62	Feminino	64.86	No mesmo prédio	6.25
Irmã ou irmão	5.66			A menos de 1 km	34.38
Nora ou genro	5.66			Entre 1 a 5 km	6.25
Vizinho ou vizinha	15.09			Entre 5 a 25 km	15.63
Empregada doméstica	11.32				
Neto ou neta	7.55				
Amigo ou amiga	9.43				
Outro parente	3.77				

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Tabela 15 – Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam semanalmente

Parentesco	%	Género	%	Proximidade geográfica	%
Cônjuge	2.70	Masculino	34.48	Na mesma casa	13.79
Filho	48.65	Feminino	65.52	No mesmo prédio	0
Irmã ou irmão	8.11			A menos de 1 km	34.48
Nora ou genro	8.11			Entre 1 a 5 km	3.45
Vizinho ou vizinha	13.51			Entre 5 a 25 km	31.03
Empregada doméstica	5.41			Entre 25 a 100 km	17.24
Neto ou neta	5.41				
Amigo ou amiga	0				
Outro parente	8.11				

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Verifica-se que à medida que a frequência de cuidados diminui, a distância entre cuidador e idoso alvo de cuidados aumenta. Por outro lado, os vizinhos e amigos passam a ser os principais cuidadores, no entanto as mulheres continuam a ser as principais cuidadoras (Tabela 16 e 17). De referir que o universo da amostra em ambos os casos é muito reduzido, pelo que se devem observar estes dados com cautela.

Tabela 16 – Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam mensalmente

Parentesco	%	Género	%	Proximidade geográfica	%
Cônjuge	0	Masculino	33.33	Na mesma casa	0
Filho	14.29	Feminino	66.67	No mesmo prédio	0
Irmã ou irmão	0			A menos de 1 km	25
Nora ou genro	28.57			Entre 1 a 5 km	0
Vizinho ou vizinha	14.29			Entre 5 a 25 km	25
Empregada doméstica	0			Entre 25 a 100 km	50
Neto ou neta	0				
Amigo ou amiga	28.57				
Outro parente	14.29				

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Tabela 17 – Caracterização dos cuidadores informais externos que cuidam pouco frequentemente

Parentesco	%	Género	%	Proximidade geográfica	%
Cônjuge	0	Masculino	56.25	Na mesma casa	10
Filho	27.27	Feminino	43.75	No mesmo prédio	10
Irmã ou irmão	9.09			A menos de 1 km	40
Nora ou genro	4.55			Entre 1 a 5 km	10
Vizinho ou vizinha	22.73			Entre 5 a 25 km	10
Empregada doméstica	4.55			Entre 25 a 100 km	10
Neto ou neta	4.55			Mais de 500 km	10
Amigo ou amiga	13.64				
Outro parente	13.64				

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

6. Modelos explicativos da acessibilidade a cuidados informais

Neste ponto, recorrendo à regressão logística, procurou-se estimar três modelos de regressão explicativos da acessibilidade (em que os eventos a modelar são sempre o acesso - sim) dos idosos dependentes a cuidados informais (modelo 1 - ajuda interna; modelo 2 - ajuda externa; modelo 3 - ajuda interna e externa), através do método Forward LR: Likelihood Ratio e incorporando todas as variáveis independentes anteriormente referidas (Figura 33).

Figura 33 – Regressão logística: modelos em análise

Acessibilidade a cuidados informais internos - Modelo 1	Acessibilidade a cuidados informais externos - Modelo 2	Acessibilidade a cuidados informais internos e externos - Modelo 3
<ul style="list-style-type: none"> •Variável dependente: ter acesso a cuidados informais internos; •Variáveis independentes: idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos . 	<ul style="list-style-type: none"> •Variável dependente: ter acesso a cuidados informais externos; •Variáveis independentes: idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos . 	<ul style="list-style-type: none"> •Variável dependente: ter acesso a cuidados informais internos e externos; •Variáveis independentes: idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos .

6.1 Cuidados informais internos – Modelo 1

Para estimar os aspectos que influenciam o acesso a cuidados informais **internos** entre os idosos dependentes, foram determinados os Odds Ratio (brutos e ajustados ao género e idade) e Intervalos de Confiança (IC) em relação às variáveis independentes (idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos) (ver anexo A2). Apresenta-se na Tabela 18 os valores das variáveis estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

Para avaliar a significância da idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos sobre a acessibilidade (em que o evento a modelar é o acesso - sim) dos idosos dependentes a **cuidados informais internos**, recorreu-se à regressão logística bivariada pelo método Forward: LR – Likelihood Ratio (Tabela 18).

Este modelo tem uma capacidade explicativa de 78.8%, com uma sensibilidade de 71.4% (i.e. o modelo classifica correctamente 71.4% dos idosos que tiveram ajuda informal interna) e uma especificidade de 81.6% (i.e o modelo classifica correctamente 81.6% dos idosos que não tiveram ajuda informal). O modelo é estatisticamente significativo ($G^2 = 46.145$; $p < 0.001$) com as variáveis: idade ($p < 0.001$) e limitações sentidas nas actividades diárias ($p < 0.001$). Assim, observa-se que os idosos com idade entre os 85 e os 99 anos têm uma probabilidade 8.7 vezes maior de ter ajuda informal interna que os idosos entre os 65 e os 69 anos. Os idosos com idade entre os 80 e 84 anos têm uma probabilidade 5.1 vezes maior de ter ajuda informal interna que os idosos entre os 65 e os 69 anos. Verifica-se também que os idosos severamente limitados têm 6.6 vezes maior probabilidade de ter ajuda informal interna que os idosos com poucas ou nenhuma limitações nas actividades diárias.

Pode-se igualmente inferir que o número de filhos, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, estado civil, doença crónica e género não parecem constituir aspectos com capacidade explicativa do acesso aos cuidados informais internos, uma vez que não são estatisticamente significativos ($p > 0,05$), ou seja, não há evidência que os aspectos referidos expliquem o acesso a cuidados informais internos.

Tabela 18 – Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais internos

Variáveis independentes	Odds ratio brutos (IC; p)	Odds ratio ajustados ¹ (IC 95%; p)	Modelo Forward ² Odds ratio (IC 95%; p)
Idade			
68-69 anos ³	-----	-----	-----
70-74 anos	0.466 (0.189:1.148; $p>0.05$)	-----	0.590 (0.128:2.742; $p>0.05$)
75-79 anos	1.156 (0.543:2.459; $p>0.05$)	-----	1.704 (0.490:5.921; $p>0.05$)
80-84 anos	3.263 (1.544:6.895; $p<0.05$)	-----	5.136 (1.471:17.930; $p<0.05$)
85-99 anos	6.200 (2.465:15.592; $p<0.001$)	-----	8.743 (2.236:34.180; $p<0.05$)
Limitações sentidas nas actividades diárias			
Sem limitação ou pouco limitado ³	-----	-----	-----
Limitado severamente	6.768 (3.843:11.919; $p<0.001$)	6.414 (3.512:11.714; $p<0.001$)	6.652 (2.236:34.180; $p<0.001$)

Legenda: ¹ ajustados ao sexo e idade; ² Modelo Forward, incorporando todas as variáveis em análise. ³ Classe de referência

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em suma, os aspectos que influenciam a acessibilidade aos cuidados informais internos são a idade avançada e limitações severas sentidas pelos idosos nas suas actividades diárias. Os restantes aspectos (número de filhos, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, estado civil, presença de doença crónica e género) não parecem constituir razões explicativas para a acessibilidade aos cuidados informais internos.

6.2 Cuidados informais externos – Modelo 2

Para estimar os aspectos que influenciam o acesso a cuidados informais **externos** entre os idosos dependentes, foram determinados os Odds Ratio (brutos e ajustados ao género e idade) e Intervalos de Confiança (IC) em relação às variáveis independentes (idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença

crónica, número de filhos) (ver anexo A3). Apresenta-se na Tabela 19 os valores das variáveis estatisticamente significativas na regressão ($p < 0.05$).

Para avaliar a significância da idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos sobre a acessibilidade (em que o evento a modelar é o acesso - sim) dos idosos dependentes a **cuidados informais externos**, recorreu-se à regressão logística bivariada pelo método Forward: LR – Likelihood Ratio (Tabela 19).

Este modelo tem uma capacidade explicativa de 63.3%, com uma sensibilidade de 92.4% (i.e. o modelo classifica correctamente 92.4% dos idosos que tiveram ajuda informal externa) e uma especificidade de 50.3% (i.e. o modelo classifica correctamente 50.3% dos idosos que não tiveram ajuda informal externa). O modelo é estatisticamente significativo ($G^2 = 41.008$; $p < 0.001$) com as variáveis: escolaridade ($p < 0.036$), estado civil ($p < 0.003$), limitações sentidas nas actividades diárias ($p < 0.018$) e presença de doença crónica ($p = 0.036$). Assim, observa-se que os idosos com escolaridade ao nível do ensino secundário têm 9.4 vezes maior probabilidade de ter acesso a cuidados informais externos do que os idosos sem escolaridade. Por outro lado, um idoso que viva sem cônjuge tem 2.8 vezes maior probabilidade de ter ajuda externa que um idoso a residir com o seu cônjuge. Verifica-se também que os idosos que sentem limitações severas têm uma probabilidade 2.3 vezes maior de ter ajuda que os idosos que não sentem limitações ou se sentem limitados, mas não severamente. Por último, os idosos portadores de doença crónica têm uma probabilidade 4.8 vezes maior de ter ajuda que os não portadores de doença crónica.

Pode-se igualmente inferir que o número de filhos, área de residência, tipo de edifício, idade e género não parecem constituir aspectos com capacidade explicativa do acesso aos cuidados informais externos, uma vez que não são estatisticamente significativos ($p > 0.05$), ou seja, não há evidência que os aspectos referidos expliquem o acesso a cuidados informais externos.

Tabela 19 – Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais externos

Variáveis independentes	Odds ratio brutos (IC; p)	Odds ratio ajustados ¹ (IC 95%; p)	Modelo Forward ² Odds ratio (IC 95%; p)
Escolaridade			
Sem escolaridade ³	-----	-----	-----
1º ciclo	0.813 (0.424:1.559; p>0.05)	0.896 (0.453:1.772; p>0.05)	0.945 (0.446:2.003; p>0.05)
2º e 3º ciclo	0.779 (0.305:1.991; p>0.05)	0.810 (0.292:2.251; p>0.05)	1.224 (0.39:3.846; p>0.05)
Ensino secundário e pós secundário	1.633 (0.486:5.484; p<0.05)	1.543 (0.412:5.781; p>0.05)	9.436 (1.665:53.472; p<0.05)
Ensino superior	0.272 (0.056:1.312; p>0.05)	0.239 (0.046:1.232; p>0.05)	0.253 (0.048:1.324; p>0.05)
Limitações sentidas nas actividades diárias			
Sem limitação ou pouco limitado ³	-----	-----	-----
Limitado severamente	2.923 (1.680:5.088; p<0.001)	2.937 (1.635:5.274; p<0.001)	2.316 (1.155:4.644; p<0.05)
Portador de doença crónica			
Não ³	-----	-----	-----
Sim	3.370 (1.615:7.035; p<0.001)	1.424 (0.745:2.722; p>0.05)	4.779 (1.668:13.691; p<0.05)
Estado civil			
Casado e vive com cônjuge ³	-----	-----	-----
Não reside com cônjuge	3.165 (1.799:5.567; p<0.001)	2.940 (1.492:5.795; p<0.05)	2.772 (1.424:5.396; p<0.05)

Legenda: ¹ ajustados ao sexo e idade; ² Modelo Forward, incorporando todas as variáveis em análise. ³ Classe de referência

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em suma, os aspectos que influenciam a acessibilidade aos cuidados informais externos são a escolaridade, a presença de doença crónica, residir sem cônjuge e as limitações severas sentidas pelos idosos nas suas actividades diárias. Os restantes aspectos (número de filhos, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, estado civil, presença de doença crónica e género) não parecem constituir razões explicativas para a acessibilidade aos cuidados informais externos.

6.3 Cuidados informais (internos e externos) – Modelo 3

Para estimar os aspectos que influenciam o acesso a **cuidados informais** (internos e externos) entre os idosos dependentes, foram determinados os Odds Ratio (brutos e ajustados ao género e idade) e Intervalos de Confiança (IC) em relação às variáveis independentes (idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos) (ver anexo A4). Apresenta-se na Tabela 20 os valores das variáveis estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

Para avaliar a significância da idade, género, estado civil, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, limitações sentidas nas actividades diárias, presença de doença crónica, número de filhos sobre a acessibilidade (em que o evento a modelar é o acesso - sim) dos idosos dependentes a **cuidados informais** (ajuda interna e externa), recorreu-se à regressão logística bivariada pelo método Forward: LR – Likelihood Ratio (Tabela 20).

Este modelo tem uma capacidade explicativa de 76%, com uma sensibilidade de 75.6% (i.e. o modelo classifica correctamente 75.6% dos idosos que tiveram ajuda informal) e uma especificidade de 76.3% (i.e. o modelo classifica correctamente 76.3% dos idosos que não tiveram ajuda informal). O modelo é estatisticamente significativo ($G^2 = 78.075$; $p < 0.001$) com as variáveis: idade ($p < 0.001$), estado civil ($p < 0.001$) e limitações sentidas nas actividades diárias ($p < 0.001$). Assim, observa-se que os idosos com idade entre os 85 e os 99 anos têm uma probabilidade 13.1 vezes maior de ter ajuda informal que os idosos entre os 65 e os 69 anos. Por outro lado, um idoso que viva sem cônjuge tem 5.1 vezes maior probabilidade de ter ajuda informal que um idoso a residir com o seu cônjuge. Verifica-se também que os idosos que sentem limitações severas têm uma probabilidade 8.8 vezes maior de ter ajuda que os idosos que sentem poucas ou nenhuma limitações nas actividades diárias.

Pode-se igualmente inferir que o número de filhos, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, doença crónica e género não parecem constituir aspectos com capacidade explicativa do acesso aos cuidados informais, uma vez que não são estatisticamente significativos ($p > 0,05$), ou seja, não há evidência que os aspectos referidos expliquem o acesso a cuidados informais (internos e externos).

Tabela 20 – Regressão logística da acessibilidade aos cuidados informais (internos e externos)

Variáveis independentes	Odds ratio brutos (IC; p)	Odds ratio ajustados ¹ (IC 95%; p)	Modelo Forward ² Odds ratio (IC 95%; p)
Idade			
65-69 anos ³	-----	-----	-----
70-74 anos	0.498 (0.228:1.087; $p>0.05$)	-----	0.461 (0.149:1.433; $p>0.05$)
75-79 anos	1.290 (0.644:2.585; $p>0.05$)	-----	1.532 (0.576:4.078; $p>0.05$)
80-84 anos	2.922 (1.289:6.623; $p<0.05$)	-----	1.437 (0.475:4.345; $p>0.05$)
85-99 anos	10.271 (2.847:37.050; $p<0.001$)	-----	13.173 (2.772:62.601; $p<0.001$)
Limitações sentidas nas actividades diárias			
Sem limitação ou pouco limitado ³	-----	-----	-----
Limitado severamente	6.429 (1.904:6.616; $p<0.001$)	6.481 (3.555:11.813; $p<0.001$)	8.840 (3.958:19.612; $p<0.001$)
Estado civil			
Casado e vive com cônjuge ³	-----	-----	-----
Não reside com cônjuge	2.581 (1.483:4.493; $p<0.001$)	1.933 (1.025:3.646; $p<0.05$)	5.100 (2.288:11.371; $p<0.001$)

Legenda: ¹ ajustados ao sexo e idade; ² Modelo Forward, incorporando todas as variáveis em análise. ³ Classe de referência

Fonte: Dados de 4ª vaga de SHARE

Em suma, os aspectos que influenciam a acessibilidade aos cuidados informais são a idade avançada, limitações severas sentidas pelos idosos nas suas actividades diárias e viver sem cônjuge. Os restantes aspectos (número de filhos, área de residência, tipo de edifício, escolaridade, presença de doença crónica e género) não parecem constituir razões explicativas para a acessibilidade aos cuidados informais.

7. Discussão

Os resultados da análise descritiva e da regressão logística indicam algumas regularidades interessantes de analisar e discutir. Quanto à análise descritiva verifica-se que a maioria dos idosos que recebe ajuda informal tem ajuda interna (53.3%). Estudos semelhantes (Solé-Auró, *et al.*, 2012) demonstram que nos países da Europa do Sul, os cuidados informais internos são predominantes. Por outro lado, os cuidados informais são predominantemente prestados por familiares (79.3%), quer na ajuda interna, quer na ajuda externa (Daatland, *et al.* 2005; Bettio, *et al.*, 2006). Quanto aos cuidados externos são maioritariamente prestados pelos filhos (38.6%), o que vem igualmente ao encontro da literatura (Lafortune *et al.*, 2007; Solé-Auró, *et al.*, 2012). Os principais cuidadores, entre os cuidadores externos, são do sexo feminino. Esta situação confirma-se nos países da Europa do Sul e restantes países europeus (José, *et al.*, 2002; Crompton, 2006; Tavora, 2011; Solé-Auró, *et al.*, 2012).

Observa-se também que os cuidados de longa duração têm como principais destinatários os idosos com limitações nas suas actividades diárias e com doença crónica, sobretudo do sexo feminino e com idade mais elevada. A literatura demonstra que as mulheres têm uma esperança de vida mais elevada, contudo a qualidade de vida após os 65 anos declina substancialmente devido a limitações nas actividades de vida e por serem portadoras de doença crónica (Artazcoz, *et al.*, 2007). Assim, as mulheres mais idosas, pela sua vulnerabilidade, são os principais alvos de cuidados (OCDE, 2005)

Os principais cuidadores, entre os cuidadores internos, são sobretudo os cônjuges (55.5%). Por outro lado, a distância geográfica do cuidador é extremamente relevante para frequência de cuidados e são sobretudo os cuidadores de fora da esfera familiar que prestam cuidados ocasionais e pouco frequentes. Estes factos demonstram que há uma acentuada nuclearização da família, corroborando a discussão feita sobre as alterações da estrutura familiar (Pickard, *et al.*, 2000; Stuifbergen, *et al.*, 2008; Principi, *et al.*, 2012; Solé-Auró, *et al.*, 2012). Assim, para além da quantificação dos cuidados informais, o nosso estudo pretende demonstrar bem as limitações do actual modelo de prestação de cuidados. Como referido anteriormente, uma proporção significativa (29.7%) dos idosos dependentes não recebe qualquer tipo de ajuda informal. Este facto corrobora a literatura que

sublinha as limitações do actual modelo de prestação de cuidados de longa duração impostas pelas alterações nas estruturas familiares (Pickard, *et al.*, 2000; Stuijbergen, *et al.*, 2008; Principi, *et al.*, 2012; Solé-Auró, *et al.*, 2012). Como referido anteriormente, entre os idosos que não recebem cuidados destaca-se o facto de uma proporção significativa (77.1%) viver com o cônjuge e a maioria ter dois filhos (34.9%). Por outro lado, entre os que não recebem ajuda, a proporção de pessoas a viver em aldeias e em moradias é maior do que no caso dos restantes idosos. Assim, conclui-se que embora a família e os cuidadores informais desempenhem um papel central não parecem ser suficientes para uma parte significativa dos idosos. Há a necessidade de definir estratégias que permitam a inclusão destes idosos na rede de cuidados de longa duração formais ou informais.

Quanto à análise multivariada, os três modelos de regressão apontam para uma variável que influencia a acessibilidade aos cuidados informais internos, externos e ambos: as limitações sentidas nas actividades de vida influenciam as três modalidades de cuidados, sendo que quanto maior a limitação maior o acesso a cuidados informais.

No primeiro e terceiro modelo da regressão logística verifica-se que a idade e as limitações sentidas nas actividades de vida diárias influenciam o acesso a cuidados informais. São os idosos entre os 80 e os 99 anos que têm maior probabilidade de aceder a cuidados informais internos e os idosos entre os 85 e 99 anos que têm maior probabilidade de aceder a cuidados informais. Estes dados vêm no seguimento dos estudos de José, *et al.* (2002); Lafortune, *et al.* (2007); Romão, *et al.* (2008) e Solé-Auró, *et al.* (2012) que confirmam que são sobretudo os mais idosos e conseqüentemente mais limitados que têm mais acesso a cuidados informais. Assim, os cuidadores informais ajudam predominantemente os idosos mais vulneráveis, limitados e de idade mais avançada.

No segundo e terceiro modelo verifica-se que residir sem cônjuge é significativo para a acessibilidade de cuidados, ou seja, é na ausência de cônjuge em casa que os idosos têm maior acesso a cuidados informais externos e cuidados informais. Os idosos que residem sem cônjuge obtêm ajuda de cuidadores externos, ou seja, de cuidadores não residentes, esta situação vem confirmar os dados do Censos do INE 2011, em que há um aumento significativo de idosos a residir sozinhos. Quanto aos idosos que recebem cuidados informais (internos e externos) verifica-se que igualmente são os que residem sem cônjuge que têm mais acesso a

cuidados. Esta situação pode estar relacionada com o facto de os cônjuges dos idosos dependentes terem igualmente limitações funcionais, o que os impede de prestar cuidados aos seus cônjuges. Esta questão é de particular interesse, uma vez que segundo os dados do Censos 2011 há cada vez mais idosos a residirem sozinhos ou com outros idosos. Por outro lado, verifica-se que ser casado e viver com o cônjuge não é determinante para a obtenção de ajuda de cuidadores informais, este facto pode estar relacionado com a semelhança percentual de idosos casados e a viver com o cônjuge entre os que têm e os que não têm ajuda informal. Isto não significa que os cônjuges não prestem cuidados, contudo não é o estado civil que explica o acesso a cuidados. Residir com cônjuge não é indicativo de mais cuidados informais (internos ou externos). Outros estudos (Stuifbergen, *et al.*, 2008; Solé-Auró, *et al.*, 2012) traduzem a mesma relação entre acessibilidade de cuidados e o estado civil.

O segundo modelo apresenta ainda duas variáveis explicativas únicas. A escolaridade e a presença de doença crónica influenciam o acesso a cuidados informais externos. Os idosos portadores de doença crónica têm maior probabilidade de ser alvo de cuidados, o que vem ao encontro dos estudos realizados por José, *et al.* (2002) e Romão, *et al.* (2008). Por outro lado, verifica-se que os idosos com ensino secundário e pós-secundário têm mais acesso a cuidados externos. Esta situação não se confirma na literatura, contudo constata-se que entre os idosos que têm ajuda externa, 7.56% que têm ajuda de empregada doméstica. Uma vez que a escolaridade é um indicador indirecto do nível sócio-económico poderá haver relação entre estes dois factos. Dados semelhantes foram encontrados num estudo sobre a realidade espanhola, na qual utentes com ensino secundário e pós-secundário têm maior acesso a cuidados pagos, mas com pessoal sem especificidade técnica, isto é, os idosos com níveis mais elevados de ensino têm acesso a cuidados de trabalhadores domésticos pagos (Rogero-García, *et al.*, 2011).

Por último constata-se que o número de filhos não é determinante para a existência de ajuda dos cuidadores informais, o que vem ao encontro da literatura. Não é a quantidade de recursos filiais disponíveis que determina a existência ou não de ajuda, Daatland (2001) afirma que é a qualidade das relações existentes entre pais e filhos que permite a assunção do papel de cuidador por parte dos filhos e não a quantidade de filhos.

8. Conclusão

Neste trabalho de projecto começou-se por fazer uma revisão da literatura sobre a temática dos cuidados de longa duração aos idosos dependentes. Concluiu-se que os cuidados informais representam na Europa do Sul a maioria dos cuidados prestados. Por outro lado, foi também referido o facto de as transformações verificadas nas estruturas familiares terem questionado a viabilidade e sustentabilidade de um modelo de prestação de cuidados de longa duração baseados no sector informal.

Os resultados apresentados neste trabalho corroboram grande parte da discussão teórica feita no segundo capítulo. Em primeiro lugar, a caracterização dos idosos dependentes permitiu chegar a um conjunto de conclusões. Verifica-se que os cuidados de longa duração têm como principais destinatários os idosos com limitações nas suas actividades diárias e com doença crónica, sobretudo do sexo feminino e com idade mais elevada. A literatura demonstra que as mulheres têm uma esperança de vida mais elevada, contudo a qualidade de vida após os 65 anos declina substancialmente devido a limitações nas actividades de vida e por terem doença crónica. Assim, as mulheres mais idosas, pela sua vulnerabilidade, são os principais alvos de cuidados. Relativamente ao estado civil, este tende a ganhar importância quando se compara a origem da ajuda recebida pelos idosos, ou seja, os idosos viúvos tendem a estar mais representados entre os que recebem ajuda externa. É na ausência do cônjuge que a ajuda externa está mais presente, isto é, quando o idoso vive só aumenta a probabilidade e, conseqüentemente a necessidade, de receber ajuda externa. Quanto à área de residência, os idosos que residem em grandes cidades tendem a estar mais representados entre os que recebem ajuda. O número de filhos é importante quando analisada a origem dos cuidados, pois é entre aqueles que têm ajuda externa que a proporção de idosos com três ou mais filhos é maioritária, ou seja, a disponibilidade de recursos filiais parece ser determinante para a obtenção de apoio externo. Por fim, um dos grandes contributos do nosso trabalho é a demonstração de que há uma proporção significativa dos idosos dependentes sem qualquer tipo de ajuda informal, facto que corrobora a literatura sobre as limitações do actual modelo de prestação de cuidados de longa duração impostas pelas alterações nas estruturas familiares.

Em segundo, observa-se que os principais cuidadores informais são membros da família dos idosos, sendo na sua maioria mulheres. Contudo, a diferença de género não está vincadamente retratada quando o principal cuidador é o cônjuge. No entanto, as mulheres representam cerca de 68% dos idosos dependentes, pelo que é natural que os homens a prestar cuidados informais sejam maioritários entre os cônjuges. A diferença de género é, no entanto, determinante entre os filhos e outros parentes, sendo expressamente as mulheres que assumem os cuidados, corroborando a literatura referenciada no segundo capítulo. A este respeito, verifica-se que, embora as taxas de inserção das mulheres portuguesas no mercado de trabalho sejam muito superior à dos restantes países da Europa do Sul, estas continuam a desempenhar um papel crucial na prestação de cuidados aos idosos. Como referido anteriormente, os filhos cuidadores são esmagadoramente do sexo feminino (71.4%). Entre os cuidadores que residem com os idosos, são sobretudo os cônjuges que prestam cuidados, contrariamente aos idosos que recebem ajuda externa, cujos principais cuidadores são filhos e outros parentes. Este facto demonstra que há uma acentuada nuclearização da família, corroborando a discussão feita sobre as alterações da estrutura familiar. Por outro lado, confirma que as redes de solidariedade são sobretudo compostas por membros da família. Em relação à distância geográfica do cuidador, esta é extremamente relevante para a frequência de cuidados, ou seja, quanto mais próximo se encontra o cuidador do idoso, maior é a frequência de cuidados prestados. Verificando-se igualmente que os cuidadores fora da esfera familiar prestam sobretudo cuidados ocasionais e esporádicos. Concluindo-se novamente a enorme relevância que a família tem enquanto prestadora de cuidados informais.

Em terceiro, os três modelos de regressão logística apontam para uma variável explicativa que perpassa os três modelos de acesso aos cuidados informais: a severidade das limitações sentidas nas actividades diárias, ou seja, são os idosos com maiores limitações que têm mais acesso a cuidados informais. A idade avançada é relevante no acesso a cuidados informais e cuidados informais internos, isto é, são os mais idosos que recebem mais ajuda interna e cuidados informais em geral. Em relação ao estado civil, viver sem cônjuge aumenta a probabilidade de receber cuidados externos e cuidados informais em geral. Esta situação vem confirmar o alerta feito ao longo do projecto de tese sobre a especial atenção que as reformas dos cuidados de longa duração devem ter, face à alteração das estruturas

e disponibilidades familiares. Por outro lado, ter o ensino secundário ou pós-secundário contribui para ter cuidados informais externos. Quanto aos cuidados externos, ser portador de doença crónica aumenta a probabilidade de aceder a cuidados.

As variáveis do número de filhos, área de residência, tipo de edifício e género não são significativas, pelo que não explicam o acesso a cuidados informais internos, externos ou ambos.

Este estudo contribui para o conhecimento de três aspectos fundamentais sobre os cuidados informais em Portugal, nomeadamente através das medidas de estatística descritiva e regressão logística. O primeiro aspecto prende-se com a quantificação da realidade nacional dos idosos dependentes em Portugal no que concerne à caracterização demográfica, residencial e de saúde. O segundo relaciona-se com a quantificação da situação portuguesa dos cuidadores informais, em particular do grau de parentesco, frequência de cuidados e proximidade geográfica do idoso alvo de cuidados. Por último, estima-se modelos explicativos sobre a acessibilidade dos idosos portugueses a cuidados informais (quer interno, externos ou ambos). A principal conclusão é que o actual modelo de prestação de cuidados deixa de fora uma parte significativa dos idosos dependentes.

Esta pesquisa concentrou-se no estudo da prestação de cuidados informais. No entanto, importa referenciar algumas pistas de investigação futura que permitirão aprofundar e alargar este trabalho a outras áreas. A nossa investigação não abarca algumas dimensões exploradas na literatura, nomeadamente: a relação entre os cuidados formais e informais, isto é, a forma como a existência de cuidados formais pode influenciar os cuidados informais (quer no peso da oferta, quer no tipo de cuidados prestados); as reformas que se verificaram recentemente em matéria da prestação de cuidados formais; a qualidade da relação entre cuidadores e sujeitos de cuidados; e a situação laboral dos cuidadores. Assim, constituem pistas de investigação futura relacionar este trabalho ao estudo dos cuidados formais de longa duração, bem como analisar de forma qualitativa (através de estudos de caso) as relações familiares dos idosos e seus cuidadores familiares. Dessa forma, estar-se-á em condições de fazer um retrato das complementaridades entre ambos os sectores (formal e informal), assim como compreender as razões que explicam o acesso a cuidados informais.

Referências Bibliográficas

- Anderson, R. - Working Carers in the European Union. In **Families in Ageing Societies - A multidisciplinary Approach**. Oxford: Oxford University Press, 2004, 95-113.
- Artazcoz, L.; Rueda, S. - Social inequalities in health among the elderly: a challenge for public health research. **Journal of Epidemiology Community Health**, 61:6, 2007, 466-467.
- Attias-Donfut, C.; Ogg, J.; Wolff, F. - European patterns of intergenerational financial and time transfers. **European Journal of Ageing**, 2:3, 2005, 161-173.
- Bettio, F.; Simonazzi, A.; Villa, P. - Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. **Journal of European Social Policy**, 16:3, 2006, 271-285.
- Bolin, K.; Lindgren, B.; Lundborg, P. - Informal and formal care among single-living elderly in Europe. **Health Economics**, 17:3, 2008, 393-409.
- Carneiro, R.; Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J.; Sacadura, M. - **O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade**. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012.
- Charles, K.; Sevak, P. - Can family caregiving substitute for nursing home care? **Journal of Health Economics**, 24:6, 2005, 1174-1190.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R. - **European Study of Long-term Care Expenditure**. Bruxelas: European Commission, Employment and Social Affairs, 2003.
- Comissão Europeia - Europe's response to World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world. **A Contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing**. Bruxelas: Commission of the European Communities, 2002, 1-15.
- Comissão Europeia - **Reconciliation of Work and Family Life and the Quality of Care Services**. Comissão Europeia. Bruxelas: Employment and Social Affairs, 1999.
- Costa-Font, J. - Devolution, diversity and welfare reform: long-term care in the "Latin Rim". **Social Policy and Administration**, 44:4, 2010, 481-494.
- Costa-Font, J.; Courbage, C. - **Financing Long-Term Care in Europe**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2012.

- Crompton, R. - **Employment and the Family. The reconfiguration of work and the family life in contemporary societies.** Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- Daatland, O. - Ageing, families and welfare systems: comparative perspectives. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, 34:1, 2001, 16-20.
- Daatland, O.; Lowenstein, A. - Intergenerational solidarity and the family–welfare state balance. **European Journal of Ageing**, 2:3, 2005, 174-182.
- Daatland, S.; Herlofson, K.; Lima, I. - Balancing generations: on the strenght and character of family norms in the West and East of Europe. **Ageing and Society**, 31:7, 2011, 1159-1179.
- Direcção Geral de Saúde - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa: DGS, 2004
- Durkheim, É. - La famille conjugale. In **Textes III.** Paris: Minuit, 1975[1921].
- Ettner, S. - The effect of the Medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly. **Economic Inquiry**, 32:1, 1994, 103-127.
- Fernandes, A. - Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. **Sociologia, Problemas e Práticas**, 36, 2001, 39-52.
- Geerts, J., Van den Bosch, K. - Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts. **European Journal of Ageing**, 9:1, 2012, 27-37.
- Grootegoed, E.; Van Dijk, D. - The return of the Family? Welfare State retrenchment and client autonomy in long-term care. **Journal of Social Policy**, 41:4, 2012, 677-694.
- Haberkern, K.; Szydlik, M. - State care provision, societal opinion and children´s care of older parents in 11 European countries. **Ageing and Society**, 30:2, 2010, 299-323.
- Hespanha, P.; Portugal, S. - **A Transformação da Família e a Regressão da Sociedade-providência.** Porto: Comissão de Coordenação da Região Norte, 2002.
- Instituto Nacional de Estatística - **Censos 2011 - Resultados Preliminares.** Lisboa: INE, 2012.
- Instituto Nacional de Estatística – **Sobre a Pobreza, as Desigualdades e a Privação Material em Portugal.** Lisboa: INE, 2010.

- Instituto Nacional de Estatística - **Inquérito à Ocupação do Tempo**. Lisboa: INE, 2001.
- José, J.; Wall, K.; Correia, S. - Working Paper: **Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções**. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002.
- Katz, S. D. - Progress in the development of the index of ADL. **The Gerontologist**, 10:1, 1970, 20-30.
- Lafortune, G. *et al.* - **Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications**. Paris: OECD Publishing, 2007.
- Law, M.; Letts, L. - A critical review of scales of activities of daily living. **The American Journal of Occupational Therapy**, 43:8, 1989, 522-528.
- Lawton, M.; Brody, E. - Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, 9:3, 1969, 179-186.
- Lowenstein, A.; Katz, R.; Biggs, S. - Rethinking theoretical and methodological issues in intergenerational family relations research. **Ageing and Society**, 31:7, 2011, 1077-1083.
- Lowenstein, A.; Ogg, J. - **OASIS - Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity**. Haifa: Center for Research and Study of Aging, 2003.
- Norton, E. - Long-term Care. In **Handbook of Health Economics, Vol. 1** Oxford: Elsevier Science, 2000, 956-988.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - **Health at a glance: OECD Indicators**. OECD Publishing, 2011.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - **Health Database**. Paris: OECD, 2008.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - **Long-term care for older people**. Paris: OECD Publishing, 2005.
- Oliveira Duarte, Y.; Laranjeira de Andrade, C.; Lebrão, M. - O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 41:2, 2007, 317-325.
- Oliveira Martins, J.; De la Maisonnette, C. - The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. **OECD Economic Studies**, 43:2, 2006, 115-154.

- Organização Mundial de Saúde - **Global health and Aging**. USA: National Institute on Aging, 2011.
- Parsons, T. (1971). A estrutura social da família. In **A família: A sua função e destino**. Lisboa: Meridiano, 1971, 273-300.
- Paul, C.; Fonseca, A.; Martín, I.; Amado, J. - Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi, 2005, 75-108.
- Pfau-Effinger, B. - Analyses of welfare-state reform policies towards long-term senior care in a cross-European perspective. **European Journal of Ageing**, 9:2, 2012, 151-154.
- Pickard, L., *et al.* - Relying on informal care in the new century?: informal care for elderly people in England to 2031. **Ageing and Society**, 20:6, 2000, 745-772.
- Pimentel, L. - O Sexo dos Anjos: os cuidados às pessoas idosas dependentes como uma esfera de acção preferencialmente feminina. **Ex aequo**, 23, 2011, 23-37.
- Pimentel, L.; Albuquerque, C. - Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. **Textos e Contextos**, 9:2, 2010, 251-263.
- Pinto, C.; Leite da Silva, A. - Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. In **Cuidado à Pessoa Idosa. Estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2010, 238-269.
- PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - **Carta Social: Rede de serviços e equipamentos**. Lisboa, 2009
- PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - **Custos Reais das Respostas Sociais Desenvolvidas pelo Sector solidário**. Lisboa: Instituto da Segurança Social: Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação, 2009
- PORTUGAL, Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados – **Relatório de Monitorização da actividade da RNCCI. 1º Semestre de 2012**. Lisboa, 2012.
- Principi, A., *et al.* - Work restrictions experienced by midlife family care-givers of older people: evidence from six European countries. **Ageing and Society**, 2012, 1-23.
- Rasgado, S. - **Planear e Inovar: contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades da população com 65 e mais anos**. Tese de

- Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.
- Rogero-García, J.; Rosenberg, M. - Paid and unpaid support received by co-resident informal caregivers attending to community-dwelling older adults in Spain. **European Journal of Ageing**, 8:2, 2011, 95-107.
- Romão, A.; Pereira, A.; Gerardo, F. – **As Necessidades dos Cuidadores Informais. Estudo na área do envelhecimento**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2008.
- Santana, S. - Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality. In **Reforming Long-term Care in Europe**. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2011, 154-169.
- Solé-Auró, A.; Crimmins, E. - Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. **Ageing and Society [online]**, 1-23. [consultado em Dezembro de 2012]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X12001134>.
- Stuifbergen, M.; Van Delden, J.; Dykstra, P.- The implications of today's family structures for support giving to older parents. **Ageing and Society**, 28:3, 2008, 413-434.
- Tavora, I. - The southern European social model: familialism and the high rates of female employment in Portugal. **Journal of European Social Policy**, 22:1, 2011, 63-76.
- Vasconcelos, P. - Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. **Análise Social**, 37:163, 2002, 507-544.
- Vasconcelos, P. - Redes Sociais de apoio. In **Famílias em Portugal**. Lisboa: ICS: Imprensa de Ciências Sociais, 2005, 599-631.
- Wall, K. A.; Cunha, V.; Vasconcelos, P. - Families and informal support networks in Portugal: The reproduction of inequality. **Journal of European Social Policy**, 11:3, 2001, 213-233.

Anexo

Tabela A1 – Dados de estatística descritiva dos idosos dependentes com 65 ou mais anos

	Idosos sem cuidados informais	Idosos com cuidados informais externos	Idosos com cuidados informais internos	Idosos dependentes com 65 ou mais anos
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Género				
Masculino	43(39,4%)	20 (25,6%)	28 (31,5%)	119 (32,4%)
Feminino	66 (60,6%)	58 (74,4%)	61 (68,5%)	248 (67,6%)
Idade				
65-69	34 (31,2%)	15 (19,7%)	19 (21,3%)	96 (26,4%)
70-74	32 (29,4%)	8 (10,5%)	8 (9%)	73 (20,1%)
75-79	28 (25,7%)	22 (28,9%)	17 (19,1%)	87 (23,9%)
80-84	12 (11%)	15 (19,7%)	26 (29,2%)	71 (19,5%)
85-99	3 (2,8%)	16 (21,1%)	19 (21,3%)	37 (10,2%)
Nº filhos				
0	4 (3,7%)	6 (7,8%)	8 (16,7%)	23 (9,2%)
1	25 (22,9%)	21 (27,3%)	10 (20,8%)	59 (23,7%)
2	42 (38,5%)	22 (28,6%)	16 (33,3%)	85 (34,1%)
3	19 (17,4%)	12 (15,6%)	3 (6,3%)	37 (14,9%)
4	10 (9,2%)	4 (5,2%)	1 (2,1%)	18 (7,2%)
5	3 (2,8%)	4 (5,2%)	3 (6,3%)	9 (3,6%)
6 ou mais filhos	6 (5,5%)	8 (10,4%)	7 (14,6%)	18 (7,2%)
Estado civil				
Casado e a viver com o cônjuge ou união de facto	84 (77,1%)	25 (32,1%)	66 (74,2%)	244 (66,5%)
Casado, mas a viver separado do cônjuge	0	2 (2,6%)	0	2 (0,5%)
Nunca foi casado	2 (1,8%)	4 (5,1%)	2 (2,2%)	9 (2,5%)
Divorciado	3 (2,8%)	3 (3,8%)	2 (2,2%)	13 (3,5%)

Viúvo	20(18,3%)	44 (56,4%)	19 (21,3%)	99 (27%)
Tipo de edifício				
Numa quinta	6 (6,5%)	5 (7%)	1 (2,3%)	12 (5,3%)
Numa moradia	51 (54,8%)	32 (45,1%)	21 (47,7%)	115 (50,9%)
Num edifício	36 (38,7%)	34 (47,9%)	22 (50%)	99 (43,8%)
Tipo de área em que o edifício está situado				
Numa grande cidade	36 (38,7%)	34 (47,9%)	19 (43,2%)	94 (41,6%)
Nos subúrbios ou na periferia de uma grande cidade	16 (17,2%)	9 (12,7%)	8 (18,2%)	37 (16,4%)
Numa vila grande ou pequena	11 (11,8%)	10 (14,1%)	3 (6,8%)	26 (11,5%)
Numa aldeia ou zona rural	30 (32,3%)	18 (25,4%)	14 (31,8%)	69 (30,5%)
Escolaridade				
Ensino Básico 1º ciclo	62 (56,9%)	38 (50%)	47 (53,4%)	192 (52,6%)
Ensino Básico 2º ciclo	8 (7,3%)	6 (7,9%)	5 (5,7%)	22 (6%)
Ensino Básico 3º ciclo	4 (3,7%)	3 (3,9%)	8 (9,1%)	26 (7,1%)
Ensino Secundário e Pós-secundário	5 (4,6%)	6 (7,9%)	5 (5,7%)	19 (5,2%)
Ensino Superior – Bacharelato; Licenciatura; Mestrado e Doutoramento	8 (7,3%)	2 (2,6%)	4 (4,5%)	21 (5,8%)
Ainda não completou nenhum nível de ensino/ a estudar	22 (20,2%)	21 (27,6%)	19 (21,6%)	85 (23,3%)
Limitações sentidas nas actividades diárias				
Severamente limitado	28 (25,7%)	49 (62,8%)	67 (75,3%)	163 (44,4%)
Limitado, mas não de forma severa	60 (55%)	21 (26,9%)	17 (19,1%)	147 (40,1%)
Não limitado	21 (19,3)	8 (10,3%)	5 (5,6%)	57 (15,5%)
Portador de doença crónica				
Sim	71 (65,1%)	68 (87,2%)	77 (86,5%)	264 (71,9%)
Não	38 (34,9%)	10 (12,8%)	12 (13,5%)	103 (28,1%)

Tabela A2 – Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais internos

Variáveis independentes	Odds Ratio - Brutos			Odds Ratio – Ajustados ao sexo e idade		
	Variável dependente: Ter pelo menos uma AVD ou AIVD e receber ajuda informal interna					
	OR	Sig	IC	OR	Sig	IC
Género						
Género masculino		0.327				
Género feminino	1.304	0.327	0.767:2.215			
Escalão etário						
Idade (65-69)		0.000				
Idade (70-74)	0.466	0.097	0.189:1.148			
Idade (75-79)	1.156	0.707	0.543:2.459			
Idade (80-84)	3.263	0.002	1.544:6.895			
Idade (85-99)	6.200	0.000	2.465:15.592			
Estado civil						
A viver com o cônjuge		0.044			0.495	
A viver sem o Cônjuge	1.862	0.044	1.015:3.415	1.288	0.495	0.622:2.667
Escolaridade						
Nenhuma		0.962			0.874	
Básico – 1º ciclo	1.031	0.926	0.546:1.947	1.162	0.674	0.579:2.332
2º e 3º ciclo	1.100	0.826	0.471:2.569	1.134	0.790	0.450:2.854
Secundário e Pós	1.316	0.659	0.389:4.446	1.521	0.548	0.388:5.968
Superior	0.729	0.618	0.210:2.524	0.627	0.511	0.156:2.521
Tipo de Edifício						
Quinta		0.272			0.842	
Moradia	3.281	0.271	0.396:27.170	1.920	0.560	0.215:17.180
Edifício	4.681	0.153	0.564:38.882	1.905	0.571	0.205:17.674
Área de residência						
Rural		0.881			0.287	
Urbano	1.058	0.881	0.505:2.215	0.623	0.287	0.260:1.489

Limitações sentidas nas actividades diárias						
Não limitado ou limitado, mas não severamente		0.000			0.000	
Limitado severamente	6.768	0.000	3.843:11.919	6.414	0.000	3.512:11.714
Portador de doença crónica						
Não		0.001			0.001	
Sim	3.304	0.001	1.684:6.483	3.365	0.001	1.648:6.868
Número de filhos						
0		0.026			0.046	
1	0.152	0.008	0.038:0.610	0.143	0.019	0.028:0.731
2	0.170	0.009	0.045:0.642	0.332	0.164	0.070:1.566
3	0.065	0.002	0.012:0.357	0.064	0.006	0.009:0.451
Mais de três filhos	0.220	0.033	0.055:0.887	0.187	0.045	0.036:0.960

Tabela A3 – Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais externos

Variáveis independentes	Odds Ratio - Brutos			Odds Ratio – Ajustados ao sexo e idade		
	Variável dependente: Ter pelo menos uma AVD ou AIVD e receber ajuda informal externa					
	OR	Sig	IC	OR	Sig	IC
Género						
Género masculino		0.272				
Género feminino	1.400	0.272	0.768:2.551			
Escalão etário						
Idade (65-69)		0.017				
Idade (70-74)	0.613	0.317	0.236:1.597			
Idade (75-79)	1.730	0.170	0.791:3.784			
Idade (80-84)	1.484	0.362	0.635:3.466			
Idade (85-99)	3.271	0.011	1.311:8.161			
Estado civil						
A viver com o cônjuge		0.000			0.002	
A viver sem o Cônjuge	3.165	0.000	1.799:5.567	2.940	0.002	1.492:5.795
Escolaridade						
Nenhuma		0.392			0.414	
Básico – 1º ciclo	0.813	0.533	0.424:1.559	0.896	0.752	0.453:1.772
2º e 3º ciclo	0.779	0.602	0.305:1.991	0.810	0.687	0.292:2.251
Secundário e Pós	1.633	0.428	0.486:5.484	1.543	0.520	0.412:5.781
Superior	0.272	0.105	0.056:1.312	0.239	0.087	0.046:1.232
Tipo de Edifício						
Quinta		0.388			0.322	
Moradia	0.137:1.685	0.252	0.480	0.362	0.132	0.096:1.359
Edifício	0.184:2.279	0.498	0.648	0.399	0.188	0.102:1.566
Área de residência						
Rural					0.545	
Urbano	1.399	0.300	0.741:2.642	1.230	0.545	0.629:2.402

Limitações sentidas nas actividades diárias						
Não limitado ou Limitado, mas não severamente		0.000			0.000	
Limitado severamente	2.923	0.000	1.680:5.088	2.937	0.000	1.635:5.274
Portador de doença crónica						
Não		0.001			0.285	
Sim	3.370	0.001	1.615:7.035	1.424	0.285	0.745:2.722
Número de filhos						
0		0.673			0.764	
1	1.566	0.413	0.536:4.576	1.652	0.384	0.533:5.123
2	0.989	0.984	0.346:2.826	1.323	0.623	0.433:4.037
3	1.360	0.603	0.427:4.328	1.848	0.326	0.543:6.286
Mais de três filhos	1.563	0.431	0.514:4.758	1.896	0.283	0.590:6.091

Tabela A4 – Odds Ratio brutos e ajustados (ao sexo e idade) relativos aos cuidados informais

Variáveis independentes	Odds Ratio - Brutos			Odds Ratio – Ajustados ao sexo e idade		
	OR	Sig	IC	OR	Sig	IC
Variável dependente: Ter pelo menos uma AVD ou AIVD e receber ajuda informal interna ou externa						
Género						
Masculino		0.131				
Feminino	1.496	0.131	0.887:2.522			
Idade						
Idade (65-69)		0.000				
Idade (70-74)	0.498	0.080	0.228:1.087			
Idade (75-79)	1.290	0.473	0.644:2.585			
Idade (80-84)	2.922	0.010	1.289:6.623			
Idade (85-99)	10.271	0.000	2.847:37.050			
Estado civil						
A viver com o cônjuge		0.001			0.042	
A viver sem o Cônjuge	2.581	0.001	1.483:4.493	1.933	0.042	1.025:3.646
Escolaridade						
Escolaridade – nenhum		0.535			0.645	
Básico – 1º ciclo	0.760	0.394	0.405:1.428	0.800	0.525	0.403:1.590
2º e 3º ciclo	0.943	0.899	0.382:2.329	0.971	0.954	0.355:2.656
Secundário e Pós	1.257	0.708	0.379:4.168	1.301	0.705	0.334:5.075
Superior	0.393	0.139	0.114:1.355	0.372	0.182	0.087:1.591
Tipo de edifício						
Quinta		0.570			0.763	
Moradia	1.082	0.901	0.309:3.785	0.713	0.618	0.189:2.693
Edifício	1.467	0.553	0.414:5.201	0.609	0.484	0.152:2.441
Tipo de área em que o edifício está situado						
Rural		0.679			0.465	
Urbana	1.139	0.679	0.613:2.117	0.775	0.465	0.392:1.535

Limitações sentidas nas actividades diárias						
Poucas ou nenhuma limitações		0.000			0.000	
Severamente limitado	6.429	0.000	3.689:11.202	6.481	0.000	3.555:11.813
Portador de doença crónica						
Não		0.000			0.000	
Sim	3.549	0.000	1.904:6.616	4.222	0.000	2.081:8.564
Número de filhos						
0		0.169			0.681	
1	0.347	0.099	0.099:1.219	0.391	0.181	0.099:1.548
2	0.246	0.025	0.072:0.836	0.438	0.229	0.114:1.683
3	0.228	0.030	0.060:0.865	0.348	0.154	0.082:1.485
Mais de 3 filhos	0.386	0.147	0.107:1.398	1.820	0.313	0.121:1.969

Tabela A5 – Estatística descritiva das variáveis utilizadas nos modelos de regressão logística

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Género	367	0.6757	0.46873	0	1
Idade	364	2.6703	1.32411	1	5
Número de filhos	249	2.0884	1.21492	0	4
Escolaridade	365	1.2849	1.29493	0	5
Limitações sentidas	367	0.4441	0.49755	0	1
Doença crónica	367	0.7193	0.44993	0	1
Tipo de edifício	226	2.8230	1.06442	1	4
Área de residência	226	0.6947	0.46156	0	1