

A Qualidade de Vida (QdV) de quem cuida no domicílio depois dos 50 anos: análise da realidade portuguesa.

Fátima Barbosa¹, Alice Delerue Matos¹

1. Universidade do Minho, Centro de Investigação em Ciências Sociais

Resumo:

A prestação de cuidados informais no domicílio, por indivíduos de idades avançadas, adquiriu uma dimensão e importância sem precedentes na sociedade portuguesa, em consequência, nomeadamente, das alterações sócio-demográficas registadas. Recorrendo a uma análise de regressão linear múltipla, procurou-se compreender em que medida a prestação de cuidados domiciliários em Portugal, por indivíduos de 50 e mais anos, condiciona a Qualidade de Vida (QdV) daqueles que a asseguram. A partir dos dados do projeto europeu SHARE – vaga 4, concluiu-se que existem diferenças significativas entre cuidadores domiciliários e não cuidadores e que a prestação de cuidados reduz a QdV dos idosos que os garantem. Estes resultados apontam para a necessidade de criar respostas sociais e de saúde dirigidas a estes indivíduos.

Resumen:

La prestación de cuidados informales en el domicilio por parte de individuos de edades avanzadas ha adquirido una dimensión e importancia sin precedentes en la sociedad portuguesa como consecuencia de las alteraciones demográficas producidas. Mediante análisis de regresión lineal múltiple se analiza en qué medida la prestación de cuidados en el domicilio por parte de individuos de 50 o más años influye sobre su calidad de vida. De estos datos derivados del proyecto europeo SHARE- cuarta ronda- se concluye que existen diferencias significativas entre cuidadores domiciliarios y no cuidadores en el sentido de que la prestación de cuidados reduce la calidad de vida de los mayores que los prestan. Los resultados apuntan la necesidad de dar respuestas tanto sociales como de salud dirigidas a este colectivo.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Cuidadores informais; Domicílio; Idosos.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa e muito idosa, tanto em número absoluto como relativo, constitui um importante desafio (Tarricone & Tsouros, 2008; European Commission, 2012) para as sociedades que são impelidas a dar resposta às necessidades de um número crescente de indivíduos em idades avançadas que apresentam incapacidades. O apoio a estes idosos recaía tradicionalmente na família e, em particular, nas mulheres mas, a sua integração no mercado de trabalho impede ou dificulta que continuem a assegurar o apoio aos idosos (Esping-Andersen, 2008). As políticas de promoção do “ageing in place” (OCDE, 2005) que contrariam a

institucionalização, por um lado, e a pressão do Estado para que as famílias assumam a responsabilidade dos cuidados aos indivíduos dependentes (Oudijk, Woittiez & Boer, 2011), por outro lado, fazem incidir sobre os mais velhos, a responsabilidade de assegurar estas tarefas. Estes indivíduos passaram a constituir um recurso importante na prestação de cuidados informais domiciliários (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2005; Glendinning et al., 2009:75).

A prestação de cuidados domiciliários é considerada uma atividade com grande impacto económico, social e de saúde (física e mental) na vida dos cuidadores domiciliários (Mentzakis, McNamee & Ryan, 2009:284; Piquart & Sørensen, 2007; De Koker, 2009). No contexto europeu, a prestação de cuidados informais no domicílio é sobretudo expressiva nos países do sul da Europa, que apresentam estruturas de apoio formal pouco desenvolvidas (Brandt, Haberkern & Szydlik, 2009). Quando comparados com os cuidadores informais não domiciliários, aqueles que prestam cuidados no próprio domicílio têm a seu cargo situações com graus de dependência mais elevados, tarefas emocionalmente mais desgastantes e que exigem trabalho intensivo (Brandt, Haberkern & Szydlik, 2009; De Koker, 2009; Glendinning et al., 2009:75). No entanto, o desempenho destas tarefas pode ter um impacto diverso na QdV dos cuidadores informais idosos. Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane (2006:360) constataram que a prestação de cuidados domiciliários realizada por indivíduos com 50 e mais anos reduz significativamente a QdV dos cuidadores. Resultados idênticos são obtidos noutras pesquisas (Ross, Lloyd, Weinhardt & Cheshire, 2008; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2011), enquanto Ekwall, Sivberg & Hallberg (2005) concluíram, ao invés, que os cuidadores informais idosos com 75 e mais anos possuem maior QdV que os não cuidadores do mesmo grupo etário. Finalmente, Hubley, Hemingway & Michalos (2003) concluíram que não existem diferenças significativas entre a QdV dos cuidadores informais de 65 e mais anos e a dos não cuidadores com a mesma idade.

Estes resultados contraditórios levaram-nos a aprofundar, neste estudo, a análise do impacto da prestação de cuidados informais na QdV dos cuidadores de 50 e mais anos. A análise incide sobre Portugal, o país que apresenta a maior percentagem de cuidadores domiciliários com idade igual ou superior a 50 anos (12,4%), no conjunto dos países que participam no projeto SHARE.

METODOLOGIA

Este trabalho baseia-se na informação recolhida em Portugal em 2010-2011, no âmbito do projeto europeu SHARE (vaga 4, versão 1). A amostra utilizada é constituída por indivíduos de 50 e mais anos pertencentes aos seguintes grupos: (1) cuidadores no domicílio, ou seja, indivíduos que, nos últimos 12 meses, prestaram assistência com regularidade (todos os dias ou quase todos os dias), ajudando um ou mais indivíduos nos cuidados pessoais (ex: a levantar-se da cama, lavar-se ou vestir-se) (N = 200); (2) não cuidadores domiciliários, ou seja, indivíduos que declararam não prestar cuidados no domicílio (N=1555). Num primeiro momento avaliaram-se as diferenças entre os dois grupos recorrendo ao teste t e Qui Quadrado e num segundo momento realizou-se uma regressão linear com o objetivo de perceber se a prestação de cuidados domiciliários se assume como preditor de QdV. Para a realização das análises estatísticas descritiva e inferencial recorreu-se ao software SPSS (versão 21).

ANÁLISE

Neste estudo, a QdV é avaliada pela escala CASP-12, versão curta do CASP-19 (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003) que compreende quatro domínios: Controlo, Autonomia, Auto-realização e Prazer. Esta escala de QdV valoriza atitudes e comportamentos proactivos e reflexivos dos indivíduos e considera que as necessidades humanas constituem pré-requisitos da participação dos indivíduos na sociedade. Cada domínio é definido em função da resposta a três questões que propõem modalidades de resposta apresentadas numa escala de Likert ascendente: muitas vezes; algumas vezes, raramente e nunca. A pontuação total da escala CASP-12 varia entre 12 a 48 pontos correspondendo às pontuações mais elevadas, uma maior QdV. O modelo de análise assume como variáveis explicativas a prestação de cuidados no domicílio, as características sociodemográficas e económicas dos indivíduos (idade, género, escolaridade avaliada segundo o ISCED-97, e *stress* financeiro), a saúde física (número de doenças crónicas e limitações nas atividades de vida diária), a saúde mental (depressão medida pela escala Euro-D, e memória), saúde comportamental (inatividade física) e as relações sociais (número de atividades sociais e número de pessoas emocionalmente próximas ou muito próximas).

RESULTADOS

Cuidadores e não cuidadores domiciliários apresentam diferenças significativas de QdV (tabela 1), apresentando os indivíduos que apoiam outras pessoas no próprio domicílio menor QdV do que aqueles que não cuidam em casa (30,4 e 32,4 pontos, respetivamente). Os dois grupos distinguem-se ainda em termos de idade, dimensão dos agregados familiares, limitações no desempenho das atividades da vida diária, nível de *stress* financeiro e sintomas depressivos. Com efeito, os cuidadores são indivíduos mais velhos (67,5 contra 65,2 anos), pertencem a agregados familiares mais numerosos (3,02 contra 2,80 pessoas), possuem maiores limitações na realização das atividades de vida diária (30,8% dos cuidadores e 11,6% dos não cuidadores possuem este tipo de limitações) e apresentam mais sintomas depressivos (37,2% dos cuidadores contra 31,6% dos não cuidadores apresentam 4 ou mais sintomas depressivos). Estes resultados são corroborados, nomeadamente, pelos estudos de Ekwall, Sivberg & Hallberg (2005), Gallagher-Thompson et al. (2006), Colombo, Llena-Nozal, Mercier & Tjadens (2011) Evans, Belyea, Coon e Ume (2012) e Herrera et al. (2013). Ao invés, o nível de *stress* financeiro dos cuidadores é menor do que o apresentado pelos não cuidadores (44,2% contra 57,2% dos indivíduos afirmam ter dificuldades ou muitas dificuldades em pagar as despesas mensais). Finalmente, sublinha-se que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao género, escolaridade, doenças crónicas, inatividade física, memória, número de atividades sociais desenvolvidas e número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas afetivamente.

Tabela 1. Características dos cuidadores domiciliários e dos não cuidadores domiciliários

	Cuidadores domiciliários (N=200)	Não cuidadores domiciliários (N=1555)	p value	x ² / t
Qualidade de Vida CASP-12, média (dp)	30,4 (5,307)	32,4 (4,670)	0,037	4,370
Género (%)				
Feminino	62,5	51,4	0,088	0,767
Idade, média (dp) anos	67,5 (10,843)	65,23 (10,121)	0,031	4,686
Escolaridade (ISCED-97) (%)			0,180	3,432
Baixa	57,1	55,2		
Média	6,4	6,6		
Alta	36,5	38,1		
Stress financeiro (%)			0,044	4,065
Sim	44,2	57,2		
Atividades da vida diária (%)			<0,001	43,022
Uma ou mais limitações	30,8	11,6		
Doenças crónicas, média (dp)			0,265	1,244
Duas ou mais doenças crónicas	49,2	46,6		
Inatividade física (%)			0,952	0,004
Sim	26,2	30,9		
Depressão Euro-D (%)			<0,001	33,685
4 ou mais sintomas	37,2	31,6		
Memória, média (dp)	6,6 (2,874)	7,6 (3,381)	0,551	0,356
Número de Atividades, média (dp)	1,03 (1,449)	0,99 (1,331)	0,517	0,421
Número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas, média (dp)	2,9(1,668)	1,97(1,332)	0,216	1,533
Tamanho do agregado familiar, média (dp)	3,02 (1,199)	2,80(1,177)	0,003	9,067

Fonte: SHARE, Vaga 4, Versão 1, dados ponderados, N= 1755 (N não ponderado).

Os resultados da regressão linear (tabela 2) revelam que, controladas as características sociodemográficas e económicas, de saúde (física, mental e comportamental) e as relações sociais dos indivíduos, a prestação de cuidados informais domiciliários reduz a QdV dos cuidadores (Coeficiente estandardizado=-0,062; p. 0,003). O modelo de regressão explica 33,6 % da variância da QdV, avaliada a partir do CASP-12 ($F(13,1588)=63,349$ p.<0.001). Os resultados obtidos corroboram os estudos que afirmam que a prestação de cuidados informais

se assume como um preditor de menor QDV (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane, 2006; Ross, Lloyd, Weinhardt & Cheshire, 2008; Rösler-Schidlack, Stummer & Ostermann, 2011).

Tabela 2. Resultados da análise de regressão linear

	Coeficientes não estandardizados	IC 95%		Coeficientes estandardizados	p value
		Limite Inferior	Limite Superior		
Constante	36,313	34,281	38,345		<0,001
Género					
Feminino	-,715	-1,138	-,292	-,070	0,001
Idade	-,058	-,083	-,032	-,102	<0,001
Escolaridade (ISCED-97)	-,302	-,547	-,057	-,053	0,016
Stress financeiro					
Sim	2,010	1,549	2,471	,191	<0,001
Atividades da vida diária					
Uma ou mais limitações	-2,300	-2,932	-1,668	-,161	<0,001
Doenças crónicas, média					
Duas ou mais doenças crónicas	-1,014	-1,455	-,573	-,100	<0,001
Inatividade física					
Sim	-,759	-1,287	-,232	,078	0,005
Depressão Euro-D					
4 ou mais sintomas	-2,456	-2,922	-1,990	-,235	<0,001
Memória	,114	,048	,180	,078	0,001
Número de atividades sociais	,360	,207	,513	,105	<0,001
Número de pessoas da rede social consideradas próximas ou muito próximas	,339	,190	,488	,096	<0,001
Tamanho do agregado familiar	-,086	-,287	,114	-,018	0,398
Prestação de cuidados domiciliários					
Sim	-0,976	-1,626	-0,325	-0,062	0,003

Nota: (a) Variável dependente QdV (CASP-12).

Fonte: SHARE, Vaga 4, Versão 1, dados não ponderados, N=1602 (N não ponderado).

A maioria dos estudos que avaliam os efeitos da prestação de cuidados informais na QdV dos indivíduos que os prestam, não distingue o tipo de cuidadores (domiciliários e não domiciliários). Tendo em consideração o aumento da necessidade de cuidados domiciliários (Tarricone & Tsouros, 2008), esta distinção impõe-se uma vez que o impacto da prestação de cuidados no domicílio, sobre o qual incidiu esta pesquisa, pode ser distinto daquele que resulta da prestação de cuidados na residência de outrem, assegurada de forma mais pontual e menos prolongada no tempo.

CONCLUSÃO

Os cuidadores domiciliários com idades avançadas têm vindo a adquirir uma importância crescente na sociedade portuguesa. No entanto, a prestação de cuidados domiciliários por indivíduos de 50 e mais anos é preditor de menor QdV, o que aponta para a necessidade de intervenção junto desta população e a criação de políticas oficiais de apoio ao cuidador informal domiciliário, inexistentes em Portugal. A díade cuidador-beneficiário de cuidados pessoais e de saúde deve ser reconhecida como uma “unidade de cuidados” (Fleming et al. 2006:417), onde tanto as necessidades do beneficiário de cuidados, como as do cuidador sejam valorizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585-601.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.
- De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care. *European Journal of Ageing*, 6(1), 3-15.
- Esping-Andersen. (2008). *Trois leçons sur l'État-Providence*. Paris: La République des Idées.
- European Commission (2012). *The 2012 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 27 Member States (pp. 2010-2060)*. European Commission: Brussels.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Evans, B. C., Belyea, M. J., Coon, D. W., & Ume, E. (2012). Activities of daily living in Mexican American caregivers: the key to continuing informal care. *Journal of Family Nursing*, 18(4), 439-466.
- Fleming, D. A., Sheppard, V. B., Mangan, P. A., Taylor, K. L., Tallarico, M., Adams, I., & Ingham, J. (2006). Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of Pain Symptom Management*, 31, 407-420.
- Gallagher-Thompson, D., Shurgot, G. R., Rider, K., Gray, H. L., McKibbin, C. L., Kraemer, H. C., Thompson, L. W. (2006). Ethnicity, stress, and cortisol function in Hispanic and non-Hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 334-342.
- Glendinning, C., Arkey, H., Tjadens, F., Moree, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). *Care provision within families and its socio-economic impact on care providers across European Union (pp. 2009-05)*. Research Works. York: University of York.
- Herrera, A. P., Mendez-Luck, C. A., Crist, J. D., Smith, M. L., Warre, R., Ory, M. G., & Markides, K. (2013). Psychosocial and cognitive health differences by caregiver status among older Mexican Americans. *Community Ment Health J*, 49(1), 61-72.
- Hyde, M., R. D. Wiggins, R. D., P. Higgs, P. & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing & Mental Health*, 7(3), 186-194
- Hubley, A. M., Hemingway, D., & Michalos, A. C. (2003). A Comparison of Older Informal Caregivers and Non-Caregivers Living in Non-Metropolitan Areas. *Social Indicators Research*, 61(3), 241-258.
- Mentzakis, E., McNamee, P., & Ryan, M. (2009). Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential informal care. *Review of Economics of the Household*, 7(3), 283-303.
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363.
- OCDE. (2005). *Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées*. Paris.
- Oudijk, D., Woittiez, I., & de Boer, A. (2011). More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries. *Health Policy*, 101(3), 228-235.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62 (2), 126-P137.

Rösler-Schidlack, B., Stummer, H., & Ostermann, H. (2011). Health-related quality of life of family caregivers—Evidence from Hesse. *Journal of Public Health*, 19(3), 269-280.

Ross, A., Lloyd, J., Weinhardt, M., & Cheshire, H. (2008). *Living and Caring? An investigation of experiences of older carers*. London.

Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2009). *Home Care in Europe: The Solid Facts*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fátima Barbosa, Centro de Investigação em Ciências Sociais, fatimacristinasenra@gmail.com

Alice Delerue Matos, Universidade do Minho, adelerue@ics.uminho.pt