VOLUME 8

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

Saúde Mental e Solidão em Cuidadores e Pessoas Idosas: Evidências do SHARE-COVID-19 em Portugal

Mental Health and Loneliness among Caregivers and Older Adults: Evidence from SHARE-COVID-19 in Portugal

Filipa Felgueiras[1], Raquel Barbosa[1]

1- FPCEUP
Corresponding author: raquel@fpce.up.pt

Informação do artigo
Recebido: 01/04/2025
Revisto: 30/07/2025
Aceite: 30/09/2025

This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International

RESUMO

A prestação de cuidados a pessoas idosas é um fenómeno crescente em Portugal, intensificado pelas mudanças sociodemográficas. A pandemia de COVID-19 impactou significativamente esta realidade, mas persistem lacunas na sua caracterização. Este estudo quantitativo e transversal analisou os tipos de cuidados recebidos e prestados, considerando o género, a idade, a sintomatologia depressiva e ansiosa, a solidão e o estado de saúde percebido. Foram utilizados dados do SHARE Corona 2 em Portugal, com uma amostra de 905 participantes com 65 ou mais anos a viver na comunidade, dos quais 82 receberam cuidados e 95 prestaram cuidados. Identificaram-se três tipos de apoio: cuidados formais, informais e mistos. Os participantes mais velhos receberam mais cuidados, enquanto os mais novos e as mulheres foram os principais prestadores. Não se verificaram diferenças de género nos tipos de cuidados obtidos. Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva, na ansiedade e na solidão entre os participantes que receberam diferentes tipos de cuidados ou entre prestadores e não prestadores. No entanto, os cuidadores reportaram um estado de saúde percebido inferior em comparação com os não cuidadores. Embora algumas diferenças não tenham atingido significância estatística, registaram-se tendências com efeitos práticos relevantes. Este estudo salienta a necessidade de reforçar as respostas sociais e comunitárias de apoio à população idosa e aos cuidadores, com especial atenção às mulheres e aos mais velhos.

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

Palavras-chave: SHARE COVID-19; Cuidadores; Idosos; Saúde mental; Solidão

ABSTRACT

The provision of care to older adults is a growing phenomenon in Portugal, intensified by sociodemographic changes. The COVID-19 pandemic significantly affected this reality, yet gaps in its characterisation persist. This quantitative, cross-sectional study examined the types of care received and provided, considering gender, age, depressive and anxiety symptoms, loneliness, and perceived health status. Data from SHARE Corona 2 in Portugal were used, with a sample of 905 community-dwelling participants aged 65 or older, of whom 82 received care and 95 provided care. Three types of support were identified: formal, informal, and mixed care. Older participants received more care, whereas younger ones and women were the main caregivers. No gender differences were found in the types of care received. No statistically significant differences were observed in depressive symptoms, anxiety, or loneliness between participants receiving different types of care, nor between caregivers and non-caregivers. However, caregivers reported poorer perceived health compared with non-caregivers. Although some differences did not reach statistical significance, trends with relevant practical implications were noted. This study highlights the need to strengthen social and community support for older adults and caregivers, with particular attention to women and the oldest individuals.

Keywords: SHARE COVID-19; Caregivers; Older adults; Mental health; Loneliness

INRTODUÇÃO

Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico é uma tendência global impulsionada pelo aumento da esperança média de vida, associado a melhorias nas condições de vida, avanços científicos e redução das taxas de fecundidade e mortalidade (Araújo et al., 2016; Macia et al., 2020). As sociedades apresentam um crescimento exponencial da população idosa, sendo a Europa o continente mais envelhecido (ONU, 2019; Rosa, 2020). Em Portugal, projeta-se um aumento da população idosa de 2,2 para 3,0 milhões entre 2018 e 2080, resultando num quase duplicar do índice de envelhecimento (INE, 2020). Embora o aumento da longevidade seja uma conquista da civilização moderna, existe um conjunto de condições e agravantes físicas, sociais e psicológicas, associadas à idade (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Kirkwood, 2008; Sundström et al., 2020). Deste modo, cresce também a necessidade de obtenção de cuidados (Verbeek-Oudijk et al., 2014), o que tem levado entidades governamentais e não-governamentais a edificarem respostas sociais e estratégias públicas de suporte à população idosa (Zaidi et al., 2017).

Cuidados prestados e recebidos

Na Europa, os cuidados informais são predominantes, especialmente no sul, devido ao subdesenvolvimento de respostas formais (Verbeek-Oudijk et al., 2014; Barbosa et al., 2020). Em Portugal, redes formais e informais desempenham um papel essencial na qualidade de vida dos idosos, reduzindo a solidão e garantindo suporte emocional e instrumental (Pinho, 2015).

Cuidados informais

Os cuidados informais, definidos como apoio não remunerado prestado por familiares, amigos ou vizinhos, envolvem tarefas diárias exaustivas, como higiene pessoal e alimentação (Bastawrous, 2013; Glendinning et al., 2009). A legislação portuguesa reconheceu este papel através do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019).

A literatura evidencia que, cada vez mais, as pessoas idosas se revelam um importante recurso na prestação de cuidados dos seus pares após a reforma, em virtude da melhoria das condições de saúde, do aumento da esperança média de vida, e da iminência crescente dos indivíduos mais velhos terem alguém do seu agregado familiar ou fora dele que precisa de suporte (Haberken et al., 2011).

A prestação de cuidados informais é predominantemente assumida por mulheres, sendo as esposas e filhas as principais cuidadoras, mas também as principais beneficiárias desse apoio (Carr & Utz, 2020; Glendinning et al., 2009; Hosseinpoor et al., 2013). Estudos indicam que os idosos mais novos prestam mais cuidados, enquanto os mais velhos são os principais recetores desse suporte (Barbosa & Matos, 2014; Haberkern et al., 2011).

O ato de cuidar está associado a elevados níveis de stress e impacto negativo na saúde física e psicológica dos cuidadores, sobretudo mulheres, que apresentam mais problemas de sono, ansiedade e sintomas psicossomáticos (Ho et al., 2009). Os cuidadores informais, em comparação com não-cuidadores, revelam menor qualidade de vida, mais stress e depressão, e pior bem-estar subjetivo e físico (Tatangelo et al., 2018). A falta de suporte formal, as dificuldades em satisfazer necessidades próprias e as restrições na vida social e profissional contribuem para esse mal-estar (Pinquart & Sörensen, 2003).

Num estudo efetuado por Barbosa (2015) com recurso a dados da quarta vaga do SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement*) e a entrevistas realizadas a pessoas portuguesas acima dos 50 anos que prestavam cuidados informais aos seus cônjuges, verificou-se que a maioria são mulheres, pessoas com idade mais avançada, com saúde física mais frágil e mais sintomas depressivos. Observou-se, ainda, que a continuidade dos cuidados poderia ficar comprometida devido à saúde mais debilitada dos cuidadores, visto que este tipo de suporte corresidencial se associa a uma qualidade de vida mais baixa, como consequência do desgaste pela multiplicidade de tarefas desempenhadas (Barbosa, 2015). Porém, constataram-se alguns impasses na obtenção de outro tipo de cuidados, designadamente fatores inerentes à relação afetiva, e ao cumprimento de valores e normas sociais, e ao sentimento de obrigação no cuidado do cônjuge, o que, neste último caso, poderá revelar a falta de serviços e recursos de suporte formal.

Cuidados formais

Os cuidados formais referem-se ao suporte remunerado, facultado por cuidadores privados, e/ou por profissionais dos sistemas de saúde e de assistência social. Comparativamente aos cuidados informais, a prestação de cuidados formais requer competências mais especializadas, como é o caso dos cuidados de enfermagem (Lyberaki et al., 2013).

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

No contexto português, os cuidados formais são prestados por profissionais de saúde e por estruturas sociais, como é o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). A sua missão passa por prevenir e reparar situações de carência e dependência, proteger grupos mais vulneráveis, podendo ser fundadas pelo Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos (Instituto de Segurança Social [ISS], 2021). Atualmente, existem sete tipos de respostas sociais destinadas à população idosa: serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar, estruturas residenciais, centro de férias e lazer (ISS, 2021). Tal como ocorre nos cuidados informais, observa-se uma predominância do género feminino nos cuidados formais (Colomé et al., 2011). No que respeita à idade, apesar de não existir consenso na literatura, dados mais recentes apontam que os cuidadores formais tendem a ser pessoas com idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos (Gil, 2020b).

Os cuidados formais beneficiam tanto os idosos como os cuidadores informais, melhorando a sua qualidade de vida (Barbosa & Matos, 2014). No entanto, representam um trabalho exigente, marcado por alta carga laboral e impacto emocional, agravado pela pandemia COVID-19 (Guerra et al., 2017; Sousa, 2021).

Pandemia COVID-19

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na prestação e obtenção de cuidados à população idosa, expondo fragilidades nos sistemas de suporte (Bergmann & Wagner, 2021). Apesar das medidas de contenção terem sido essenciais para controlar a propagação do vírus, estas resultaram no aumento do isolamento social, comprometendo o bem-estar físico e mental dos idosos (Brooke & Jackson, 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Estudos demonstraram que, durante a pandemia, houve uma redução na prestação de cuidados formais, o que levou ao aumento da sobrecarga dos cuidadores informais (Giebel et al., 2021; Tur-Sinai et al., 2021). Em Portugal, o encerramento de serviços sociais, como centros de dia, obrigou as IPSS a reforçarem o apoio domiciliário, aumentando a pressão sobre os recursos humanos disponíveis (Martins et al., 2021).

Além disso, a pandemia trouxe repercussões significativas para a saúde mental da população idosa e dos cuidadores. Estudos nacionais indicam que os idosos sentiram um agravamento da sua qualidade de vida, com um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e solidão (Pacheco, 2021; Pereira et al., 2022). A falta de acesso a serviços de saúde e apoio comunitário contribuiu para essa deterioração, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais robustas para enfrentar desafios futuros (Machado, 2021).

Embora já existam investigações sobre o impacto da pandemia nos idosos e cuidadores, ainda são necessários estudos que analisem, especificamente, a população acima dos 65 anos que simultaneamente presta e recebe cuidados, considerando fatores como saúde física, mental e condições socioeconômicas (Bergmann & Wagner, 2021; Tur-Sinai et al., 2021). Este conhecimento é fundamental para a definição de estratégias eficazes de apoio à população idosa no contexto pós-pandemia.

Objetivos e hipóteses

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

A crescente necessidade de cuidados na população envelhecida é uma realidade na Europa, incluindo Portugal (Verbeek-Oudijk et al., 2014). Dada a relevância do suporte formal e informal no bem-estar dos idosos (Hosseinpoor et al., 2013) e os impactos da pandemia, presente estudo tem como principal objetivo caracterizar os cuidadores e recetores de cuidados com mais de 65 anos e que vivem na comunidade, em Portugal, um ano após o despoletar da pandemia, em função do género, da idade, da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa, da perceção de sentimentos de solidão e do estado de saúde percebido.

Tem os seguintes objetivos específicos: (a) identificar os diferentes tipos de cuidados recebidos pelas pessoas idosas durante a segunda vaga da pandemia; (b) comparar os diferentes tipos de cuidados recebidos ao nível do género, da idade, da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa, da perceção da solidão e do estado de saúde percebido das pessoas cuidadas; (c) identificar dificuldades sentidas na obtenção de cuidados; (d) comparar os prestadores e os não-prestadores de cuidados ao nível do género, da idade, da sintomatologia depressiva, da sintomatologia ansiosa, da perceção da solidão e do estado de saúde percebido.

Os cuidados informais são predominantes nos países do sul da Europa (Verbeek-Oudijk et al., 2014) e aumentaram durante a pandemia devido à escassez de cuidados formais (Bergmann & Wagner, 2021; Giebel et al., 2021). Assim, prevê-se que (H1) tenham sido o tipo de suporte mais frequente em Portugal durante a segunda vaga da COVID-19. Além disso, dado que as mulheres recebem mais cuidados informais (Glendinning & Moran, 2009), espera-se que (H2) existam diferenças de género, com as mulheres a beneficiarem mais desse suporte do que os homens.

Considerando os impactos negativos da pandemia nos cuidados formais e informais, especialmente na saúde física e psicológica dos recetores (Bergmann & Wagner, 2021), antecipa-se que (H3) não haja diferenças nos tipos de cuidados recebidos em função da sintomatologia depressiva e ansiosa, da perceção de solidão e do estado de saúde percebido.

A literatura indica que idosos mais novos tendem a manter-se ativos após a reforma, prestando cuidados a pares mais velhos e com problemas de saúde (Barbosa & Matos, 2014; Haberkern et al., 2011; Hosseinpoor et al., 2013). Assim, estipula-se que (H4) os cuidadores sejam idosos mais novos e os recetores, idosos mais velhos.

Dado o consenso de que os cuidados informais são maioritariamente prestados por mulheres (Barbosa & Matos, 2014; Carr & Utz, 2020), prevê-se que (H5) sejam elas as principais cuidadoras. Por fim, sendo esta atividade exigente e prejudicial à saúde mental e física (Barbosa, 2015; Ho et al., 2009; Tatangelo et al., 2018), espera-se que (H6) os cuidadores apresentem níveis mais elevados de depressão, ansiedade e solidão, bem como pior estado de saúde percebido, em comparação com os não-cuidadores.

METODOLOGIA

Desenho Metodológico

O presente estudo adota uma metodologia quantitativa, descritiva e correlacional, com um desenho de investigação transversal.

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

Participantes

Como o âmbito deste estudo é a população mais idosa e a viver na comunidade, foram excluídos os participantes com menos de 65 anos (n= 163) e pessoas institucionalizadas (n=5).

A amostra é constituída 905 participantes, 488 mulheres (53.9%) e 417 homens (46.1%). As idades estão compreendidas entre os 65 e os 99 anos (M= 75.09; DP= 7.13), sendo que 690 participantes têm entre 65 e 79 anos (76.2%) e 215 têm mais de 80 anos (23.8%). Quanto ao estado civil, 231 dos participantes são casados (25.5%). No que concerne à situação profissional, 763 participantes estão reformados (84.3%), 55 estão empregados ou são trabalhadores por conta própria (6.1%), 50 são domésticos (5.5%), 11 encontram-se permanentemente doentes ou incapacitados (1.2%), 18 estão noutra situação (2.0%), 6 estão desempregados (0.7%).

Receberam cuidados 82 participantes, 53 mulheres (64.6%) e 29 homens (35.4%), com idades entre os 65 e os 99 anos (M=80.77, DP=9.08). No que concerne ao tipo de cuidados obtidos, 43 pessoas idosas receberam cuidados formais (52.4%), 21 receberam cuidados formais e informais (25.6%), e 18 beneficiaram exclusivamente de cuidados informais (22.0%) por parte dos filhos (2.8%), de vizinhos, amigos ou colegas (1.2%) e de outros familiares (1.0%).

Prestaram cuidados 95 participantes, 62 mulheres (65.3%) e 33 homens (34.7%), entre os 65 e os 97 anos (M= 72.12; DP= 6.62). O cuidado prestado aos filhos revelou-se a prática mais comum (38.9%), em comparação aos cuidados prestados a vizinhos, amigos ou colegas (32.6%), outros familiares (23.2%) e pais (20.0%).

Instrumento

Este estudo utiliza dados recolhidos em Portugal, na vaga 9 do Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE Corona Survey 2). O SHARE é um projeto de investigação longitudinal, multidisciplinar e internacional, que visa estudar os efeitos das políticas de saúde, sociais, económicas e ambientais na vida dos cidadãos acima dos 50 anos, de 27 países europeus e Israel.

O SHARE Corona Survey 2 apresenta-se como um questionário mais curto, cobrindo, à semelhança dos anteriores, domínios gerais de vida (e.g., saúde física, saúde mental, situação profissional e financeira, redes sociais) e tópicos relacionados com a COVID-19, nomeadamente, infeção por SARS-CoV-2 e alterações nas rotinas de vida decorrentes da pandemia.

Procedimentos

- Recolha de dados

Os dados deste estudo foram recolhidos através de entrevistas telefónicas (CATI – Computer-Assisted Telephone Interview), entre junho e agosto de 2021, em 27 países europeus e Israel, em resposta às restrições impostas pela pandemia. Inicialmente, a metodologia do projeto SHARE baseava-se em entrevistas presenciais assistidas por computador (CAPI – Computer-Assisted Personal Interview), contudo, a necessidade de adaptação levou à transição para entrevistas remotas.

A população-alvo incluiu indivíduos com 50 ou mais anos e os seus cônjuges/parceiros, desde que dominassem a língua oficial do país e não estivessem presos, hospitalizados ou ausentes durante o período de recolha. A amostra foi selecionada com base

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

num processo probabilístico e incluiu participantes previamente inquiridos na primeira vaga do SHARE Corona (vaga 8), permitindo uma análise longitudinal das mudanças ocorridas desde o início da pandemia.

Antes da entrevista, apresentava-se um enquadramento geral do estudo, seguido do pedido de consentimento informado, concedido oralmente pelos participantes. O estudo não requereu aprovação de um conselho de ética português, dado que utilizou exclusivamente dados do SHARE, previamente aprovados pela Comissão de Ética da Sociedade Max Planck. O acesso aos dados foi autorizado, sob o compromisso de partilha dos resultados na plataforma do projeto.

- Procedimento estatísticos

Os dados foram codificados e tratados estatisticamente no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPPS), na versão 28.

Foram avaliados os pressupostos estatísticos necessários para as análises efetuadas. Sempre que não foram cumpridos os pressupostos de normalidade, foi utilizada a alternativa não paramétrica. Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra a nível das variáveis em estudo.

Para identificação de diferenças em relação ao género, à sintomatologia depressiva, à sintomatologia ansiosa e à perceção da solidão, entre os tipos de cuidados recebidos (informais, formais e formais e informais) e entre o grupo que prestou cuidados e aquele que não prestou cuidados, recorreu-se ao Teste de Independência Qui-Quadrado. Analisaram-se os tamanhos dos efeitos segundo os valores de Cohen (1992) para o caso dos recetores de cuidados (tabelas de 3x2): pequenos ($V \geq .07$), médios ($V \geq .21$) e grandes ($V \geq .35$); e para o tipo de cuidados prestados (tabelas de 2x2): pequenos ($\varphi \geq .1$), médios ($\varphi \geq .3$) e grandes ($\varphi \geq .5$).

Utilizou-se uma ANOVA One-Way para explorar diferenças etárias em função do tipo de cuidados recebidos. Neste caso, seguindo também as diretrizes de Cohen (1992), os tamanhos do efeito considerados foram: pequenos ($\eta 2 < .01$), médios ($\eta 2$ entre .02 e .06) e grandes ($\eta 2 > .14$).

Para avaliar as diferenças entre os tipos de cuidados recebidos e a saúde percebida foi utilizado o Teste Kruskall-Wallis, tendo como referência os mesmos valores para o tamanho do efeito da ANOVA (Cohen, 1992).

Finalmente, as diferenças na prestação de cuidados em função da idade e dos níveis de saúde percebida foram avaliadas através de Testes Mann-Whitney, com os valores do tamanho do efeito de pequeno ($r = .10$), médio ($r = .30$) e grande ($r = .50$) (Cohen, 1992).

RESULTADOS

Obtenção de cuidados

Caracterização da amostra quanto à obtenção de cuidados

As estatísticas descritivas da amostra referentes às variáveis sociodemográficas em estudo (idade, género, situação profissional e doença crónica) apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1 - *Caracterização da amostra quanto à obtenção de cuidados*

	Cuidados Informais	**Cuidados Formais**	***n* =**	**Cuidados Formais e Informais**

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

	n= 18 (22%)	43 (52.4%)	*n* = 21 (25.6%)
Idade			
65 – 79 anos	11 (61.1)	25 (58.1)	3 (14.3)
+80 anos	7 (38.9)	18 (41.9)	18 (85.7)
Total	18	43	21
Género			
Masculino	6 (33.3)	15 (34.9)	8 (38.1)
Feminino	12 (66.7)	28 (65.1)	13 (61.9)
Total	18	43	21
Casado (sim)	10 (55.6)	15 (34.9)	10 (47.6)
Total	18	43	21
Situação Profissional			
Reformado	13 (72.2)	38 (88.4)	20 (95.2)
Empregue ou trabalhador por conta própria	1 (5.6)	1 (2.3)	0 (0)
Doméstico	3 (16.7)	3 (7.0)	1 (4.8)
Permanente Doente ou Incapacitado	0 (0)	1 (2.3)	0 (0)
Desempregado	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Outra Situação	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)
Total	18	43	21
Doença crónica			
Sim	2 (11.1)	7 (16.3)	1 (4.8)
Não	15 (83.3)	36 (83.7)	21 (95.2)
Total	18	43	21

Diferenças de género em função do tipo de cuidados recebidos

O teste Qui- Quadrado para independência indica que não há uma associação estatisticamente significativa entre o género de quem recebe cuidados e o tipo de cuidados recebidos, $\chi 2$ (2, n= 82) = .11, p= .95, V=.04.

Diferenças de idade em função do tipo de cuidados recebidos

Através da ANOVA One-Way, constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de cuidados recebidos no que respeita à idade dos recetores de cuidados, F (2, 79) = 4.65, p=.01, $\eta 2$= .11.

Comparações Post-Hoc realizadas com recurso ao teste LSD revelaram que a média dos participantes que recebeu cuidados formais e informais (M= 85.76, DP= 7.60) foi significativamente superior daqueles que apenas receberam cuidados formais (M= 79.12, DP=8.86) ou informais (M =78.89, DP=9.48), com os participantes mais velhos a receberem ambos os tipos de cuidados, comparativamente às outras idades. Os participantes que receberam apenas cuidados formais ou informais não diferem significativamente entre si quanto à idade (p =.93).

Diferença da sintomatologia depressiva em função do tipo de cuidados recebidos

O teste Qui- Quadrado para independência revelou que não há uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e o tipo de cuidados recebidos, $\chi 2$ (2, n= 80) = 3.67, p= .16, V=.21, embora haja uma tendência para os que têm mais sintomatologia depressiva serem os que recebem mais cuidados formais (44.7%).

Diferença da sintomatologia ansiosa em função do tipo de cuidados recebidos

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

Da mesma forma, não existe uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia ansiosa e o tipo de cuidados recebidos, χ2 (2, n= 79) = 5.73 p= .06, V= .27, embora se verifique uma tendência (não significativa) para a proporção das pessoas idosas que se percecionam como mais ansiosas serem as que recebem cuidados formais (44.0%).

Diferença na perceção de solidão em função do tipo de cuidados recebidos

O teste Qui- Quadrado para independência indica que não há uma associação estatisticamente significativa entre a perceção de solidão e o tipo de cuidados recebidos, χ2 (2, n= 78) = 1.06, p= .90, V= .08.

Diferença na perceção de saúde em função do tipo de cuidados recebidos

Com recurso ao teste Kruskall – Wallis verificou-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de saúde percebida entre os três grupos de participantes, que receberam cuidados diferenciados, χ2 (2, n= 82) = 1.55, p= .46, η2= .006.

Caracterização das dificuldades na obtenção de cuidados

Constatou-se que destes 82 participantes a receberem cuidados, apenas duas pessoas idosas (2.4%) reportaram dificuldades em obter cuidados formais na fase pandémica; uma delas revelou ter de pagar mais para receber cuidados em casa e a outra referiu que os cuidadores não podiam deslocar-se a casa para prestar cuidados.

Prestação de cuidados

Caracterização da amostra quanto à prestação de cuidados

As estatísticas descritivas da amostra referentes às variáveis sociodemográficas em estudo (idade, género, situação profissional e doença crónica) apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2 - *Caracterização da amostra quanto à prestação ou não prestação de cuidados*

	Prestaram cuidados *n*= 95 (88.6%)	**Não prestaram cuidados** *n* = 802 (10.5%)
Idade		
65 – 79 anos	84 (88.4)	**601 (74.9)**
+80 anos	11 (11.6)	**201 (25.1)**
Total	95	**802**
Género		
Masculino	33 (34.7)	**380 (47.4)**
Feminino	62 (65.3)	**422 (52.6)**
Total	95	**802**
Casado (sim)	27 (28.4)	**199 (24.8)**
Total	95	**802**
Situação Profissional		
Reformado	75 (78.9)	**682 (85.0)**
Empregue ou trabalhador por conta própria	10 (10.5)	**45 (5.6)**
Doméstico	7 (7.4)	**43 (5.4)**
Permanente Doente ou Incapacitado	1 (1.1)	**10 (1.2)**
Desempregado	0 (0)	**6 (0.7)**
Outra Situação	2 (2.1)	**16 (2.0)**
Total	95	**802**
Doença crónica		

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

Sim	13 (13.7)	**98 (12.2)**
Não	82 (86.3)	**700 (87.3)**
Total	**95**	**802**

Diferenças na prestação de cuidados em função do género

O teste Qui- Quadrado para independência revela uma associação estatisticamente significativa entre o género e a prestação de cuidados, $\chi2$ (1, n= 897) = 5.47, p = .02, φ=.08. As mulheres prestam mais cuidados (12.8%) em comparação com os homens (8.0%). Estes, por sua vez, apresentam uma proporção superior (92.0%) à das mulheres (87.2%) no que respeita à não prestação de cuidados.

Diferenças na prestação de cuidados em função da idade

O teste de Mann-Whitney demonstrou diferenças estatisticamente significativas na idade dos prestadores de cuidados, U= 2696, z = -4.67, p <.001, r = .16, com os prestadores de cuidados a serem mais novos (Md=71, n=95) do que aqueles que disseram não prestar cuidados a outrem (Md=75, n=802).

Diferença da sintomatologia depressiva em função da prestação, ou não, de cuidados

O teste Qui- Quadrado para independência revelou que não há uma associação estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva naqueles que prestam e nos que não prestam cuidados, $\chi2$ (1, n= 883) = 1.55, p = .21, φ=.04

Diferença da sintomatologia ansiosa na prestação, ou não, de cuidados

Também não se verificou uma associação estatisticamente significativa na sintomatologia ansiosa e o facto de prestarem ou não cuidados, $\chi2$ (1, n= 886) = .12 p = .73, φ= .01.

Diferença na perceção de solidão na prestação, ou não, de cuidados

Da mesma forma, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a perceção de solidão nas pessoas que prestam ou não cuidados a outrem, $\chi2$ (2, n= 874) = 2.06, p = .36, φ = .05.

Diferença na perceção de saúde na prestação, ou não, de cuidados

Com recurso ao teste Mann-Whitney verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de saúde percebida entre os prestadores de cuidados (Md=4, n=95) e não-prestadores de cuidados (Md=4, n=800), U= 31556, z= -2.87, p=.004, r = .10. Ainda que as medianas dos grupos sejam iguais, verificou-se que a classificação média do grupo dos prestadores de cuidados é inferior (M= 380.16) à dos não-cuidadores (M= 456.06), tal como esperado.

DISCUSSÃO

A presente investigação tinha como principal finalidade compreender o cenário português relativamente à prestação e obtenção de cuidados, sendo os cuidadores e recetores de cuidados pessoas idosas, durante a segunda vaga da pandemia COVID-19. Deste modo, propunha-se a identificar os tipos de cuidados recebidos (formais, informais e formais e informais) e prestados (prestar ou não prestar cuidados) na adultez tardia, analisando ainda as diferenças entre os diferentes grupos em função do género, da idade, da sintomatologia depressiva e ansiosa, da perceção de solidão e do estado de saúde percebido.

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

Foram identificados três tipos de cuidados recebidos: informais (familiares), formais e mistos (formais e informais). Contrariamente à hipótese H1, os cuidados formais foram os mais frequentemente recebidos, possivelmente devido a vulnerabilidades de saúde prévias que exigiam cuidados especializados a domicílio (Komulainen et al., 2021) e à maior acessibilidade das respostas sociais e profissionais de saúde durante as restrições (e.g., Serviço de Apoio ao Domicílio, enfermeiros). Os resultados sugerem que a maioria dos beneficiários de cuidados formais não tinha um cônjuge como cuidador, sendo este papel assumido por redes de suporte formais. O medo do contágio por COVID-19 pode explicar a menor frequência de cuidados informais (Machado, 2021).

Quanto ao género, os tipos de cuidados recebidos não variaram significativamente (H2), mas as mulheres receberam mais cuidados, corroborando os estudos de Glendinning et al. (2009), devido à maior longevidade e condições de saúde associadas (Kirkwood, 2008). Relativamente à saúde, não foram encontradas diferenças significativas entre os tipos de cuidados e a sintomatologia depressiva e ansiosa, perceção de solidão ou saúde percebida, confirmando a H3. Contudo, as pessoas que receberam cuidados formais apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão, o que pode ser explicado por quadros clínicos prévios (Komulainen et al., 2021) que se agravaram pelo medo do contágio (Rosa, 2020), ou pela menor proximidade emocional com cuidadores formais (Machado, 2021; Pereira, 2022; Tur-Sinai et al., 2021).

Em relação à idade, verificou-se que as pessoas mais velhas receberam cuidados mistos (formais e informais), sendo o grupo com maior número de cuidados. Já os mais jovens prestaram mais cuidados informais, confirmando a hipótese H4. A prevalência de doenças e necessidades entre os mais velhos exige cuidados formais e/ou informais (Bolin et al., 2008; Barbosa & Matos, 2014). A maioria das pessoas cuidadas não apresentava doenças crónicas, mas havia necessidades diversas que exigiam suporte (Ho et al., 2009; Kirkwood, 2008; Lyberaki et al., 2013).

Em relação à prestação de cuidados, a amostra dividiu-se entre prestadores e não prestadores de cuidados informais, confirmando-se a feminização na prestação de cuidados (Barbosa & Matos, 2014; Carr & Utz, 2020; Glendinning et al., 2009), com as mulheres a representar a maioria dos prestadores (H5). Embora os prestadores de cuidados apresentem um estado de saúde percebido inferior, não foram encontradas diferenças significativas quanto à sintomatologia depressiva, ansiosa ou perceção de solidão entre os grupos de prestadores e não prestadores (H6). Este fenómeno pode ser explicado pela maior adaptação dos cuidadores informais durante a pandemia, com estratégias mais eficazes para lidar com as circunstâncias (Giebel et al., 2021), e pelo envolvimento social das pessoas idosas, que protegeu contra o isolamento e os sintomas psicológicos (Atzendorf & Gruber, 2021; Giebel et al., 2021; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). No entanto, a percepção subjetiva dos cuidadores pode ter influenciado a avaliação dos sintomas (Barbosa, 2015; Barbosa & Matos, 2020; Glendinning et al., 2009).

Embora dois participantes tenham referido dificuldades na obtenção de cuidados,

 ISSN: 2795-559 · DOI: 10.61415/riage.380

como o aumento de custos e a impossibilidade de deslocação dos cuidadores ao domicílio, não foram observadas outras dificuldades mencionadas pela literatura (Giebel et al., 2021; Heid et al., 2021), como a menor frequência de cuidados. As restrições da segunda vaga da pandemia podem justificar esses resultados. A pequena amostra de cuidadores e pessoas cuidadas, possivelmente resultante das medidas de controlo da COVID-19 (Bergmann & Wagner, 2021; Martins et al., 2021), limita a análise, mas reflete a dificuldade no acesso a recursos de apoio formais e informais.

CONCLUSÃO

Durante a pandemia, em Portugal, a prestação e obtenção de cuidados caracterizou-se por um número reduzido de beneficiários e cuidadores, o que poderá ser resultado das restrições impostas para o controlo epidemiológico da COVID-19. Além disso, este estudo realçou o papel preponderante do género feminino e das pessoas idosas mais novas no suporte informal aos seus pares que, acima de tudo, se constitui um pilar crucial na manutenção do bem-estar físico e psicológico das pessoas cuidadas. Ainda assim, as pessoas que prestam cuidados informais continuam a manifestar-se um grupo vulnerável pelas exigências requeridas nas funções de suporte às necessidades que se vão acumulando, e que ressoam no seu estado de saúde.

Não obstante os resultados, este estudo apresenta algumas limitações. A primeira refere-se à ausência de indicadores sociodemográficos, como nível de escolaridade e condição socioeconómica, no questionário da vaga 9 do SHARE, o que pode influenciar os tipos de cuidados recebidos. Outra limitação é a falta de exploração do impacto mediador de variáveis relacionadas com a COVID-19, como medidas de mitigação e infeção por SARS-CoV-2, que merecem investigação em estudos futuros. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a inferência de causalidade entre as dificuldades na obtenção de cuidados e a pandemia, sugerindo-se a exploração futura através de estudos longitudinais. Também se verificou que certas variáveis foram avaliadas por respostas binárias ("sim" ou "não"), o que limita a análise mais aprofundada, especialmente em áreas como sintomatologia depressiva, ansiosa e perceção da solidão. A falta de questões sobre os tipos e qualidade dos cuidados recebidos e prestados, a duração dos cuidados ou a percepção de apoio também restringiu a análise. Finalmente, pode-se também apontar a falta de uma componente qualitativa, que poderá ser considerada em estudos posteriores, de modo a compreender as perspetivas das pessoas idosas em relação à obtenção e prestação de cuidados no período pandémico.

Apesar das limitações, este estudo contribui significativamente para a compreensão da prestação e obtenção de cuidados pela população idosa durante a pandemia de COVID-19, particularmente no contexto português, enfatizando a importância da criação e reforço de medidas públicas que adotem uma abordagem preventiva e de promoção da saúde física e mental dos idosos, alinhadas com os princípios do envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e

longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, *2*(1), 1-11.

Atzendorf, J., & Gruber, S. (2021). Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of COVID-19. *European journal of ageing*, 1–13. https://doi.org/10.1007/s10433-021-00640-8

Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, *11*(4), 293–300. https://doi.org/10.1007/s10433-014-0321-0

Barbosa, F. C. S. (2015). «Cuidarei, enquanto puder»: a qualidade de vida a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 ou mais anos [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/42527

Barbosa, F., Voss, G., & Delerue Matos, A. (2020). Health impact of providing informal care in Portugal. *BMC Geriatrics*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01841-z

Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden-A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(3), 431–441. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005

Bergmann, M., & Wagner, M. (2021). The impact of COVID-19 on informal caregiving and care receiving across Europe during the first phase of the pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.673874

Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, *17*(3), 393–409. https://doi.org/10.1002/hec.1275

Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(14), 2044–2046. https://doi.org/10.1111/jocn.15274

Carr, D., & Utz, R. L. (2020). Families in later life: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, *82*(1), 346–363. https://doi.org/10.1111/jomf.12609

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrónica de Enfermagem*, *13*(2), 306-312.

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013. https://doi.org/10.1155/2013/298012

Giebel, C., Pulford, D., Cooper, C., Lord, K., Shenton, J., Cannon, J., Shaw, L., Tetlow, H., Limbert, S., Callaghan, S., Whittington, R., Rogers, C., Komuravelli, A., Rajagopal, M., Eley, R., Downs, M., Reilly, S., Ward, K., Gaughan, A., … Gabbay, M. (2021). COVID-19-related social support service closures and mental well-being in older adults and those affected by dementia: A UK longitudinal survey. *BMJ Open*, *11*(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045889

Gil, A. P. (2020b). Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do

emprego. *Cidades*, (40), 67- 87. https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05

Glendinning, C., Arkey, H., Tjadens, F., Moree, M., Moran, N., & Nies, H. (2009). *Care provision within families and its socio-economic impact on care providers across European Union*. Research Works. University of York

Guerra, H. S., Almeida, N. A. M., Souza, M. R. D., Minamisava, R., & Tobias, G. C. (2017). Qualidade de vida dos cuidadores de um serviço de atenção domiciliar. *Rev. enferm. UFPE on line*, 254-263.

Haberkern, K., Schmid, T., Neuberger, F., & Grignon, M. (2011). The role of the elderly as providers and recipients of care. *The Future of Families to 2030*, 189– 257. https://doi.org/10.1787/9789264168367-6-en

Heid, A. R., Cartwright, F., Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2021). Challenges experienced by older people during the initial months of the COVID-19 pandemic. *Gerontologist*, *61*(1), 48–58. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa138

Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals of Gerontology - Series A*

Biological Sciences and Medical Sciences, *64*(8), 873–879. https://doi.org/10.1093/gerona/glp034

Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., & Chatterji, S. (2013). Socio-demographic determinants of caregiving in older adults of low- and middle-income countries. *Age and Ageing*, *42*(3), 330–338. https://doi.org/10.1093/ageing/afs196

Instituto da Segurança Social. (2014). *Manual de Processos Chave Centro de Dia*. http://www.seg-social.pt/documents/10152/13694/gqrs_centro_dia_processos- chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719

Instituto Nacional de Estatística (2020, Março). *Projeções de população residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQU ES-dest_boui=406534255&DESTAQUES-modo=2&xlang=pt

Kirkwood, T. B. L. (2008). Understanding ageing from an evolutionary perspective. *Journal of Internal Medicine*, *263*(2), 117–127. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2007.01901.x

Komulainen, K., Gluschkoff, K., García Velázquez, R., Airaksinen, J., Szmulewicz, A., & Jokela, M. (2021). Association of depressive symptoms with health care utilization in older adults: Longitudinal evidence from the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *36*(4), 521–529. https://doi.org/10.1002/gps.5447

Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República (2011). Diário da República: II série, n.º 171/2019. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124500714

Lyberaki, A., Tinios, P., Mimis, A., & Georgiadis, T. (2013). Mapping population aging in Europe: How are similar needs in different countries met by different family structures?. *Journal of Maps*, *9*(1), 4–9. https://doi.org/10.1080/17445647.2012.752334

Machado, A. C. G. (2021). Solidariedade intergeracional familiar e sentido de comunidade em tempos de pandemia

[Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/134776

Macia, E., Chevé, D., & Montepare, J.M. (2019). Demographic aging and biopower. *Journal of Aging Studies*, 51, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100820

Pacheco, A. I. S. (2021). O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da população utilizadora dos serviços de centro de dia do concelho de Paços de Ferreira [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/37657

Pereira, D., Ferreira, S., & Firmino, H. (2022). O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da população geriátrica. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, *8*(2), 49–57. https://doi.org/10.51338/rppsm.253

Pinho, C. C. (2015). Um olhar dos idosos sobre as suas redes de apoio social [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/83213

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *18*(2), 250–267. https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250

Rosa, M. J. V. (2020). Envelhecimento demográfico em fase de COVID-19. *Medicina Interna*, 27–30. https://doi.org/10.24950/rspmi/COVID19/M.JoaoV.Rosa/UNL/S/2020

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. v., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2

Sousa, C. A. (2021). Ser cuidador.a formal de idosos em tempo de pandemia: riscos agravados, invisibilidades reproduzidas? [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/134887

Sundström, A., Adolfsson, A. N., Nordin, M., & Adolfsson, R. (2020). Loneliness increases the risk of all-cause dementia and alzheimer's disease. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *75*(5), 919–926). https://doi.org/10.1093/geronb/gbz139

Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *77*, 8–14. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011

Tur-Sinai, A., Bentur, N., Fabbietti, P., & Lamura, G. (2021). Impact of the outbreak of the COVID-19 pandemic on formal and informal care of community-dwelling older adults: Cross-national clustering of empirical evidence from 23 countries.

Sustainability, *13*(13). https://doi.org/10.3390/su13137277

Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I., Eggink, E., & Putman, L. (2014). Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen european countries. *Newsletter Health and Ageing*, (31), 1-4. http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe

Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, *27*(2), 138–157. https://doi.org/10.1177/0958928716676550