



Munich Personal RePEc Archive

Long term care and informal carers in Europe

Tavares, Aida Isabel

ISEG, UL - Lisbon School of Economics and Management,
University of Lisbon, Lisbon, Portugal, CEISUC - Centre for Health
Studies and Research, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

2021

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/115735/>
MPRA Paper No. 115735, posted 25 Dec 2022 14:41 UTC

CUIDADOS CONTINUADOS E CUIDADORES INFORMAIS NA EUROPA

Aida Isabel Tavares

atavares@iseg.ulisboa.pt

CEISUC - Centre for Health Studies and Research, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

ISEG, UL - Lisbon School of Economics and Management, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

Sumário:

Este texto visa fazer uma comparação dos sistemas de cuidados continuados entre os países da União Europeia e descrever o perfil dos cuidadores informais. Desta forma, seguimos um percurso de análise que se inicia com uma perspetiva agregada dos sistemas de cuidados continuados e que procede com uma perspetiva assente na observação do indivíduo. Pretende-se, assim, fornecer o enquadramento providencial ou de bem-estar social onde os cuidadores informais estão inseridos nos países da EU.

Palavras chave: cuidados continuados, cuidadores informais, Europa

1. Introdução

A sociedade europeia caracteriza-se por uma estádio “pós-transição” demográfica. A transição demográfica caracterizou-se pela passagem de elevadas taxas de fertilidade e de mortalidade para uma sociedade com baixas taxas de fertilidade e de mortalidade, que hoje se regista nos países europeus.

O envelhecimento da população é sobretudo visível nas pirâmides etárias que deixaram de ser pirâmides “triangulares” de base larga para passar a ter uma forma mal definida e alargada no topo refletindo a elevada proporção da população nos escalões etários mais altos. Este envelhecimento da população é acompanhado pela extensão da esperança média de vida aos 65 e que pode traduzir-se numa vida mais longa com a morbilidade condensada no final da vida (Fries 1980), ou numa vida com mais morbilidade (Gruenber 1977 e Kramer 1980), ou pode ocorrer uma situação intermédia em que a proporcionalidade da vida saudável se mantém ao longo da extensão do ciclo de vida (Manton 1982).

A forma como decorre a extensão do período de vida pode variar consoante o país, a região ou até o grupo populacional considerado. No entanto, em qualquer um dos cenários, a estrutura do sistema de cuidados continuados é de central importância para dar resposta aos cuidados da pessoa dependente (em particular, a idosa).

O sistema de cuidados continuados, apesar estar habitualmente ligado ao cuidado de pessoas idosas, em virtude do envelhecimento da população, têm uma abrangência bem mais alargada, uma vez que qualquer pessoa dependente pode estar ao cuidado do sistema existente no país. Uma visão ampliada do sistema de cuidados continuados inclui a infância e todos os grupos etários dependentes por incapacidade física ou intelectual. Esta dependência inclui um conjunto de atividades diárias pessoais e instrumentais que requerem a ajuda de um terceiro para serem devidamente realizadas, como sejam, vestir-se ou gerir a medicação.

Qualquer sistema de cuidados continuados inclui uma componente de cuidadores informais, na medida em que o cuidado formal e o cuidado informal são complementares no sistema. Alguns sistemas são mais orientados para o cuidado informal e outros para o cuidado formal. Apesar da distinção entre cuidado formal e informal, nos últimos anos tem vindo a esbater-se (Comissão

Europeia 2018). No geral, pode dizer-se que a prestação do cuidado formal está associada ao mercado de trabalho, a uma remuneração e um contrato laboral, ao passo que os cuidados informais são voluntários, gratuitos e fornecidos pela família, amigos ou vizinhos.

Este capítulo visa fazer uma comparação dos sistemas de cuidados continuados entre os países da União Europeia e descrever o perfil dos cuidadores informais. Desta forma, seguimos um percurso de análise que se inicia com uma perspetiva agregada dos sistemas de cuidados continuados e que procede com uma perspetiva assente na observação do indivíduo. Pretende-se, assim, fornecer o enquadramento providencial ou de bem-estar social onde os cuidadores informais estão inseridos nos países da EU.

Na secção seguinte são apresentadas a diversas definições internacionais de cuidador informal; na secção 3, são descritos os diferentes modelos de cuidados continuados na Europa recorrendo a duas linhas de descrição: as despesas em cuidados continuados e as tipologias dos modelos de cuidados continuados. Na secção 4 são apresentados os questionários europeus que incluem questões sobre os cuidadores informais e são apresentadas as linhas globais caracterizadoras dos cuidadores informais na Europa. A última secção conclui o capítulo.

2. Cuidado informal na Europa e no Mundo

A definição de cuidador informal não é única, sendo por isso um conceito suficientemente elástico para se adaptar a cada estudo ou circunstância. Esta ausência torna os estudos comparativos entre países difíceis. Mesmo em cada país, as definições de cuidador informal podem ter nuances diversas adaptadas aos objetivos pretendidos.

Vejamos a forma como o conceito de cuidador informal é apresentado por diferentes organizações internacionais.

- i. Organização Mundial da Saúde: não adotou uma definição oficial e habitualmente a referência de cuidador informal é tomada como aquele que desempenha tarefas de cuidado não remuneradas.
- ii. Nações Unidas: o cuidador informal é aquele que desempenha tarefas de cuidado de forma não profissionalizada na residência privada, que pode ser membro da família, amigos, vizinhos ou outras pessoas.
- iii. OCDE: na publicação periódica *Health at a Glance*, a definição de cuidador informal considera que fornece cuidado a amigos ou familiares ou que desempenha tarefas de cuidado de forma não contratual e voluntária. No entanto, esta definição não é única no âmbito da OCDE, noutras publicações da organização, o cuidador informal é descrito como os cuidadores ilegais ou não declarados que recebem salário ou compensação, mas que não têm um contrato oficial com aquele a quem fornecem cuidado nem estão registados na segurança social (OECD 2018 Care needed: improving the lives of people with dementia. OECD Health Policy Studies). Esta última definição dada pela OCDE nas suas publicações não tem uma relação direta com o conceito tradicional de cuidador informal e veio apenas gerar confusão sobre quem são os cuidadores informais.
- iv. Aliança Internacional das Organizações de Cuidadores (IACO): adota uma definição abrangente que inclui todo aquele fornece cuidado não remunerado no mínimo 24h por semana durante um período de 5 anos
- v. Associação Europeia das Organizações de Cuidadores (EuroCarers): define o cuidador informal como aquele que fornece cuidado não remunerado a alguém que sofre uma doença crónica,

tem incapacidades ou sofre de uma qualquer outra condição de saúde prolongada ou de necessidade prolongada, forma de qualquer enquadramento formal ou profissional.

vi. União Europeia: não utiliza nos seus documentos uma definição única, este conceito varia de acordo com os autores dos documentos, a entidade responsável ou os objetivos dos trabalhos escritos. Por exemplo, a Comissão Europeia (2018) define como cuidado informal o cuidado não remunerado ou cuidado familiar, sendo que o cuidado é dado a pessoas idosas, família ou amigos, ou dado a outras pessoas adultas, jovens ou crianças com incapacidades físicas ou mentais.

De uma forma geral, podemos tomar como linhas orientadoras da definição de cuidado informal aquelas que apontam para o cuidado prestado à pessoa dependente sem qualquer vínculo laboral e que pode ser complementado com os cuidados formais fornecidos pelo sistema de cuidados continuados existente num país.

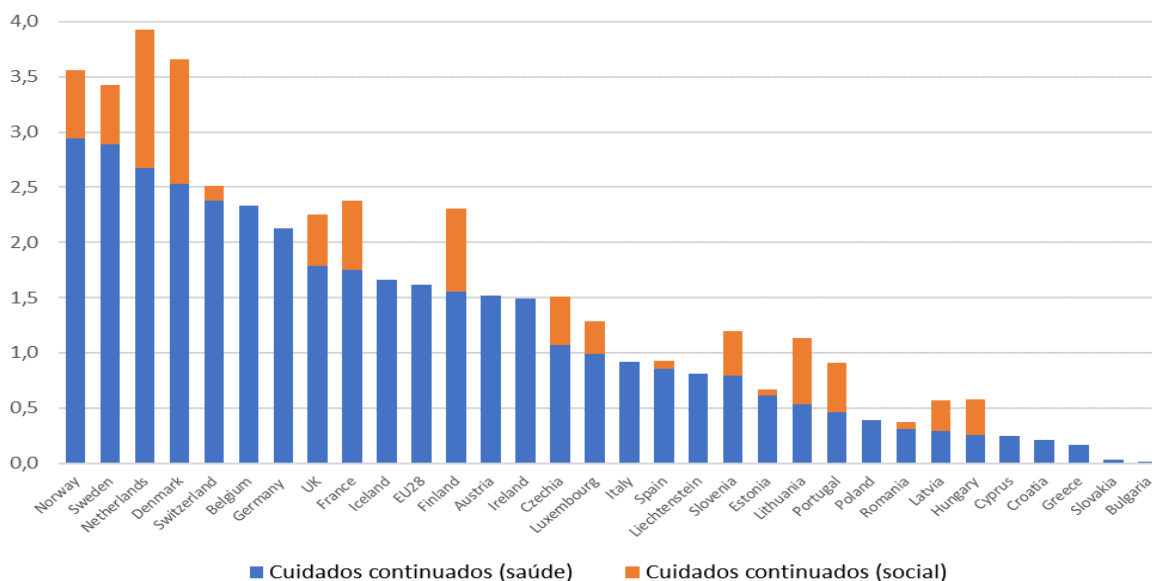
3. Modelos de cuidados continuados na Europa

3.1 As despesas em cuidados continuados

Os sistemas de cuidados continuados na Europa são heterogéneos e a sua comparação não é fácil nem linear. Recorrendo à percentagem do PIB afeta aos cuidados continuados em cada país (Gráfico 1), pode observar-se que, no geral, os países com maiores PIB per capita tendem aplicar maiores percentagens do PIB nos cuidados continuados como sejam a Noruega, Suécia e Holanda.

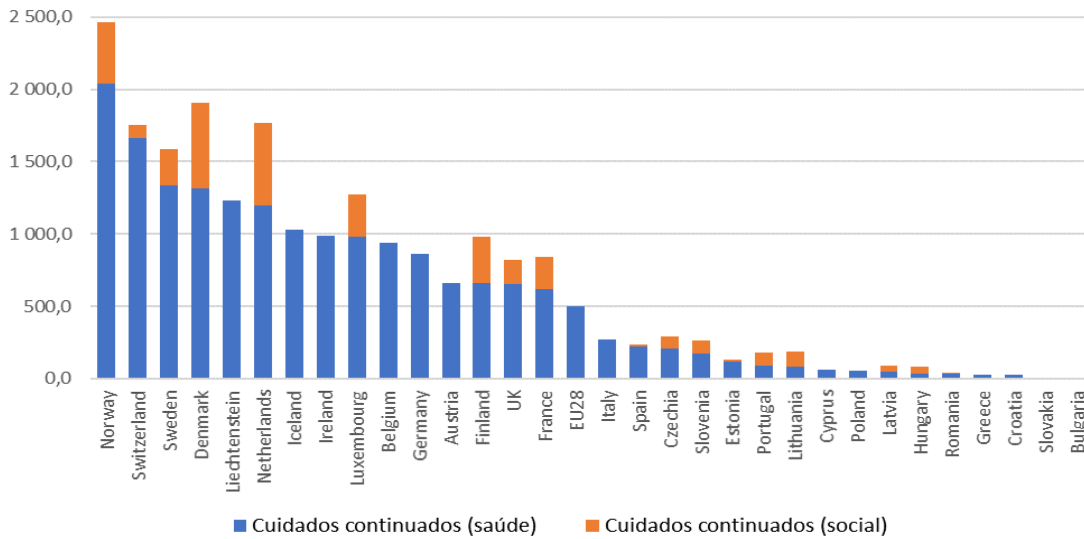
Utilizando um outro critério comparativo, a despesa em cuidados continuados em euros por habitante, na componente saúde e ação social, o Gráfico 2 mostra a dispersão de valores nos diferentes países da UE. Uma vez mais, são os países já mencionados, Noruega, Suécia e Holanda, que mais gastam por pessoa nos cuidados continuados. Portugal gasta cerca de 91€ e 88€ por pessoa em cuidados continuados vertente saúde e social, respetivamente, posicionando-se bem abaixo da média gasta na UE que é de 502€ para a despesa na vertente saúde. De notar que nalguns países não há a distinção administrativa da despesa nas vertentes saúde e social, não viabilizando uma adequada comparação.

Gráfico 1: Despesa em cuidados continuados em percentagem do PIB, 2018



Fonte: Base de dados do Eurostat.

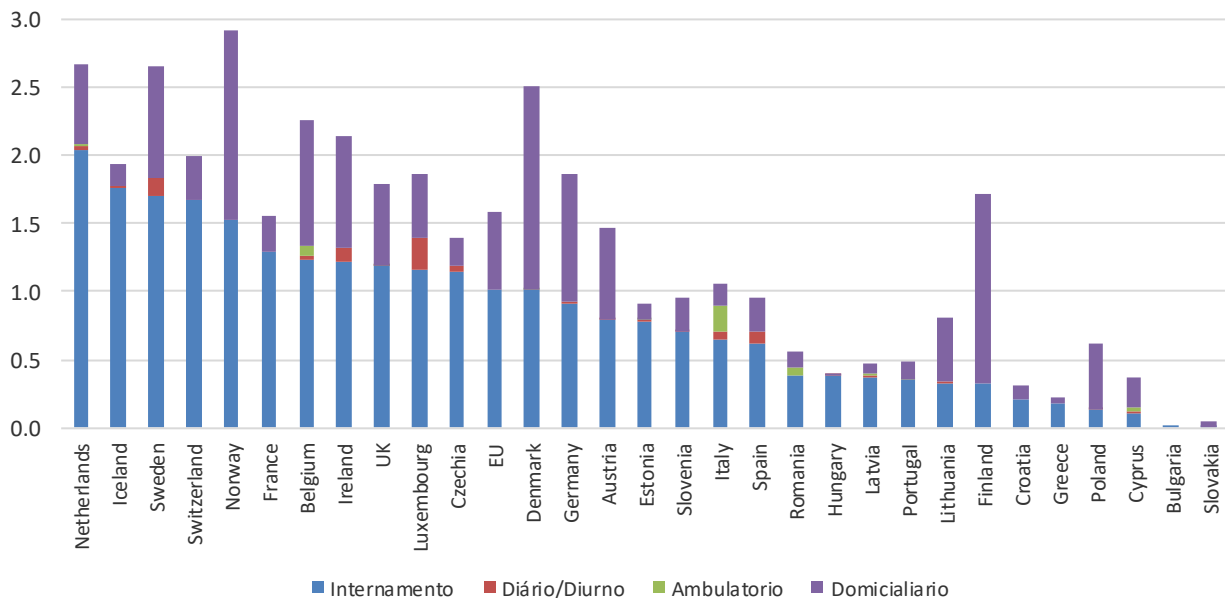
Gráfico 2: Despesa em cuidados continuados, Euro per capita, 2018



Fonte: Base de dados do Eurostat.

A diversidade do tipo de despesas em cuidados continuados é igualmente significativa entre os países da UE (Gráfico 3). Os dados discriminados do Eurostat em despesas de internamento, ambulatorio, cuidado diário/diurno e cuidado domiciliário mostram que a maior fatia das despesas se direciona os cuidados de internamento e que são, sobretudo, os países do Norte da Europa que maiores preocupações têm com os cuidados domiciliários. O caso paradigmático é o da Finlândia que aposta claramente nos cuidados continuados ao domicílio. Portugal prevalece numa posição de despesa inferior à média da UE. Países como a Bulgária e a Eslováquia apresentam valores extremamente reduzidos de despesa em cuidados continuados, o que por si só indica a ausência de apoios públicos e do excessivo peso de responsabilidade das famílias em cuidar informalmente a pessoa dependente.

Gráfico 3: Despesa em tipos de cuidados continuados em percentagem da Despesa Corrente em Saúde, 2018



Fonte: Base de dados do Eurostat.

As diferenças de despesa pública em cuidados continuados encontradas nos países da UE mostram que à priori há também diferenças relevantes nos cuidados informais, admitindo que existe uma complementaridade (ou substituibilidade em casos específicos) entre os cuidados formais e os cuidados informais.

3.2 Tipologias dos modelos de cuidados continuados

As acentuadas diferenças entre as despesas com os cuidados continuados nos países da UE podem ser justificadas pelo regime de providência ou de bem-estar social de cada país (*welfare regime*). Uma das mais conhecidas tipologias de regimes de bem-estar social é a de Esping-Anderson (1990) que propôs três tipos de regimes: i) regime liberal (Reino Unido); regime conservador-corporativista (Itália, França e Alemanha) e iii) regime social-democrata (Suécia, Dinamarca e Noruega). Os regimes liberais caracterizam-se por baixos níveis de intervenção do estado, livre funcionamento dos mercados no estabelecimento de níveis de segurança social, onde o estado faz reafecções de montante modesto. Nos regimes conservadores ou conservadores-corporativistas encontra-se uma intervenção do estado mais generosa na atribuição de benefícios baseados nos princípios das contribuições sociais. Por fim, nos regimes sociais-democratas encontra-se uma maior intervenção do estado, garantindo benefícios universais com níveis elevados de generosidade.

A maior crítica à tipologia de Esping-Anderson diz respeito à ausência dos países da Europa do Sul. Desta crítica decorre a proposta de Ferrera (1996). Este autor sugeriu uma outra tipologia de regimes de bem-estar social com quatro grupos: i) regime anglo-saxónico (Reino Unido e Irlanda); ii) regime Bismarckiano (Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Holanda); iii) regime do Sul (Grécia, Itália, Portugal e Espanha); e regime de Leste (Chéquia, Estónia, Hungria, Polónia, Eslováquia e Eslovénia).

Estas duas propostas são abrangentes a toda a sociedade, não sendo possível inferir diretamente sobre o regime de bem-estar social destinado aos cuidados continuados e de apoio aos cuidadores informais.

Uma tipologia dos diferentes sistemas de cuidados prestados a pessoas dependentes foi proposta por Bettio e Plantenga (2004) que propuseram cinco grupos de países como apresentados na Tabela 1.

No primeiro está grupo estão os países do Sul da Europa e a Irlanda. É um grupo de países que se caracteriza por delegar o cuidado à família e onde a rede de cuidados públicos é pouco desenvolvida. Neste grupo Portugal e Irlanda apresentam traços de diferença. Portugal tem uma classificação de cuidados informais baixo e a Irlanda um nível médio de cuidado prestados à terceira idade.

No segundo grupo incluem-se o Reino Unido e a Holanda e apresentam importantes níveis de cuidado informal, quer na infância quer aos idosos. O terceiro cluster, Áustria e Alemanha, é caracterizado por estratégias de cuidado privado ou informal. Mas os custos individuais desta estratégia, ou seja, os rendimentos perdidos, são parcialmente compensados por mecanismos coletivos ou públicos. A Bélgica e a França têm estratégias formais de cuidado à infância e à terceira-idade bem desenvolvidas, embora a estratégias de apoio do tipo *time-off* não tenham o mesmo nível de desenvolvimento.

Por fim, último cluster serve aos países do Norte da Europa que se caracterizam pelos muito elevados níveis de desenvolvimento dos cuidados formais. Neste grupo de países, os cuidados oferecidos tende a ter uma abordagem universalista, cobrindo não só um alargado conjunto de serviços prestados, mas também cobrindo uma larga percentagem da população. A característica premente é o reduzido papel desempenhado pela família no cuidado e o significativo papel do estado em tomar e apoiar no cuidado às pessoas dependentes.

Tabela 1: Tipos de estado social segundo Bettio e Plantenga

	Intensidade de cuidado informal	Cuidados infância			Cuidados idosos		
		Índice de instalações de cuidado infantil	Índice de apoios financeiros	Creches publicas (0-3 anos)	Índice de pensões publicas	Cuidados residencial	Cuidado comunitário
Itália	elevada	medio	baixo	baixo	alto	baixo	baixo
Grécia	elevada	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
Espanha	elevada	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo	baixo
Portugal	baixa	baixo	medio	baixo	baixo	baixo	baixo
Irlanda	média	baixo	baixo	baixo	baixo	medio	baixo
RU	alta	baixo	medio	baixo	medio	alto	--
Holanda	alta	baixo	medio	baixo/medio	alto	alto	medio
Áustria	media	medio	n.d.	baixo	alto	medio	baixo
Alemanha	media	medio	medio	baixo	medio	medio	baixo
Bélgica	media	medio	alto	medio	medio	medio	baixo
França	baixa	medio	alto	medio	medio	medio	baixo
Dinamarca	baixa	alto	medio	alto	medio	alto	Alto
Finlândia	baixa	alto	n.d.	medio	medio	medio	medio
Suécia	n.d.	alto	n.d.	alto	medio	medio	alto

Fonte: Adaptado de Bettio e Plantenga (2004).

O trabalho de Bettio e Plantenga tem quase 20 anos e a maior parte das características de cada cluster poderá prevalecer ainda nos dias de hoje. Num trabalho mais recente, Schulmann, Reichert e Leichsenring (2019) colocam a ênfase nos cuidados aos idosos. A proposta destes autores baseia-se nas características de quatro regimes de cuidado continuado apresentados na Tabela 2.

Os países Nórdicos e a Holanda, onde se considera os cuidados continuados como um risco social, estes são objeto de solidariedade nacional e de cobertura universal. O cluster do cuidado Misto-Solidário inclui os países que estão em processo de desenvolvimento de estratégias e da implementação de instrumentos que potenciam o financiamento e desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados no futuro próximo. Os países do Mediterrâneo, onde se inclui Portugal, assentam os cuidados prestados pela família e onde se verifica a ausência de apoios públicos na prestação e apoio aos cuidados prestados. Por fim, os países em transição, em geral que estiveram sob a influencia soviética, caracterizam por profundas mudanças dos sistemas de segurança social, não sendo os cuidados continuados uma preocupação.

Tabela 2: Tipos de regimes de cuidados continuados segundo Schulmann, Reichert e Leichsenring

	Países	Procura por cuidados continuados	Extensão do cuidado informal	Cuidado formal - serviços e instalações	Obrigação primária legal do cuidado	Obrigação moral da família
Universal	Suécia, Dinamarca, Holanda, Noruega	alta	média	alta	estado	média/baixa
Baseado na família	Espanha, Itália, Grécia, Portugal	alta	alta	baixa	família	alta
Emergente	Let�nia, Lituânia, Pol�nia, Rússia, Eslov�nia, Ucrânia	média	alta	baixa	família	alta
Misto Solidário	Áustria, Bélgica, Alemanha, França, Su�ica, RU	alta	média/alta	média	mista	média

Fonte: Adaptado de Schulmann, Reichert e Leichsenring (2019).

Para terminar, descrevemos sumariamente a proposta de Kraus (2010) e da Comissão Europeia (2013) que apresentaram uma tipologia de cuidados continuados para EU baseada em três critérios de base. O primeiro critério classifica a natureza da organização dos cuidados em publica, privada ou do terceiro sector. O segundo critério corresponde ao tipo de financiamento do sistema: impostos, seguro social obrigatório, seguro privado voluntário e pagamentos diretos. O terceiro critério diz respeito ao local de prestação dos cuidados: no domicílio ou numa instituição. Nesta tipologia há cinco clusters de países identificados (Mapa 1).

1) Cluster orientado para o cuidado formal (amarelo), generoso e acessível que inclui a Dinamarca, Holanda e Suécia. Este cluster é caracterizado por uma provisão pública de cuidados continuados financiados por impostos; a despesas privadas em cuidado formal são baixas por contrapartida das elevadas despesas públicas; o cuidado informal é reduzido, mas o que existe é muito apoiado, apesar dos benefícios cash-for-care serem modestos.

2) Cluster intermédio de provisão de cuidado informal e acessibilidade média aos cuidados formal. Neste cluster (laranja) encontramos a Bélgica, Chéquia, Alemanha, Eslováquia e Luxemburgo. Nestes países o seguro social   obrigatório para os cuidados continuados; a despesa pública em cuidados formais   média e a privada   baixa; os cuidados informais são frequentes e existe um elevado apoio aos cuidadores informais.

3) O terceiro cluster (verde)   definido como tendo uma acessibilidade baixa-media aos cuidados formais e uma orientação aos cuidados informais média. Nele estão países como Áustria, Inglaterra, Finlândia, França, Espanha e Irlanda. Os cuidados continuados são financiados por impostos e por contribuições de seguro social. A despesa pública e privada em cuidados continuados formais   média; os cuidados informais são frequentes assim como o seu apoio, havendo elevados benefícios cash-for-care.

4) O quarto cluster (azul)   definido pelo baixo acesso aos cuidados formais e a forte orientação para os cuidados informais. Os países incluídos neste cluster são Hungria, Itália, Grécia, Pol nia, **Portugal** e Eslov nia. O seguro social para cuidados continuados   modesto; a despesa pública em cuidados continuados formais   baixa ao passo que a despesa privada   elevada; os cuidados informais são muito frequentes, mas o seu apoio   muito reduzido.

5) O último cluster (rosa) pode ser definido tendo um baixo acesso aos cuidados continuados formais e uma orientação exclusiva para os cuidados continuados informais. Os países incluídos são Bulgária, Chipre, Est nia, Lituânia, Let nia, Malta e Rom nia. A despesa pública em cuidados formais é praticamente inexistente quer em cuidados formais quer no apoio aos cuidados

informais. A despesa nos cuidados formais é fundamentalmente privada e os cuidados prestados são de natureza informal.

Mapa 1: Tipologia de cuidados continuados da UE



Fonte: elaboração autor.

4. Cuidadores informais nos questionários europeus

4.1 Os questionários europeus

Os estudos internacionais sobre o cuidado informal e, sobretudo, aqueles que visam comparações entre países são baseados em inquéritos feitos em vários países. Na Europa existem pelo menos quatro inquéritos realizados periodicamente que permitem o trabalho científico sobre o cuidado informal na Europa, nomeadamente: European Social Survey (ESS), European Quality of Life Survey (EQLS), European Health Interview Survey (EHIS) e o Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). Cada um destes inquéritos abarca amostras distintas, de países, de população representativa, de número de anos de recolha de informação e, por fim, cada um deles utiliza questões diferentes para abordar o tema do cuidado informal.

A questão utilizada pelo ESS para avaliar o cuidado informal é “no geral, quantas vezes está envolvido numa das seguintes atividades fora do contexto laboral pago? a) cuidar ou educar os seus filhos; b) cuidar ou educar os seus netos; c) cozinhar ou outras tarefas domésticas; d) cuidar de elementos da família incapacitados ou doentes, ou de vizinhos, ou amigos com menos de 75 anos; e) cuidar de elementos da família incapacitados ou doentes, ou de vizinhos, ou amigos com mais de 75 anos. Neste questionário há também uma pergunta sobre o número de horas dedicado a prestar este cuidado.

O inquérito EHIS apresenta a questão “Dá cuidado ou assistência a uma ou mais pessoas que sofrem de algum problema de velhice, condição de saúde crónica, ou doença pelo menos uma vez por semana?”; por sua vez o SHARE recorre a duas questões para captar o cuidado informal: “nos últimos 12 meses, prestou algum tipo de assistência a um membro da família que não viva nesta residência, a algum amigo ou vizinho?” e “na sua residência, nos últimos 12 meses, vive alguém

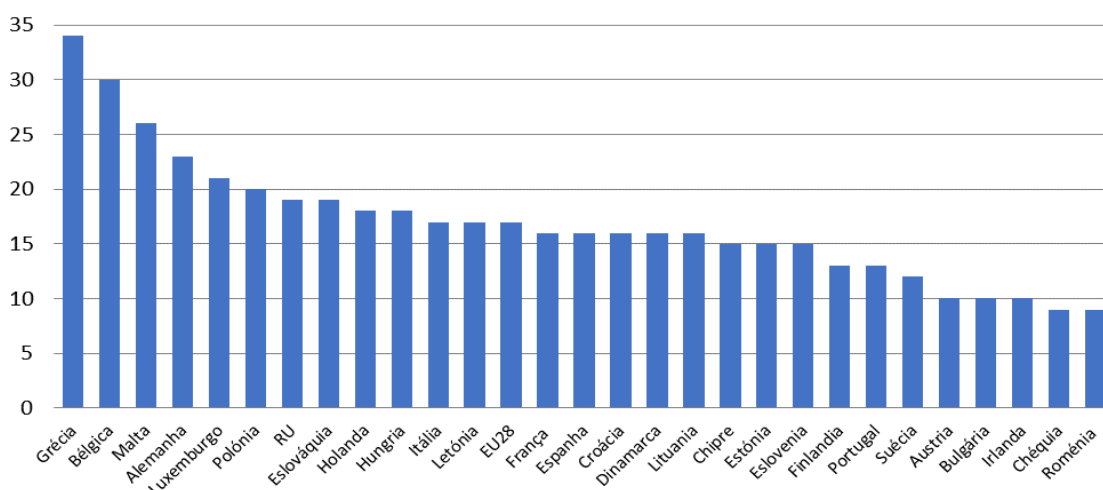
que ajuda regularmente com o cuidado pessoa tal como tomar banho, sair da cama e vestir?”. Por fim, o ESS pergunta “Toma conta ou ajuda membros da família, amigos ou vizinhos ou outras pessoas com problemas de saúde prolongados ou com incapacidades físicas ou mentais de longo prazo?”. Este questionário inclui também uma questão sobre a intensidade do cuidado prestado em número de horas por semana. Desta forma, o estudo do cuidado informal na Europa pode ser feito recorrendo a diferentes abordagens e que dificilmente são comparáveis entre si.

4.2 Os Cuidadores informais na Europa

Analisar e comparar o cuidado informal entre diferentes países na Europa revela diferenças nem sempre compatíveis devido às diferentes metodologias subjacentes aos inquéritos realizados.

Recorrendo aos dados recolhidos pelo EQLS de 2016, e considerando a questão que indaga se há cuidado informal pelo menos 1 vez por semana, podemos concluir da diversidade de percentagens de população em cada país que se auto-reporta como cuidador informal (Gráfico 5). Os países onde esta percentagem é mais elevada incluem Grécia, Bélgica e Malta e, no lado oposto, os países com menor percentagem de pessoas com tarefas de cuidado informal incluem a Irlanda, Chéquia e Roménia. Portugal surge no extremo direito do gráfico, onde cerca de 13% da população reportou ser cuidador informal pelo menos 1 vez por semana.

Gráfico 5: Percentagem da população que se auto-reporta como cuidador informal EQLS2016



Fonte: EQLS 2016.

Tomando a informação sobre todo o cuidado informal prestado utilizando os dados do ESS7 (round 7 de 2014), em média, cerca de 33,4% da população presta algum tipo de cuidado informal, 52,3% são mulheres e 6,8% dos cuidadores são cuidadores informais intensivos (ou seja, aqueles que prestam cuidado igual ou superior a 11 horas por semana) (Verbakel 2018). No entanto, tomando os resultados do EQLS (2016), a média encontrada para UE28 foi de 17% da população adulta (UE 2018).

Recorrendo aos dados reunidos pelo ESS7 e ao trabalho de Verbakel (2018), pode-se fazer uma comparação entre os países UE relativamente a relevância dos cuidadores informais, dos cuidadores informais intensivos e de algumas características dos países relativas aos cuidados continuados.

Na Tabela 3 são apresentadas as percentagens de cuidadores formais e formais intensivos nos países da UE, e apresentam-se também três indicadores caracterizadores da generosidade formal para os cuidados continuados, norma de cuidado familiar e necessidade de cuidado. A generosidade formal para os cuidados continuados é um indicador composto que recorre a informação relativa ao número de camas de cuidados continuados formais para pessoas com mais de 65, ao número de trabalhadores nos cuidados continuados com mais de 65, na despesa pública em cuidados continuados em percentagem do PIB e na proporção da população que recebe cuidados continuados. O indicador da norma familiar mede a intensidade da responsabilidade dos filhos adultos para cuidarem dos pais quando precisam de cuidados continuados e que poderá medir as características da obrigação primária legal do cuidado e à obrigação moral da família identificados acima por Schulmann, Reichert e Leichsenring (2019). Por fim, o indicador na necessidade de cuidado mede o número de anos de vida saudável perdidos por doença ou incapacidade.

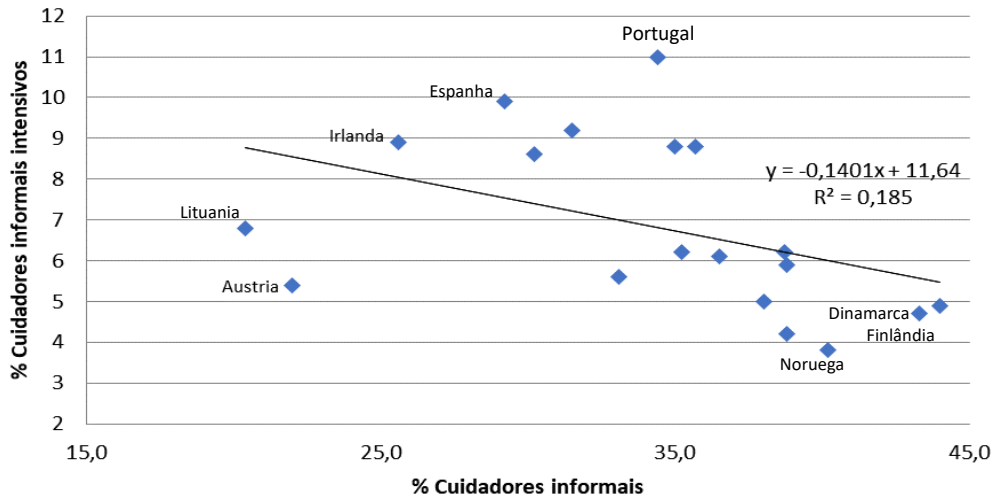
Tabela 3: Cuidadores informais e indicadores dos países

	N	Cuidadores informais %	Cuidadores intensivos %	Generosidade formal para os cuidados continuados	Norma de cuidado familiar	Necessidade de cuidado
Áustria	1671	22,0	5,4	-0,36	0,37	12,81
Bélgica	1575	38,7	6,2	0,42	0,47	12,05
Chéquia	1962	35,0	8,8	-0,62	0,5	12,13
Dinamarca	1398	43,3	4,7	0,49	0,18	11,89
Estónia	1876	31,5	9,2	-0,55	0,48	13,04
Finlândia	1922	44,0	4,9	0,18	0,16	12,04
França	1758	38,8	5,9	0,24	0,55	11,79
Alemanha	2838	35,2	6,2	-0,02	0,39	12,54
Irlanda	2140	25,6	8,9	-0,60	0,44	10,80
Lituânia	2064	20,4	6,8	-1,24	0,39	12,53
Holanda	1781	36,5	6,1	1,30	0,30	11,69
Noruega	1354	40,2	3,8	0,76	0,26	12,78
Polónia	1494	35,7	8,8	-1,70	0,68	12,57
Portugal	1129	34,4	11,0	-1,41	0,81	12,22
Eslovénia	1113	33,1	5,6	-0,03	0,57	13,53
Espanha	1745	29,2	9,9	-0,54	0,68	10,82
Suécia	1640	38,8	4,2	1,50	0,29	12,17
Suíça	1439	38,0	5,0	0,85	0,41	12,42
RU	1995	30,2	8,6	-0,27	0,37	12,35

Fonte: Adatado de Verbakel (2018).

Comparando as percentagens de cuidadores informais com as percentagens de cuidadores informais intensivos, verifica-se que existe uma relação inversa entre elas (Gráfico 6). Assim, países como Lituânia, Áustria e Irlanda tendem a ter uma menor percentagem de cuidadores informais, ao passo que países como a Noruega e a Finlândia têm percentagens mais elevadas de cuidadores informais, mas menor percentagem de cuidadores intensivos.

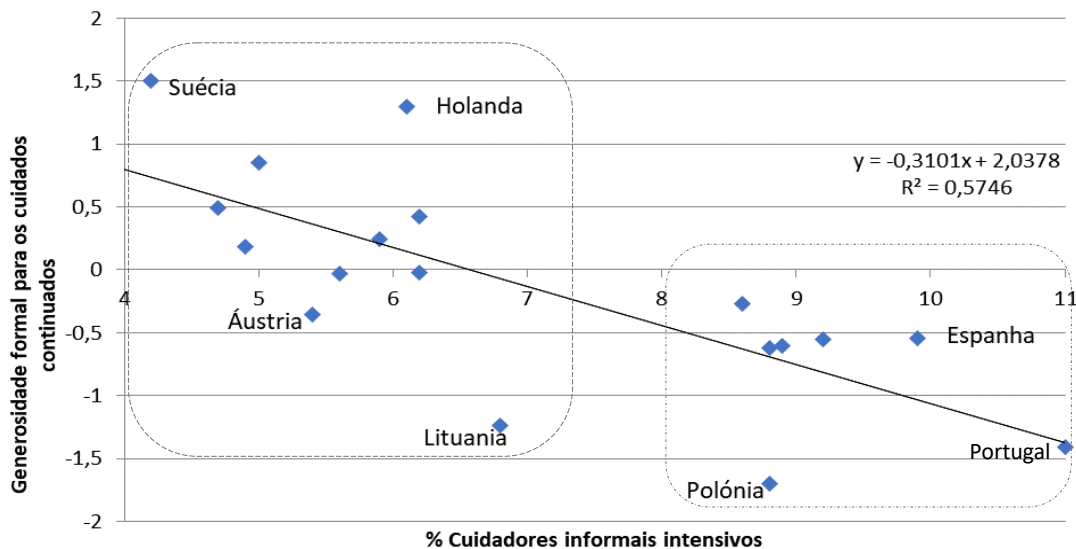
Gráfico 6: Relação cuidadores informais com os cuidadores intensivos



Fonte: elaboração autor baseado nos dados ESS7 e no Verbakel (2018).

A relação entre a generosidade formal para os cuidados continuados e a percentagem de cuidadores intensivos é inversa (Gráfico 7). De uma forma muito genérica podem encontra-se dois grupos de países. Do lado esquerdo do gráfico, encontramos os países com maior grau de generosidade do estado social como a Suécia e a Holanda. Do lado oposto do gráfico, estão países como Portugal e Espanha que se caracterizam por baixo nível de generosidade formal e, conseqüentemente, por maiores percentagens de cuidadores informais intensivos.

Gráfico 7: Generosidade formal do sistema e cuidadores informais intensivos

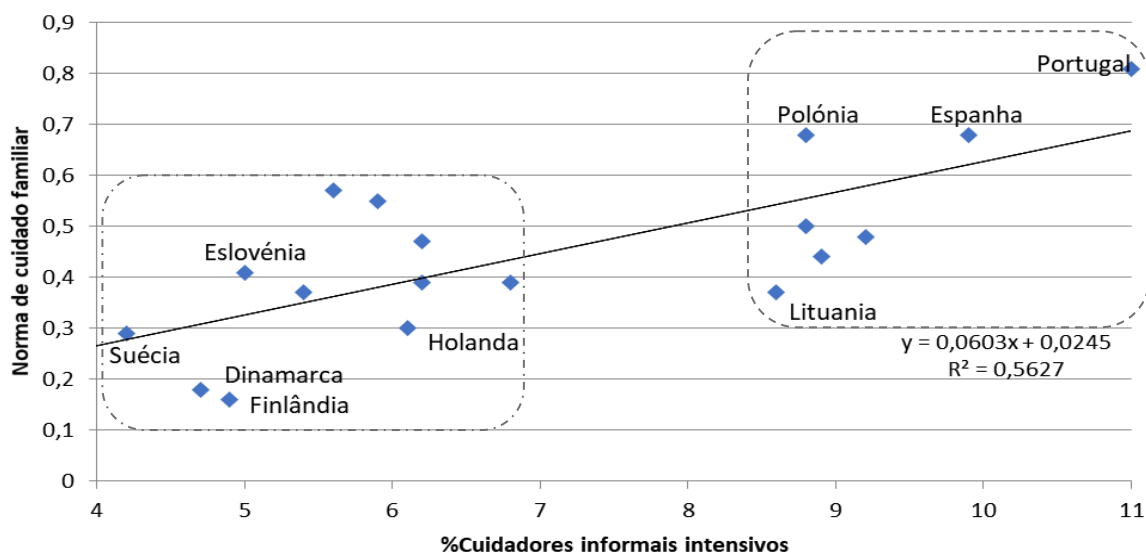


Fonte: elaboração autor baseado nos dados ESS7 e Verbakel (2018).

Por outro lado, comparando a norma familiar de cuidado com a percentagem de cuidadores informais intensivos (Gráfico 8), quase se pode encontrar o simétrico do que foi encontrado no gráfico anterior e podem ser identificados igualmente dois grandes grupos de países. Assim, do lado esquerdo do gráfico, encontramos países onde a responsabilidade familiar pelo cuidado dos

anteriores é reduzida, como acontece na Suécia, Dinamarca e Finlândia e, do lado direito, encontramos Portugal e Espanha onde a norma familiar do cuidado é forte.

Gráfico 8: Norma de cuidado familiar e cuidadores informais intensivos



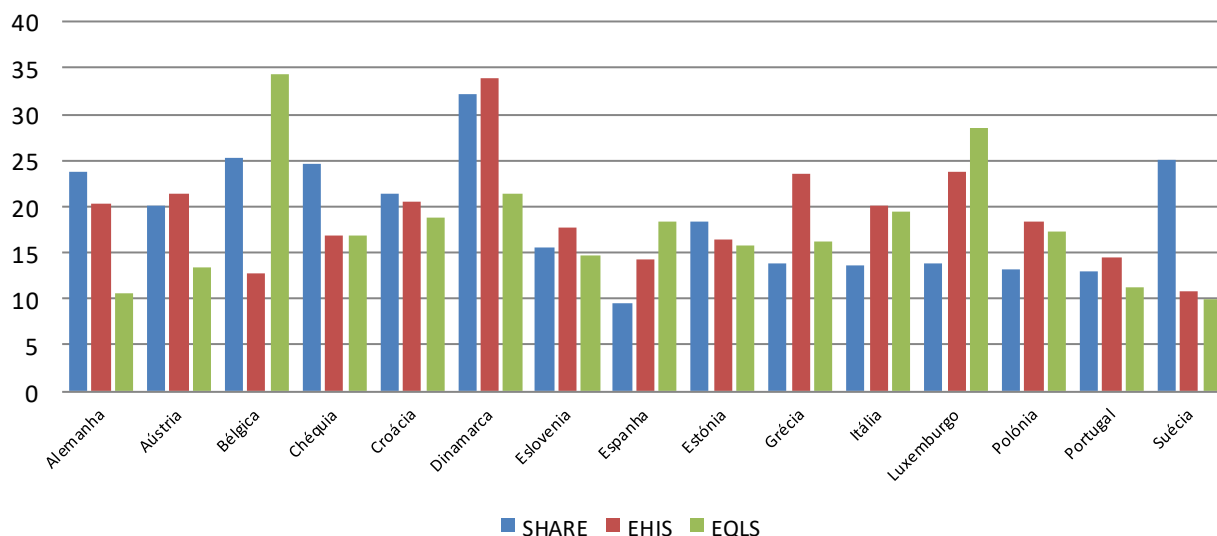
Fonte: elaboração autor baseado nos dados ESS7 e Verbakel (2018).

Estes dois grandes grupos de países estão em linha com a classificação para os sistemas de cuidados continuados proposta por Schulmann, Reichert e Leichsenring (2019), em particular, no que diz respeito às dimensões da obrigação primária legal dos cuidados e da obrigação moral da família. Portugal faz parte do grupo dos países onde o cuidado é baseado na família, a par da Espanha, ao passo que Suécia, Dinamarca e a Holanda são países de sistema universal onde o estado tem a obrigação primária do cuidado e a obrigação moral da família para cuidar dos antecedentes é baixa.

Por outro lado, do ponto de vista da tipologia da Comissão Europeia, se a Suécia, Dinamarca e a Holanda partilham das mesmas características no que diz respeito ao cuidado continuado informal e formal, o mesmo não acontece com Portugal e Espanha que aparecem em clusters distintos, mas onde a fronteira da diferença pode ser pouco clara. São países que tendem a favorecer os cuidados continuados informais e o estado tende a delegar essa responsabilidade na família e onde o nível de despesa pública em cuidados continuados é modesto-baixo. Desta caracterização decorrem as relações encontradas entre a percentagem de cuidadores informais intensivos e generosidade do sistema nos cuidados formais e entre a norma de cuidado familiar.

Para terminar, focando apenas nos cuidadores informais com mais de 50 anos e fazendo uma comparação de resultados entre três questionários europeus (SHARES, EHIS, EQLS) pode concluir-se que cada questionário resulta em valores diferentes, não sendo mesmo possível estabelecer uma relação linear entre os resultados obtidos em cada país (Gráfico 9). Assim, por exemplo, Portugal apresenta percentagens de cuidadores informais com mais de 50 anos, menores do que na generalidade dos restantes países, apesar de se apresentar como um dos países onde se encontra uma maior percentagem de cuidadores informais intensivos de acordo com ESS7, como vimos anteriormente.

Gráfico 9: Percentagem de cuidadores informais com mais de 50 anos



Fonte: Adaptado de Tur-Sinai et al.(2020).

4.3 Características socioeconómicas dos cuidadores informais na Europa

Dada a diversidade de inquéritos europeus, a variabilidade das características socioeconómicas dos cuidados informais é também significativa. O inquérito EQLS (2016) revela que 7,5% da população ativa (18-64 anos) na UE é cuidador informal com emprego, enquanto 4,8% é cuidador informal sem atividade laboral declarada.

O inquérito EES7 e com base no trabalho de Verbakel (2018) podemos dizer que os cuidadores informais intensivos tendem a ser mulheres e que tendem a ter mais de 40 anos, mas que declina com o avançar da idade, vivendo em coabitação com um parceiro, e/ou com filhos em casa, e ainda que assume o papel de dona de casa, ou não têm uma atividade laboral porque estão desempregadas ou reformadas.

O trabalho comparativo dos inquéritos EQLS, SHARE e EHIS para os cuidadores informais com mais de 50 anos realizado por Tur-Sinai et al. (2020) permite a comparação dos perfis caracterizadores obtidos em cada inquérito no que diz respeito ao sexo, idade e educação. No geral, é consensual que o cuidado informal é feito maioritariamente por mulheres. De igual forma, e apesar da variabilidade de resultados encontrados entre os inquéritos, a prevalência de cuidadores informais diminui com a idade, sobretudo a partir dos 60 anos. Finalmente no que diz respeito aos níveis de escolaridade dos cuidadores informais a diversidade de resultados tende a esbater qualquer tendência comum. Contudo talvez se possa aventar pela tendência global de níveis de escolarização elevada dos cuidadores informais. Para o caso português foram encontrados os valores expressos na Tabela 4. Estes valores são dispares, mas tendem a revelar maiores percentagens de cuidadores informais com níveis mais elevados de escolarização.

Tabela 4: Níveis de escolarização e cuidadores informais em Portugal

Escolarização	Baixa			Média			Alta			
	Inquérito	EQLS	SHARE	EHIS	EQLS	SHARE	EHIS	EQLS	SHARE	EHIS
%		10,59	12,18	13,06	9,09	16,24	18,45	21,88	18,03	23,56

Fonte: Adaptado de Tur-Sinai et al. (2020).

4.4 As necessidades de apoio dos cuidadores informais

Os cuidadores informais normalmente não representam um custo para o sistema de cuidados continuados do país, mas eles próprios têm que suportar um custo, não só monetário, mas também em perdas de produtividade, de qualidade de vida e saúde. O trabalho europeu EUROFAMCARE de 2006 (Cordis 2021) procurou identificar as principais áreas de necessidade dos cuidadores informais de cinco países: Grécia, Itália, Suécia, Polónia. Alemanha e Reino Unido. Os resultados encontrados estão na Tabela 5.

Tabela 5: Quais as áreas de necessidade para as quais as famílias gostariam de ter ajuda para cuidar de idosos dependentes (dados por país, %)

Necessidade/ país (%)	Grécia	Itália	RU	Suécia	Polónia	Alemanha
Emocional/psicológica/social	63.8	49.2	33.5	44.6	32.4	43.1
Cuidado doméstico	55.7	45.1	31.4	21.3	26.2	32.3
Mobilidade	60.1	45.9	32.1	25.2	28.9	35.7
Cuidados de saúde	55.3	48.1	29.2	18.1	29.3	28.8
Gestão e organização do cuidado	62.5	39.1	29.0	12.0	22.8	31.5
Cuidado pessoal	55.3	44.8	35.6	20.9	26.9	31.7
Apoio financeiro	74.2	64.1	40.1	17.6	61.0	44.7
Gestão financeira	36.9	24.0	18.1	3.9	13.4	9.8

Fonte: Adaptado de EUROFAMCARE.

Todos estes países têm claras diferenças nos seus sistemas de cuidados continuados como descrevemos acima. No entanto, em todos os países a necessidade de apoio financeiro é a necessidade com maior peso, com exceção da Suécia; e a segunda necessidade mais referenciada é o apoio emocional, psicológico e social. Depois, em cada país, a importância relativa de cada necessidade varia. Contudo, é possível estabelecer uma tendência geral em que nos países onde existe um menor acesso a serviços no âmbito dos cuidados continuados, as necessidades sentidas tendem a ser mais elevadas.

Qualquer sistema de cuidados continuados, quer orientado para os cuidados formais, quer orientado para os cuidados informais, seja da Europa do Norte ou do Sul, deverá ser estruturado tendo em consideração não só a sua fonte de financiamento, as suas despesas, mas também as suas características culturais; e ainda, a compatibilização do interesse entre cuidadores informais e da pessoa dependente bem como a resposta às necessidades sentidas por aquele que assume a responsabilidade do cuidado.

5. Conclusão

Este capítulo teve como principal objetivo descrever os diferentes modelos de cuidados continuados na Europa, de forma a poder comparar o cuidado continuado de natureza informal entre vários países europeus, sendo Portugal o país de referência comparativa.

Sistemas orientados para o cuidado continuado formal e sistemas orientados para o cuidado informal. No primeiro caso, o cuidado recai sobre o estado, é prestado por cuidadores formais contratados no mercado de trabalho, sendo a pessoa dependente como um cliente do sistema. No segundo caso, sistemas orientados para o cuidado informal, a responsabilidade do cuidado recai sobre a família, os cuidados são prestados gratuitamente e voluntariamente por membros da família, amigos ou vizinhos.

A definição de cuidado informal não é una e remete para cada análise, cada questionário, cada contexto a sua consideração. Para que se possa compreender o desempenho do cuidado informal em cada país, é necessário enquadrá-lo no sistema de cuidados continuados de cada país. Um dos critérios utilizados com mais frequência para analisar este sistema é a despesa realizada em cuidados continuados. Os dados estatísticos revelam uma grande disparidade no nível e no tipo de despesa nos países europeus. A tendência geral é a de encontrar elevados níveis de despesa em países do Norte e Centro da Europa e baixos níveis de despesa no Sul e Leste da Europa, onde se encontra o caso de Portugal.

Estes perfis de despesa em cuidados continuados estão associados a tipologias de sistemas de cuidado providencial ou bem-estar social de cada país. Portugal é habitualmente caracterizado como um sistema baseado na família, que tem a obrigação moral de cuidar dos antecedentes e, por isso, apresenta uma base alargada de cuidado informal prestado aos idosos (mas não à infância nem a outros grupos etários adultos) e uma reduzida estrutura de cuidados formais.

Recorrendo aos inquéritos europeus que incluem o tema dos cuidados informais como sejam European Social Survey (ESS), European Quality of Life Survey (EQLS), European Health Interview Survey (EHIS) e o Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE), podemos observar a importância relativa dos cuidadores informais na população. Curiosamente Portugal não apresenta as maiores percentagens de cuidadores informais, mas apresenta a maior percentagem de cuidadores informais intensivos, ou seja, aqueles que despendem mais de 11h por semana a prestar cuidado à pessoa dependente.

Tomando este valor como uma referência onde Portugal toma uma posição de extremo, podemos constatar que existe uma relação inversa entre a generosidade do sistema formal de cuidados continuados e a percentagem de cuidadores informais intensivos e uma relação direta entre a norma de cuidado familiar e a percentagem de cuidadores informais intensivos. Assim, estes dados parecem corroborar as tipologias propostas de caracterização do sistema de cuidados continuados, formais e informais, em Portugal e noutros países europeus.

As diferenças entre os sistemas de cuidados continuados na Europa resultam em diferentes políticas de cuidados continuados formais e informais. As medidas destinadas aos cuidados continuados podem ser de natureza pecuniária ou em género ou serviço. Estas medidas são atribuídas num espectro de sistemas de bem-estar social e onde se torna cada vez menos claro o que é um cuidador formal e o cuidador informal. Este espectro de sistemas está compreendido entre os sistemas do Sul da Europa, onde são praticamente inexistentes serviços públicos e onde o cuidado é fornecido maioritariamente pela família e os sistemas dos países Nórdicos onde o cuidador informal tem a escolha de ser cuidador e receber apoio para esse função ou onde os serviços públicos dão uma resposta de serviços de cuidado continuado a quem deles precisar.

O cuidador informal pode desempenhar três papéis diferentes no âmbito de uma política de cuidados continuados (Twigg 1989): co-trabalhador, recurso e cliente. Enquanto co-trabalhador ele trabalha em cooperação com o sistema de cuidado formal; como recurso, o cuidador representa o cuidado fornecido e, por fim, enquanto cliente, o cuidador é que corre um maior risco de suportar efeitos adversos dessa prestação devido à intensidade do cuidado que presta. Um sistema de cuidados continuados que compatibilize o interesse dos cuidadores informais e da pessoa

dependente, que integra de forma complementar o cuidado formal e informal, e que dá resposta às necessidades sentidas pelo cuidador informal, é um sistema que assume em pleno os papéis desempenhados pelo cuidador informal e que cria valor acrescentado social numa sociedade em envelhecimento.

Referencias

- Bettio F, Plantenga J. (2004) Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics* 10(1): 85-113.
- Esping-Andersen G (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- EU Commission (2018) *Long-Term Care in Ageing Societies—Challenges and Policy Option*. Accompanying the Document Communication from the Commission to the European
- EUROFAMCARE (2006) *Services for Supporting Family Carers of dependent older people in Europe: the trans-European survey report*.
- Ferrera M (1996) The Southern model of welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 1(6): 17-37.
- Fries J. (1980) Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 303: 130-135.
- Gruenberg E. (1977) The failures of success. *Mills Memorial Fund Quarterly* 55(3): 24.
- Kramer M. (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62 (Suppl. 285): 282-297.
- Kraus M. et al. (2010) ANCIEN, A Typology of Long-Term Care Systems in Europe.
- Manton K. (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society* 60: 183-244.
- Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *Towards Social Investment for Growth and Cohesion - Including Implementing the ESF 2014-2020*. SWD 41 Final. Brussels: European Commission. 2013
- Schulmann K, Reichert M, Leichsenring K (2019) Social support and long-term care for older people: the potential for social innovation and active ageing. In: Walker, A. (ed.) *The future of ageing in Europe – making an asset of longevity*. Palgrave Macmillan, Singapore: 255-286
- Verbakel E (2018) How to understand informal caregiving pattern in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scand J Public Health* 2018 Jun;46(4):436-447.